

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ М.І. ПИРОГОВА

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ШУЛЯКОВА МАРІЯ ІВАНІВНА

УДК: 616.89:355.422

ДИСЕРТАЦІЯ
**ПСИХОЕДУКАЦІЯ У ПІДВИЩЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ
НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

222 – медицина

22 – охорона здоров'я

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ М.І. Шулякова (підписано ЕП)

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: Рациборинська-Полякова Наталія Володимирівна, кандидат медичних наук, доцент

Вінниця – 2026

АНОТАЦІЯ

Шулякова М.І. Психоедукація у підвищенні ефективності лікування неспсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 – Медицина. – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, 2026.

У дисертаційній роботі представлено теоретичне обґрунтування і запропоновано нове вирішення актуальної задачі сучасної психіатрії щодо підвищення ефективності лікування неспсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій шляхом застосування психоедукації як інструменту залученості і підвищення прихильності до терапії.

Вибірка дослідження складалася з 410 учасників бойових дій (99,4 % чоловіків і 0,6 % жінок) віком від 18 до 65 років, які надали усвідомлену згоду на участь у дослідженні. Протоколи дослідження були схвалені Комітетом з біоетики Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (протоколи № 7 від 01.11.2023 р. та № 5 від 07.04.2026 р.).

Дослідження реалізоване у п'ять етапів, поєднаних єдністю і наступністю заходів, єдиною методологічною та дослідницькою логікою. Емпіричне дослідження включало клінічне обстеження та психодіагностичне обстеження з використанням комплексу психодіагностичних методик: опитувальника PHQ-9, шкали самооцінки депресії Zung et al., опитувальника GAD-7, шкали самооцінки реактивної та особистісної тривожності С. Spilberger, методики PCL-5, тесту вербальної пам'яті «запам'ятовування десяти слів» і методики САН. Методом рандомізованої селекції пацієнти були розділені на дві групи: експериментальну (332 особи, які пройшли повний курс психоедукаційної програми) і контрольну (78 осіб).

Вивчення нозологічної структури непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій виявило переважання невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів (F40–F49) – 45,2 %, що відображує вплив бойового стресу на психоемоційний стан, при значній ураженості органічними, включаючи симптоматичні, психічними розладами (F00–F09) – 36,4 % обстежених, що пов'язано зі зміною структури бойової травми зі значною питомою вагою черепно-мозкових травм. Афективні розлади (F30–F39) діагностовано у 9,0 % респондентів, психічні та поведінкові розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин (F10–F19) у 6,3 % обстежених, розлади особистості та поведінки у дорослому віці (F60–F69) у 3,1 % досліджуваних.

Встановлено високу коморбідність непсихотичних психічних розладів з формуванням складних синдромокомплексів, які включали тривожну, депресивну, посттравматичну та астеничну симптоматику. Найчастішим варіантом коморбідності було поєднання ПТСР з тривожними розладами (32,4 %); частими варіантами – поєднання ПТСР з депресивними розладами (24,8 %), і органічних психічних розладів з тривожною або депресивною симптоматикою (15,2 %). Поєднання трьох і більше психопатологічних синдромів виявлено у 5,7 % пацієнтів.

Аналіз синдромологічної структури непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій виявив домінування тривожного синдрому, який спостерігався у 72,7 % респондентів, зі значною поширеністю депресивного синдрому (58,8 %), астеничного синдрому (52,2 %) та посттравматичного стресового синдрому (45,4 %). Когнітивні порушення виявлено у 40,7 % обстежених.

Вивчення психопатологічних характеристик непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій дозволило встановити у значної частини помірне (46,5 %) і легке (40,2 %) порушення пам'яті, а у 4,2 % значні порушення пам'яті, що підтверджує системність когнітивної дисфункції і визначає характерний психопатологічний профіль учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами. Цей профіль включає також виражені прояви тривожності, насамперед, особистісної. У 59,8 % учасників

бойових дій виявлено високий рівень особистісної тривожності, ще у 34,8 % – помірний, і лише у 5,4 % – низький. Натомість, реактивна тривожність у даного контингенту є невисокою: у 39,3 % виявлено нормальний рівень, у 44,1 % – помірний, і у 16,5 % – високий. Виявлено також переважання серед учасників бойових дій осіб з високим (36,3 %), середнім із тенденцією до високого (29,4 %), середнім із тенденцією до низького (27,6 %) рівнями загальної тривожності. Виявлено відносно невисокі рівні депресії у дослідженого контингенту: у 70,3 % показник відповідав низькому рівню; разом з тим у значній кількості респондентів (24 %) виявлено ознаки депресії легкого ступеня, ще 4,5 % і 1,2 % обстежених мали ознаки маскованої і вираженої депресії відповідно. Учасникам бойових дій з непсихотичними психічними розладами були притаманні переважно задовільні показники самопочуття (68,8 % опитаних), активності (80,5 %), настрою (58,9 %), що свідчить про збереженість упродовж певного періоду психофізіологічних ресурсів особистості навіть за наявності емоційної лабільності та підвищеної вразливості, дію компенсаторних механізмів адаптації до стресових умов та бойового досвіду. Кластеризація посттравматичної стресової симптоматики виявила неоднорідність її виразності у різних феноменологічних профілях з найбільшою інтенсивністю постстресових проявів у представників посттравматично-дисфоричного кластера ($39,8 \pm 7,5$ бали), тоді як у тривожно-депресивному кластері середній показник становив $31,4 \pm 8,2$ бали, астено-когнітивного – $21,6 \pm 6,4$ бали. Кореляційний аналіз виявив наявність значущих позитивних зв'язків між рівнем посттравматичної симптоматики та показниками тривоги і депресії.

Аналіз взаємозв'язків афективних та постстресових порушень, психофункціонального стану і когнітивного функціонування в рамках комплексної моделі психопатологічного реагування при непсихотичних психічних розладах в учасників бойових дій дозволив встановити і кількісно оцінити пов'язаність ситуативної тривожності та депресії ($r = 0,538$; $p < 0,001$), особистісної тривожності та депресії ($r = 0,490$; $p < 0,001$), загальної психічної тривожності та депресії ($r = 0,474$; $p < 0,001$); ситуативної тривожності та настрою ($r = -0,458$; $p < 0,001$), функціонального стану

($r = -0,412$; $p < 0,001$), самопочуття ($r = -0,337$; $p < 0,001$) та активності ($r = -0,265$; $p < 0,001$); особистісної тривожності та настрою ($r = -0,423$; $p < 0,001$), функціонального стану ($r = -0,409$; $p < 0,001$), самопочуття ($r = -0,284$; $p < 0,001$) та активності ($r = -0,341$; $p < 0,001$); загальної психічної тривожності та настрою ($r = -0,497$; $p < 0,001$), функціонального стану ($r = -0,476$; $p < 0,001$); психічної тривожності та самопочуття ($r = -0,335$; $p < 0,001$), активності ($r = -0,344$; $p < 0,001$); депресії та настрою ($r = -0,407$; $p < 0,001$), функціонального стану ($r = -0,396$; $p < 0,001$), самопочуття ($r = -0,313$; $p < 0,001$) та активності ($r = -0,310$; $p < 0,001$); ситуативної тривожності та пам'яті ($r = 0,114$; $p = 0,037$), особистісної тривожності та пам'яті ($r = 0,138$; $p = 0,012$). Не виявлено значущих кореляцій між загальною психічною тривожністю та пам'яттю, ситуативною тривожністю та увагою ($r = 0,077$; $p = 0,159$), особистісною тривожністю та увагою ($r = 0,080$; $p = 0,146$), депресією та увагою ($r = 0,035$; $p = 0,530$).

На підставі даних кластерного аналізу було виділено три кластери типологічних груп респондентів за показниками психоемоційного стану (ситуативна тривожність, особистісна тривожність, депресія, активність, настрої, пам'ять, увага): до першого кластеру увійшли пацієнти з помірними рівнями тривожності, відносно стабільним емоційним станом, середнім або задовільним психофункціональним станом та відносно адаптивним психоемоційним станом (65,4 % від загальної вибірки); до другого – пацієнти з підвищеним рівнем психоемоційної напруженості, тривожності, ознаками емоційного виснаження, зниження настрою та активності (20,4 % від загальної вибірки); до третього – пацієнти з найбільш вираженими психоемоційними порушеннями, що можуть супроводжуватися високим рівнем тривожності, підвищеними депресивними тенденціями, зниженням показників психофункціонального стану, когнітивними труднощами (13,2 % від загальної вибірки).

Факторний аналіз дозволив виділити три ключові фактори, які визначають психоемоційний стан учасників бойових дій з неспсихотичними психічними розладами: функціональний стан (основний фактор), тривожно-депресивний синдром, когнітивні функції.

За допомогою регресійного аналізу було встановлено, що зростання загального рівня психічної напруженості, внутрішнього неспокою та відчуття небезпеки в учасників бойових дій є предиктором посилення депресивної симптоматики ($\beta = 0,332$; $p < 0,001$), а депресія є значущим предиктором загальної психічної тривожності ($\beta = 0,251$; $p < 0,001$) і особистісної тривожності ($\beta = 0,189$; $p < 0,001$). Результати аналізу підтвердили, що загальна психічна тривожність може розглядатися в якості предиктора особистісної тривожності ($\beta = 0,263$; $p < 0,001$) як механізму хронізації тривожних станів і формування стійких патохарактерологічних рис особистості, і не підтвердили предиктивну роль ситуативної тривожності щодо розвитку депресії ($\beta = 0,114$; $p = 0,057$), отже емоційні чинники не є предикторами порушень когнітивного функціонування, а когнітивні порушення не можуть розглядатися в якості предикторів зниження рівня самопочуття ($\beta = 0,006$; $p = 0,909$).

На підставі даних дослідження науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено у практику психоедукаційну програму, що ґрунтується на положеннях біопсихосоціальної моделі психічних розладів, концепції психосоціальної реабілітації, та сучасних уявленнях про роль пацієнта як активного учасника лікувального процесу. Метою психоедукаційної програми є підвищення ефективності комплексної терапії непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій шляхом формування мотивації до лікування, підвищення психічної грамотності, розвитку навичок психологічної саморегуляції та покращення психосоціальної адаптації. Психоедукаційна програма структурно складається з трьох послідовних змістових модулів: інформаційно-освітнього, мотиваційно-психокорекційного та адаптаційно-реабілітаційного, реалізується у груповому форматі (8-12 учасників) протягом 3 тижнів із періодичністю 3 заняття на тиждень, загальна кількість занять складає 9, тривалість кожного заняття 80–90 хвилин.

Порівняльний аналіз довів ефективність запропонованої програми щодо результатів лікування учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами, що підтверджено значущим зменшенням у групі втручання тривожних проявів з 72,6 %

до 47,0 % ($p < 0,001$), нав'язливих спогадів про психотравматичні події з 51,5 % до 32,5 %, проявів гіперпильності з 49,1 % до 28,6 % ($p < 0,001$), скарг на знижений настрій з 58,7 % до 35,2 %, емоційного виснаження – з 54,8 % до 30,7 % ($p < 0,001$), збільшенням питомої ваги респондентів із мінімальними симптомами або відсутніми ознаками депресії (на 27,1 %) при зменшенні кількості респондентів з легкою депресією (на 15,3 %), з помірним рівнем депресії (на 3,6 %) та відсутністю після лікування пацієнтів з тяжкими депресивними симптомами. У групі втручання було встановлено збільшення питомої ваги пацієнтів з мінімальними ознаками тривожності (на 10,3 %) і з легким рівнем тривожності (на 21,7 %) при зменшенні питомої ваги осіб з помірним (23,8 %) і вираженим (на 8,1 %) рівнями тривожності. Показники депресії і тривоги у групі втручання після лікування були значуще кращими у порівнянні з контрольною групою.

Наукова новизна одержаних результатів. У дисертаційній роботі вперше дана комплексна характеристика психоемоційної сфери УБД з неспсихотичними психічними розладами в процесі використання психоедукаційних технік.

Вперше комплексно оцінено взаємозв'язок стану афективної сфери, постстресового реагування, психофункціонального стану і когнітивного реагування в генезі психопатологічних проявів в УБД з неспсихотичними психічними розладами.

Вперше на підставі комплексної оцінки взаємного впливу характеристик афективного реагування, когнітивного функціонування та психофункціонального стану визначено предиктори психопатологічних порушень в УБД та визначено шляхи підвищення ефективності лікувальних заходів.

Вперше науково обґрунтовано і розроблено програму психоедукаційних заходів для УБД з неспсихотичними психічними розладами для застосування на всіх етапах надання медичної та психологічної допомоги, і доведено її ефективність.

Розширено і доповнено наукові дані щодо структури і поширеності психічних розладів в УБД і дана їх нозологічна та синдромологічна характеристика.

Розширено і доповнено наукові дані щодо характеристик афективного реагування, постстресової симптоматики, психофункціонального стану і когнітивного функціонування УБД.

Практичне значення одержаних результатів полягає у вперше запропонованому комплексному алгоритмі психоедукаційних втручань для підвищення ефективності лікування непсихотичних психічних розладів через збільшення залученості і прихильності до терапії, що дозволяє зменшити виразність психопатологічних проявів, покращити психічний стан і знизити ризики порушень психічного здоров'я в УБД.

Ключові слова: психоедукація, учасники бойових дій, непсихотичні психічні розлади, депресія, тривога, ПТСР, когнітивні порушення.

ANNOTATION

Shulyakova M.I. Psychoeducation for improving the effectiveness of treatment of non-psychotic mental disorders in combatants. Qualification scientific work submitted as manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 222 – Medicine. – Vinnytsia National Medical University named after M.I. Pirogov, Vinnytsia, 2026.

The dissertation presents a theoretical justification and proposes a new solution to the current problem of modern psychiatry in terms of increasing the effectiveness of treatment of non-psychotic mental disorders in combatants by using psychoeducation as a tool for engagement and increasing adherence to therapy.

The study sample consisted of 410 combatants (99.4 % men and 0.6 % women) aged 18 to 65 years, who provided informed consent to participate in the study. The study protocols were approved by the Bioethics Committee of the Vinnytsia National Medical University named after M. I. Pirogov (protocols No. 7 dated 01.11.2023 and No. 5 dated 07.04.2026).

The study was implemented in five stages, united by the unity and continuity of measures, a single methodological and research logic. The empirical study included a clinical examination and psychodiagnostic examination using a complex of psychodiagnostic methods: the PHQ-9 questionnaire, the Zung et al. depression self-assessment scale, the GAD-7 questionnaire, the C. Spilberger state and trait anxiety self-assessment scale, the PCL-5 method, the verbal memory test "memorizing ten words" and the SAN method. By the method of randomized selection, patients were divided into two groups: experimental (332 people who completed the full course of the psychoeducational program) and control (78 people).

The study of the nosological structure of non-psychotic mental disorders in combat participants revealed a predominance of neurotic, stress-related and somatoform disorders (F40–F49) – 45.2 %, which reflects the impact of combat stress on the psycho-emotional state, with a significant incidence of organic, including symptomatic, mental disorders (F00–F09) –

36.4 % of the examined, which is associated with a change in the structure of combat trauma with a significant proportion of craniocerebral injuries. Affective disorders (F30–F39) were diagnosed in 9.0 % of respondents, mental and behavioral disorders associated with the use of psychoactive substances (F10–F19) in 6.3 % of those surveyed, personality and behavioral disorders in adulthood (F60–F69) in 3.1 % of those studied.

A high comorbidity of non-psychotic mental disorders with the formation of ombined psychopathological syndromes, which included anxiety, depressive, post-traumatic and asthenic symptoms, was established. The most frequent variant of comorbidity was the combination of post-traumatic stress disorder with anxiety disorders (32.4 %); frequent variants were the combination of post-traumatic stress disorder with depressive disorders (24.8 %), and organic mental disorders with anxiety or depressive symptoms (15.2 %). The combination of three or more psychopathological syndromes was found in 5.7 % of patients.

Analysis of the syndrome structure of non-psychotic mental disorders in combatants revealed the dominance of anxiety syndrome, which was observed in 72.7 % of respondents, with a significant prevalence of depressive syndrome (58.8 %), asthenic syndrome (52.2 %) and post-traumatic stress syndrome (45.4 %). Cognitive disorders were found in 40.7 % of those surveyed.

The study of the psychopathological characteristics of non-psychotic mental disorders in combatants allowed us to establish moderate (46.5 %) and mild (40.2 %) memory impairment in a significant part, and significant memory impairment in 4.2 %, which confirms the systemic nature of cognitive dysfunction and defines a characteristic psychopathological profile of combatants with non-psychotic mental disorders. This profile also includes pronounced manifestations of anxiety, primarily personal. 59.8 % of combatants had a high level of personal anxiety, 34.8 % had moderate, and only 5.4 % had low. In contrast, reactive anxiety in this contingent was low: 39.3 % had a normal level, 44.1 % had moderate, and 16.5 % had high. A predominance of high (36.3 %), medium with a tendency to high (29.4 %), and medium with a tendency to low (27.6 %) levels of general anxiety was also found among combatants. Relatively low levels of depression were found in the studied contingent: in 70.3 % the

indicator corresponded to a low level; at the same time, a significant number of respondents (24 %) showed signs of mild depression, another 4.5 % and 1.2 % of those surveyed had signs of masked and pronounced depression, respectively. Participants in combat operations with non-psychotic mental disorders had mostly satisfactory indicators of well-being (68.8 % of respondents), activity (80.5 %), and mood (58.9 %), which indicates the preservation of the psychophysiological resources of the individual over a certain period, even in the presence of emotional lability and increased vulnerability, the action of compensatory mechanisms of adaptation to stressful conditions. Clustering of posttraumatic stress symptoms revealed heterogeneity of its expression in different phenomenological profiles with the highest intensity of post-stress manifestations in representatives of the post-traumatic-dysphoric cluster (39.8 ± 7.5 points), while in the anxiety-depressive cluster the average indicator was 31.4 ± 8.2 points, astheno-cognitive – 21.6 ± 6.4 points. Correlation analysis revealed the presence of significant positive relationships between the level of post-traumatic symptoms and indicators of anxiety and depression.

Analysis of the relationships between affective and post-stress disorders, psychofunctional state and cognitive functioning within the framework of a comprehensive model of psychopathological response in non-psychotic mental disorders in combatants allowed us to establish and quantify the relationship between state anxiety and depression ($r = 0.538$; $p < 0.001$), trait anxiety and depression ($r = 0.490$; $p < 0.001$), general anxiety level and depression ($r = 0.474$; $p < 0.001$); state anxiety and mood ($r = -0.458$; $p < 0.001$), functional state ($r = -0.412$; $p < 0.001$), well-being ($r = -0.337$; $p < 0.001$) and activity ($r = -0.265$; $p < 0.001$); trait anxiety and mood ($r = -0.423$; $p < 0.001$), functional state ($r = -0.409$; $p < 0.001$), well-being ($r = -0.284$; $p < 0.001$) and activity ($r = -0.341$; $p < 0.001$); general anxiety level and mood ($r = -0.497$; $p < 0.001$), functional state ($r = -0.476$; $p < 0.001$); mental anxiety and well-being ($r = -0.335$; $p < 0.001$), activity ($r = -0.344$; $p < 0.001$); depression and mood ($r = -0.407$; $p < 0.001$), functional state ($r = -0.396$; $p < 0.001$), well-being ($r = -0.313$; $p < 0.001$) and activity ($r = -0.310$; $p < 0.001$); state anxiety and memory ($r = 0.114$; $p = 0.037$), trait anxiety and memory ($r = 0.138$; $p = 0.012$). No significant correlations were found

between general mental anxiety and memory, state anxiety and attention ($r = 0.077$; $p = 0.159$), trait anxiety and attention ($r = 0.080$; $p = 0.146$), depression and attention ($r = 0.035$; $p = 0.530$).

Based on the cluster analysis data, three clusters of typological groups of respondents were identified according to indicators of psycho-emotional state (state anxiety, trait anxiety, depression, activity, mood, memory, attention): the first cluster included patients with moderate levels of anxiety, relatively stable emotional state, average or satisfactory psycho-functional state and relatively adaptive psycho-emotional state (65.4 % of the total sample); to the second – patients with an increased level of psycho-emotional tension, anxiety, signs of emotional exhaustion, decreased mood and activity (20.4 % of the total sample); to the third – patients with the most pronounced psycho-emotional disorders, which may be accompanied by a high level of anxiety, increased depressive tendencies, decreased psycho-functional state indicators, cognitive difficulties (13.2 % of the total sample).

Factor analysis allowed us to identify three key factors that determine the psycho-emotional state of combatants with non-psychotic mental disorders: functional state (main factor), anxiety-depressive syndrome, cognitive functions.

Using regression analysis, it was found that an increase in the general level of mental tension, internal anxiety, and sense of danger in combatants is a predictor of increased depressive symptoms ($\beta = 0.332$; $p < 0.001$), and depression is a significant predictor of general anxiety level ($\beta = 0.251$; $p < 0.001$) and trait anxiety ($\beta = 0.189$; $p < 0.001$). The results of the analysis confirmed that general anxiety level can be considered as a predictor of personal anxiety ($\beta = 0.263$; $p < 0.001$) as a mechanism for the chronicity of anxiety states and the formation of stable pathocharacteristic personality traits, and did not confirm the predictive role of situational anxiety in the development of depression ($\beta = 0.114$; $p = 0.057$), therefore, emotional factors are not predictors of cognitive functioning disorders, and cognitive disorders cannot be considered as predictors of a decrease in well-being ($\beta = 0.006$; $p = 0.909$).

Based on the study data, a psychoeducational program was scientifically substantiated, developed and implemented in practice, based on the provisions of the biopsychosocial model

of mental disorders, the concept of psychosocial rehabilitation, and modern ideas about the role of the patient as an active participant in the treatment process. The goal of the psychoeducational program is to increase the effectiveness of comprehensive therapy for non-psychotic mental disorders in combatants by forming motivation for treatment, increasing mental literacy, developing psychological self-regulation skills, and improving psychosocial adaptation. The psychoeducational program structurally consists of three consecutive content modules: informational and educational, motivational and psychocorrective, and adaptation and rehabilitation, is implemented in a group format (8-12 participants) for 3 weeks with a frequency of 3 classes per week, the total number of classes is 9, the duration of each class is 80–90 minutes.

Comparative analysis proved the effectiveness of the proposed program in terms of treatment outcomes for combatants with non-psychotic mental disorders, as confirmed by a significant decrease in the intervention group in anxiety manifestations from 72.6 % to 47.0 % ($p < 0.001$), intrusive memories of traumatic events from 51.5 % to 32.5 %, manifestations of hypervigilance from 49.1 % to 28.6 % ($p < 0.001$), complaints of low mood from 58.7 % to 35.2 %, emotional exhaustion from 54.8 % to 30.7 % ($p < 0.001$), an increase in the proportion of respondents with minimal symptoms or no signs of depression (by 27.1 %) while reducing the number of respondents with mild depression (by 15.3 %), with moderate depression (by 3.6 %) and the absence of patients after treatment with severe depressive symptoms. In the intervention group, an increase in the proportion of patients with minimal signs of anxiety (by 10.3 %) and with a mild level of anxiety (by 21.7 %) was found, while the proportion of individuals with moderate (23.8 %) and severe (8.1 %) levels of anxiety decreased. Depression and anxiety indicators in the intervention group after treatment were significantly better compared to the control group.

Scientific novelty of the results obtained. The dissertation work provides for the first time a comprehensive characterization of the psychoemotional sphere of UBD with non-psychotic mental disorders in the process of using psychoeducational techniques.

For the first time, the relationship between the state of the affective sphere, post-stress response, psychofunctional state and cognitive response in the genesis of psychopathological manifestations in UBD with non-psychotic mental disorders was comprehensively assessed.

For the first time, based on a comprehensive assessment of the mutual influence of the characteristics of affective response, cognitive functioning, and psychofunctional state, predictors of psychopathological disorders in combatants have been identified and ways to increase the effectiveness of treatment measures have been identified.

For the first time, a program of psychoeducational measures for combatants with non-psychotic mental disorders has been scientifically substantiated and developed for use at all stages of providing medical and psychological care, and its effectiveness has been proven.

Scientific data on the structure and prevalence of mental disorders in combatants have been expanded and supplemented, and their nosological and syndromic characteristics have been given.

Scientific data on the characteristics of affective response, post-stress symptoms, psychofunctional state, and cognitive functioning of combatants have been expanded and supplemented.

The practical significance of the results obtained lies in the first proposed comprehensive algorithm of psychoeducational interventions to increase the effectiveness of the treatment of non-psychotic mental disorders through increased involvement and adherence to therapy, which allows reducing the severity of psychopathological manifestations, improving mental state and reducing the risks of mental health disorders in UBD.

Keywords: psychoeducation, combatants, non-psychotic mental disorders, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, cognitive impairment.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Шулякова М. І., Рациборинська-Полякова Н. В. (2024). Вплив хронічного стресу на організм людини та роль психоедукації у редукції його проявів. Психосоматична медицина та загальна практика, том 9 №1, 1-6.
2. Шулякова М. І. (2025). Сучасні виклики в системі охорони психічного здоров'я та роль психоедукації у їх подоланні. Психосоматична медицина та загальна практика, том 10 №4, 1-5.
3. Шулякова М. І. (2026). Феноменологічна структура психічних порушень в учасників бойових дій. Психосоматична медицина та загальна практика, том 11 №1, 1-9

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

1. Шулякова М. І. Роль психоедукації при наданні психотерапевтичної допомоги ветеранам та членам їх сімей. Матеріали XVII науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Перший крок в науку–2021», (15–17 квітня 2021 р., м. Вінниця). – С. 562-563. (Тези).
2. Шулякова М. І. Вплив психоедукації на рівень депресії в учасників бойових дій. Матеріали XX науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Перший крок в науку–2023», (21–22 квітня 2023 р., м. Вінниця). – С. 634-635. (Тези).
4. Шулякова М. І. Вплив психоедукації на рівень тривоги в учасників бойових дій. Materials of International scientific conference “The functioning of healthcare in EU countries and Ukraine in maintaining sustainable development”, March 19-20, 2025. Riga the republic of Latvia. P. 39-40. (Тези).

5. Шулякова М. І. Психоедукація як ключовий компонент забезпечення психічної стійкості учасників бойових дій. Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю “Проблеми психології діяльності в особливих умовах”, 21-22 квітня 2026 року, С. 148-149. (Тези).

Праці, які додатково відображують наукові результати дисертації

1. Shuliakova M., Ratsyborynska-Poliakova N. The effect of psychoeducation on the level of anxiety and depression in combat participants. Proceedings of VII International Scientific and Practical Conference “Topical aspects of modern scientific research” (21-23 March 2024, Tokyo, Japan). P. 38-43 (Тези).

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
ANNOTATION.....	9
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА.....	15
ЗМІСТ.....	17
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	20
ВСТУП.....	21
РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ. ПСИХОЕДУКАЦІЯ ЯК ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	29
1.1. Участь у бойових діях як фактор психопатогенезу психічних розладів.....	29
1.2. Психопатологічні і психосоціальні наслідки участі у бойових діях.....	36
1.3. Сучасні підходи до комплексної допомоги учасникам бойових дій з непсихотичними психічними розладами.....	51
1.4. Психоедукація: зміст, сучасний стан і перспективи, можливості застосування при непсихотичних психічних розладах.....	64
Висновки до розділу 1.....	69
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ПАЦІЄНТІВ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	72
2.1. Загальна характеристика контингенту і дизайн дослідження.....	72
2.2. Соціально-демографічна характеристика обстежених пацієнтів.....	77
2.3. Методи дослідження.....	81
2.3.1. Клінічне обстеження.....	85
2.3.2. Психодіагностичні методи дослідження.....	87
2.3.3. Статистична обробка результатів.....	99

РОЗДІЛ 3. НОЗОЛОГІЧНА СТРУКТУРА І ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....	101
3.1. Нозологічна структура непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій.....	101
3.1.1. Структура невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних психічних розладів в учасників бойових дій.....	104
3.1.2. Структура органічних психічних розладів в учасників бойових дій.....	105
3.1.3. Афективні розлади в учасників бойових дій.....	107
3.1.4. Коморбідність непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій.....	108
3.2. Синдромологічна структура непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій.....	110
3.3. Психопатологічні особливості непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій.....	113
3.4. Комплексна модель зв'язків психопатологічних проявів в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами.....	127
Висновки до розділу 3.....	162
РОЗДІЛ 4. ПСИХОЕДУКАЦІЯ ЯК ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	165
4.1. Обґрунтування, засади, мета і цілі використання психоедукації у підвищенні ефективності терапії непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій....	165
4.2. Структура і зміст психоедукаційних заходів в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами.....	171
Висновки до розділу 4.....	176

ДИНАМІКА ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ПСИХОЕДУКАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ.....	180
5.1. Динаміка клінічної симптоматики неспсихотичних психічних розладів при використанні психоедукації як засобу підвищення ефективності лікування.....	180
5.2. Динаміка афективної симптоматики при використанні психоедукації в учасників бойових дій з неспсихотичними психічними розладами.....	182
Висновки до розділу 5.....	195
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	197
ВИСНОВКИ.....	200
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	204
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	205
ДОДАТОК А.....	242
ДОДАТОК Б.....	244

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ,
ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

БПЛА	безпілотний літальний апарат
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДУ	державна установа
КНП	комунальне некомерційне підприємство
КПТ	когнітивно-поведінкова психотерапія
МБ	мультидисциплінарні бригади
МВС	Міністерство внутрішніх справ
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
РА	розлад адаптації
САН	методика «Самопочуття–Активність–Настрій»
ТМО	територіальне медичне об'єднання
УБД	учасник бойових дій
ЧМТ	черепно-мозкова травма
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder-7
PCL-5	PTSD Checklist for DSM-5
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
STAI	State-Trait Anxiety Inventory

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Питання захисту ментального здоров'я набули виняткової актуальності після початку повномасштабної війни Росії проти України. Значне посилення стресового навантаження призвело до критичного зростання поширеності порушень психічного здоров'я і потреби у психолого-психіатричній допомозі [145, 277].

Психічні розлади впливають на соматичний стан людини, часто ведуть до розвитку залежностей, спричиняють труднощі соціальної адаптації та інтеграції та позначаються на працездатності людини, що створює серйозні виклики як для держави, так і для суспільства [58].

Участь у бойових діях є потужним психоемоційним стресом, здатним викликати серйозні наслідки для психіки [47, 164, 192]. Виконання бойових завдань супроводжується надзвичайно травматичним стресовим впливом, що поєднує екстремальні фізичні навантаження, безпосередню загрозу життю і здоров'ю, стрес від втрати і поранення бойових побратимів, необхідність приймати важливі рішення в умовах критичної нестачі часу і високої відповідальності, часто на тлі депривації сну і відсутності елементарних зручностей [21, 46]. Такий вплив супроводжується зниженням психологічних резервів, що призводить до порушень життєдіяльності, патохарактерологічних трансформацій, погіршення міжособистісної взаємодії та істотним зростанням ризику виникнення психічних розладів [50, 53, 58, 202]. Віддалені наслідки участі у бойових діях включають значну ураженість колишніх комбатантів стійкими депресивними, тривожними і постстресовими розладами, посилення адиктивної і девіантної поведінки, тривалими порушеннями соціально-психологічної адаптації та психосоціального функціонування [20, 69].

Відновлення і збереження психічного здоров'я учасників бойових дій (УБД) є одним з пріоритетних завдань державної політики, що має важливе соціальне та

економічне значення для держави, оскільки втрати від проблем, пов'язаних з психічними розладами, можуть сягати 4-5% ВВП [36, 97, 214, 215, 274]. Водночас, питання методологічного та організаційного забезпечення системи охорони психічного здоров'я в Україні потребують удосконалення з урахуванням актуальної ситуації та тенденцій її розвитку [25, 220, 222]. Це стосується насамперед надання психолого-психіатричної допомоги постраждалим унаслідок бойових дій. За сучасними оцінками, кожен другий ветеран та члени його родини потребують професійної допомоги у сфері психічного здоров'я, а потенційна кількість споживачів такої допомоги в Україні вже зараз складає близько 2 млн осіб [45]. Залишається незадовільним рівень обізнаності фахівців первинної ланки охорони здоров'я у питаннях надання психолого-психіатричної допомоги: додаткове навчання з допомоги у сфері ментального здоров'я пройшли близько 10 % фахівців, а навчальна програма з основ психічного здоров'я в Україні охоплює менше 50 % тем аналогічних програм у розвинених країнах [45]. Відчувається нагальна потреба в удосконаленні програм комплексного лікування ветеранів війни з ознаками психічних розладів, що передбачають ширшу залученість фахівців первинної ланки у надання психолого-психіатричної допомоги [40]. Це у свою чергу визначає необхідність удосконалення доступних для фахівців – не психіатрів програм психологічних втручань, що позитивно впливають на прихильність пацієнтів з психічними розладами до терапії, збільшуючи її ефективність та зменшуючи ризик рецидивування, зокрема, психоосвітніх підходів.

Запровадження системного підходу до психопрофілактики дозволяє пом'якшити прогнозовані наслідки впливу психоемоційного стресу, включаючи стрес війни [238]. Важливе місце у комплексі психопрофілактичних заходів займає психоосвіта (психоедукація), що забезпечує підвищення рівня обізнаності у сфері ментального здоров'я і психологічної компетентності населення, сприяючи збереженню психічного здоров'я [115, 194].

Психоосвіта є поетапним процесом надання інформації споживачам психіатричних послуг та їхнім близьким про психічні розлади та особливості лікування,

що забезпечує їх необхідними знаннями і сприяє формуванню проактивного ставлення та відповідної поведінки стосовно власного здоров'я [179]. Психоедукація в широкому сенсі визначається як навчання осіб з розладами психіки та їхніх родичів усьому, що може бути корисним з точки зору терапії і реабілітації [198, 269]. Метою психоосвіти є залучення пацієнта в процес активних змін власної поведінки. Ця мета конкретизується у вигляді профілактики рецидивів, підвищення комплаєнсу або досягнення максимально можливого рівня незалежності пацієнта від психіатричних служб [19, 183, 195, 286]. В умовах психопатогенного впливу стресу війни психоедукація може мати істотний вплив на зменшення ризику психопатологічних ускладнень і забезпечення протидії руйнівному впливу стресу на психіку.

При цьому попри активізацію наукових досліджень і включення психоосвіти до актуальних клінічних протоколів, настанов і керівництв щодо надання психолого-психіатричної допомоги пацієнтам з ознаками стрес-асоційованих розладів, можливості психоедукаційних технік у комплексній корекції емоційних і поведінкових змін, пов'язаних з участю у бойових діях, залишаються не розкритими.

Психоедукаційний вплив може розглядатися одночасно як засіб, що виступає формою психологічного впливу у вигляді структурованої психологічної інтервенції, спрямованої на підвищення обізнаності, формування адекватних уявлень про природу травматичних реакцій та нормалізацію психічного стану, і як механізм психокорекційного впливу, що забезпечує активацію внутрішніх когнітивних і мотиваційних процесів, зокрема, когнітивної переоцінки симптомів, зменшення катастрофізації переживань і формування адаптивного ставлення до свого психоемоційного стану, виконуючи таким чином, подвійну функцію – інструментальну та процесуальну – в системі психолого-психіатричної допомоги учасникам бойових дій.

Таким чином, вивчення можливостей застосування психоедукаційних технік у комплексній корекції психопатологічних змін в УБД та розробка на підставі даних цих досліджень удосконалених підходів до персоніфікованої психокорекційної допомоги військовослужбовцям, які зазнали впливу стресу війни, є актуальним завданням, яке має

важливе соціальне та медичне значення, і сприяє покращенню психічного здоров'я населення України в умовах війни та повоєнної відбудови держави.

Зв'язок роботи з науковими програмами.

Дисертаційна робота є фрагментом теми науково-дослідної роботи кафедри психіатрії, наркології та психотерапії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова «Наукове обґрунтування та розробка діагностичних, лікувальних і профілактичних засобів охорони психічного здоров'я» (Державний реєстраційний номер 0122U002549).

Об'єкт дослідження – психоедукація як засіб підвищення ефективності лікування неспсихотичних психічних розладів в УБД.

Предмет дослідження: клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості, психоемоційне реагування, вплив психоедукації на мотиваційну сферу УБД і ефективність лікування неспсихотичних психічних розладів.

Методи дослідження: соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний.

За допомогою соціально-демографічного методу вивчено соціальні та демографічні характеристики УБД.

Клініко-психопатологічний метод використаний для оцінки психічного стану та особливостей психопатологічних проявів у обстежених УБД.

Психодіагностичний метод передбачав вивчення стану психоемоційної сфери з використанням валідних і надійних психодіагностичних методик:

- шкали самооцінки ситуативної та особистісної тривожності C.D. Spilberger;
- шкали самооцінки депресії Zung et al.;
- опитувальника з депресії PHQ-9;
- опитувальника з генералізованої тривоги GAD-7;
- шкали самооцінки симптомів ПТСР PCL-5;
- методики оцінки самопочуття, активності, настрою;
- методики «Запам'ятовування 10 слів»;

- оцінки уваги за допомогою таблиць Шульте.

Статистичний аналіз виконано з використанням сучасних непараметричних методів статистичного аналізу: точного критерію Фішера, непараметричного тесту Манна-Уїтні, методу рангових кореляцій Спірмена, дисперсійного аналізу.

Мета роботи: підвищити ефективність лікування непсихотичних психічних розладів в УБД шляхом застосування психоедукації як інструменту залученості і підвищення прихильності до терапії.

Завдання дослідження:

1. Встановити нозологічну та синдромологічну структуру непсихотичних психічних розладів в УБД.

2. Визначити стан афективного реагування, посттравматичної стресової симптоматики та когнітивного функціонування УБД з непсихотичними психічними розладами.

3. Встановити закономірності взаємозв'язків афективного та постстресового реагування, психофункціонального стану і когнітивного функціонування у психопатологічній симптоматиці.

4. Визначити предиктори психопатологічних порушень в УБД і запропонувати шляхи збільшення ефективності терапевтичних втручань.

5. Науково обґрунтувати і розробити програму психоедукації як інструменту збільшення ефективності лікування через покращення залученості і прихильності до терапії УБД, і оцінити ефективність запропонованої програми.

Наукова новизна одержаних результатів. У дисертаційній роботі вперше дана комплексна характеристика психоемоційної сфери УБД з непсихотичними психічними розладами в процесі використання психоедукаційних технік.

Вперше комплексно оцінено взаємозв'язок стану афективної сфери, постстресового реагування, психофункціонального стану і когнітивного реагування в генезі психопатологічних проявів в УБД з непсихотичними психічними розладами.

Вперше на підставі комплексної оцінки взаємного впливу характеристик афективного реагування, когнітивного функціонування та психофункціонального стану визначено предиктори психопатологічних порушень в УБД та визначено шляхи підвищення ефективності лікувальних заходів.

Вперше науково обґрунтовано і розроблено програму психоедукаційних заходів для УБД з непсихотичними психічними розладами для застосування на всіх етапах надання медичної та психологічної допомоги, і доведено її ефективність.

Розширено і доповнено наукові дані щодо структури і поширеності психічних розладів в УБД і дана їх нозологічна та синдромологічна характеристика.

Розширено і доповнено наукові дані щодо характеристик афективного реагування, постстресової симптоматики, психофункціонального стану і когнітивного функціонування УБД.

Практичне значення одержаних результатів полягає у вперше запропонованому комплексному алгоритмі психоедукаційних втручань для підвищення ефективності лікування непсихотичних психічних розладів через збільшення залученості і прихильності до терапії, що дозволяє зменшити виразність психопатологічних проявів, покращити психічний стан і знизити ризики порушень психічного здоров'я в УБД.

Запропоновані за результатами дисертаційного дослідження рекомендації використовуються у практиці фахівців лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів та лікарів-психологів КНП «Вінницький обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Вінницької обласно ради» (акт впровадження від 10.01.2022 р.), ДУ «ТМО МВС України по Хмельницькій області» (акт впровадження від 04.05.2026 р.), військової частини А7366 (акт впровадження від 01.05.2026 р.), Університетської клініки (лікувально-навчально-наукового центру) ВНМУ ім. М.І. Пирогова (акт впровадження від 20.05.2026 р.).

Результати дисертаційного дослідження впроваджені у навчальний процес Навчально-наукового інституту психології та ментального здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (акт впровадження від

28.04.2026 р.) та Херсонського державного університету (акт впровадження від 15.05.2026 р.).

Особистий внесок здобувача. Дисертанткою самостійно виконано патентний пошук, аналіз та реферування літературних джерел, сформульовано мету і завдання дослідження, визначено його методологію, розроблено оригінальну анкету дослідження і здійснено підбір психодіагностичного інструментарію, виконано клінічне та психодіагностичне обстеження пацієнтів, сформовано електронну базу і проведено статистико-математичну обробку даних дослідження, проаналізовано і узагальнено його результати, написано текст дисертації, виконано табличне і графічне представлення даних. Дисертанткою самостійно сформульовано всі наукові результати, положення і висновки дисертації, а також наукові публікації за результатами дисертаційного дослідження. Внесок дисертантки у статтю, опубліковану в співавторстві, зазначений у списку публікацій до дисертації.

Апробація результатів дисертації. Основні наукові положення і результати дисертаційного дослідження обговорені на XI Щорічній конференції Асоціації психіатрів України з міжнародною участю «Психічне здоров'я в Україні: управління в умовах війни, планування для миру» (м. Київ, Україна, 16-17.04.2026), The 10th Ukrainian Psychiatric Association Research and Leadership Skills Course for Early Carrier Mental Health Specialists and Students (Prague, Czech Republic, 2-9.09.2026), The 8th Ukrainian Psychiatric Association Research Course for Early Carrier Mental Health Specialists and Students (Oslo, Norway, 5-8.11.2024), The 7th Ukrainian Psychiatric Association Research Course for Early Carrier Mental Health Specialists and Students (Kraków, Poland, 31.08.2023), The Pre-congress course “6th Research Course for Early Carrier Mental Health Specialists and Students” (Warsaw, Poland, 23.02.2023).

Публікації. За результатами дисертаційного дослідження опубліковано 8 наукових робіт, у тому числі 3 статті у фаховому виданні категорії «Б», яке входить до переліку МОН України, та 5 тез у матеріалах наукових конференцій і форумів загальнодержавного та міжнародного рівня.

Структура і обсяг дисертації. Дисертація викладена на 253 сторінках друкованого тексту (183 сторінки основного тексту). Дисертація складається зі вступу, огляду і аналізу літератури, загальної характеристики обстежених пацієнтів і методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел та 7 додатків. Дисертація містить 23 таблиці і 45 рисунків. Список літератури складається з 285 наукових джерел (з яких 66 кирилицею та 219 латиницею).

РОЗДІЛ 1

ПРОБЛЕМА ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ. ПСИХОЕДУКАЦІЯ ЯК ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Участь у бойових діях як фактор психопатогенезу психічних розладів

Участь у бойових діях є одним із найбільш потужних психотравмуючих чинників, що впливають на психічне здоров'я людини. В умовах війни особистість зазнає впливу комплексу екстремальних стресорів, до яких належать безпосередня загроза життю, участь у бойових зіткненнях, поранення, загибель товаришів по службі, тривале перебування в умовах фізичного та психоемоційного перенапруження, вимушене обмеження соціальних контактів і постійна необхідність прийняття рішень в умовах невизначеності. Сукупність зазначених чинників створює передумови для формування різноманітних психічних порушень та психосоціальної дезадаптації [192, 203, 216, 280].

Організація Об'єднаних Націй офіційно визнала воєнні конфлікти як глобальну, масштабну та надзвичайно небезпечну загрозу для всього суспільства і людства в цілому. У зв'язку з цим, усі країни світу і міжнародне співтовариство взяли на себе відповідальність якнайшвидше позбавити майбутні покоління тягаря війни, що стало одним із пріоритетних і найважливіших завдань сучасності [265]. Проте, незважаючи на численні офіційні заяви та декларації, збройні конфлікти і військові дії продовжуються на території багатьох десятків країн світу, серед яких і Україна, де цей складний процес не припиняється [146].

У сучасних реаліях, коли в Україні тривають активні бойові дії, проблема психічного здоров'я населення набуває особливої гостроти. Особливо важливим та актуальним для психологів є вивчення та підтримка психічного стану військовослужбовців, які беруть участь у війні. Під впливом воєнного часу та тривалого

стресу знижується здатність людини адаптуватися, організм виснажується, зростають ризики розвитку психосоматичних захворювань тощо. Учасники бойових операцій можуть стикатися з численними загрозами під час виконання службових завдань, що може призводити до порушень психічного стану, особливо якщо вони морально та психологічно недостатньо підготовлені до бойових дій [6, 41].

Російське військове вторгнення в Україну перетворилося на найбільший наземний конфлікт у Європі з часів закінчення Другої світової війни, ставши одним із наймасштабніших збройних протистоянь на континенті за останні десятиліття [219], а також найсерйознішим соціально-психологічним випробуванням для українського суспільства за всю історію незалежності України, викликавши значний стрес і глибокі зміни у сфері психічного здоров'я населення [98].

Наслідки участі у бойових діях, що стосуються зміни психіки та поведінки, нині становлять надзвичайно важливу міждисциплінарну проблему, котра привертає увагу не лише фахівців з психіатрії та психології, а й експертів у галузі соціології, біології та інших наук [78]. Для ефективного дослідження та подолання цієї складної проблеми потрібна тісна інтеграція знань і досвіду з різних галузей науки, а також розробка та впровадження нових, інноваційних методологічних підходів [225].

Широкий спектр досліджень підтвердив, що воєнні дії значно посилюють і загострюють як міжособистісні, так і суспільні конфлікти [132], сприяють зростанню поширеності психічних захворювань, зокрема депресивних, тривожних і посттравматичних розладів, крім того, під час і після конфліктів зростає рівень зловживання психоактивними речовинами, а також проявляється агресивна поведінка і підвищується ризик суїцидальних дій [199].

Ці негативні наслідки можуть зберігатися і проявлятися протягом багатьох десятиліть після завершення воєнних дій, істотно впливаючи на психічне здоров'я суспільства [201].

Участь у бойових діях є надзвичайно сильним і небезпечним психоемоційним стресовим фактором, який може спричинити серйозні та навіть катастрофічні наслідки

для психічного здоров'я людини. Було доведено тісний зв'язок між стресом, спричиненим війною, та виникненням таких розладів, як депресія, тривожність, а також проявами суїцидальної і аддиктивної поведінки. Крім того, цей стрес значно знижує загальну якість життя постраждалих і приводить до порушень психосоціальної адаптації, ускладнюючи їхню здатність ефективно функціонувати в суспільстві [49].

До початку російського вторгнення було опубліковано численні дослідження, які були присвячені вивченню особливостей психологічного реагування комбатантів. Ці роботи базувалися насамперед на аналізі контингенту військовослужбовців США та інших західних країн, які брали участь у воєнних операціях у різних куточках світу. У таких дослідженнях було виявлено важливі закономірності у психологічних та психопатологічних реакціях, що виникають як реакція на стресові ситуації, пов'язані з війною. Втім, із початком російської агресії проти України стало очевидним, що наукові дані, отримані раніше, потребують суттєвого доповнення й уточнення, з урахуванням унікальних особливостей і специфіки бойових дій, що проходять саме на території України.

Численні наукові дослідження, які присвячені вивченню складових психічного здоров'я учасників бойових дій, особливу увагу приділяють аналізу тривожних станів. Саме ці дослідження спрямовані на розкриття механізмів виникнення, проявів і наслідків тривоги, що часто є ключовим фактором у формуванні психічного стану військовослужбовців під час та після участі у бойових операціях.

Тривожність у військовослужбовців може проявлятися як на психологічному рівні, так і на фізіологічному. Психологічно це може виражатися через відчуття напруженості, безсилля, невизначеності, самотності та розгубленості. Фізіологічні ознаки включають підвищення артеріального тиску, загальне збудження, а також збільшення частоти серцебиття і дихання. Дослідження показують, що перед виконанням бойового завдання рівень тривожності, як правило, зростає, у процесі виконання він зазвичай знижується, а після завершення завдання знову підвищується. Такий стан вчені пов'язують з тим, що очікувана загроза виявляється значно вищою за

реальну небезпеку, що викликає додатковий психологічний стрес [9]. Підвищення рівня тривожності після виконання бойового завдання пов'язане зі зворотним аналізом пережитих подій, переоцінкою ситуації, що сталася, а також спогадами про бойову діяльність. Наукові дослідження підтверджують, що у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, зазвичай домінують середні рівні вираженості як особистісної, так і ситуативної тривожності. Водночас, встановлено, що прояви цих видів тривожності не залежать від віку військовослужбовців або їхнього бойового досвіду, що свідчить про універсальність цих психологічних реакцій серед представників різних груп [24]

У рамках досліджень, присвячених вивченню динаміки тривожності ще в учасників операції об'єднаних сил (ООС), було визначено, що в перші дні прибуття комбатантів у зону бойових дій у них домінує середній рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності, при цьому не було виявлено ознак депресії. Високий рівень адаптивності військовослужбовців підтверджується відсутністю значних змін у показниках тривожності, які продовжують залишатися переважно на середньому рівні. Також серед учасників ООС не виявлено симптомів депресивного стану. Проте, вже після повернення з зони бойових дій, через приблизно два тижні, у більшості комбатантів спостерігається підвищення рівня ситуативної тривожності, а також з'являються ознаки легкої депресії. Довгостроковий моніторинг, проведений через два місяці після виконання бойових завдань, показав, що показники реактивної і ситуативної тривожності залишаються в межах середніх значень, а ознак депресії у військовослужбовців, які брали участь у дослідженні, вже не було зафіксовано [4].

Аналіз наукових публікацій, присвячених особливостям психічного реагування учасників бойових дій, а також короткостроковим і довгостроковим наслідкам впливу бойового стресу, показав, що психологічні реакції на стрес війни мають складний і багатовимірний характер, який охоплює як негативні наслідки, такі як моральні травми, ПТСР, депресія, тривожність та адиктивна поведінка, так і позитивні психологічні феномени - стресостійкість, резилієнс і посттравматичне зростання. Поширеність ПТСР серед комбатантів становить близько 30 %, а депресивних і тривожних розладів -

приблизно 40 %. Все це підкреслює гостру потребу у впровадженні цілеспрямованих заходів із психологічної корекції та профілактики стрес-асоційованих психічних розладів у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Особливу перспективу у протидії руйнівному впливу стресу на психіку представляють феномени стресостійкості, резилієнсу і посттравматичного зростання, розвиток яких можливо забезпечити шляхом спеціалізованих психологічних тренінгів і програм підтримки.

З позицій сучасної психіатрії бойова психічна травма розглядається як багатофакторний психопатогенетичний процес, що включає взаємодію біологічних, психологічних та соціальних механізмів. Тривалий вплив стресових факторів призводить до порушення функціонування нейроендокринної системи, дисрегуляції гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, змін нейромедіаторного обміну та порушення механізмів емоційної регуляції. Наслідком зазначених процесів є підвищення вразливості особистості до розвитку непсихотичних психічних розладів, зокрема ПТСР, тривожних, депресивних та адаптаційних розладів [114, 160, 171, 187, 231, 243].

Особливе місце серед психопатологічних наслідків участі у бойових діях посідає ПТСР, який розглядається як один із найбільш поширених варіантів реакції на екстремальний стрес. Клінічна картина ПТСР характеризується наявністю нав'язливих спогадів про психотравмуючі події, флешбеків, нічних кошмарів, симптомів уникнення, негативних змін когнітивної та емоційної сфери, а також стану постійної психофізіологічної напруги. Встановлено, що навіть через значний час після завершення бойових дій зазначена симптоматика може зберігатися та негативно впливати на соціальне функціонування особистості [89, 154, 181, 276].

Поряд із ПТСР серед учасників бойових дій широко представлені тривожні та депресивні розлади. Хронічне перебування в умовах небезпеки сприяє формуванню стійкого відчуття загрози, підвищеної настороженості, порушень сну, дратівливості та емоційної лабільності. Депресивні прояви можуть включати зниження настрою, втрату інтересу до повсякденної діяльності, відчуття безнадійності, зниження самооцінки та

мотивації. Наявність коморбідних тривожних і депресивних симптомів значно ускладнює процес реабілітації та знижує ефективність терапевтичних втручань [160, 221].

Важливим аспектом психопатологічних наслідків бойової травматизації є формування розладів адаптації. Після повернення до мирного життя багато ветеранів стикаються з труднощами професійної, сімейної та соціальної інтеграції. Зміна життєвого укладу, необхідність відновлення соціальних ролей, переживання втрати бойового братерства та нерозуміння з боку цивільного оточення можуть виступати додатковими психотравмуючими чинниками та сприяти підтриманню психічної дезадаптації [35, 57, 71, 190, 213].

У структурі психічних порушень учасників бойових дій також часто виявляються астеничні, когнітивні та соматоформні прояви. До найбільш поширених симптомів належать швидка психічна виснажуваність, зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті, труднощі прийняття рішень, головний біль, вегетативні порушення та різноманітні соматичні скарги без достатнього органічного підґрунтя. Зазначені прояви істотно знижують якість життя та професійну продуктивність ветеранів [120, 177, 221, 264, 268].

Окрім безпосередніх психопатологічних наслідків, участь у бойових діях супроводжується значними психосоціальними змінами. Серед найбільш поширених наслідків виділяють порушення сімейних відносин, зниження соціальної активності, труднощі працевлаштування, формування соціальної ізоляції та зниження рівня суб'єктивного благополуччя. Психічні порушення нерідко поєднуються зі стигматизацією, недостатньою поінформованістю щодо можливостей отримання комплексної допомоги, а також низькою мотивацією до лікування [181, 190, 245].

Сучасні дослідження свідчать, що ефективна допомога учасникам бойових дій повинна ґрунтуватися на комплексному біопсихосоціальному підході, який поєднує психофармакотерапію, психотерапевтичні втручання, психосоціальну реабілітацію та психоедукацію. Особливого значення набуває раннє виявлення психічних порушень,

формування прихильності до лікування та активне залучення пацієнтів до реабілітаційного процесу [32, 206, 243, 275].

Таким чином, участь у бойових діях є потужним фактором психопатогенезу, який сприяє розвитку широкого спектра непсихотичних психічних розладів та психосоціальної дезадаптації. Висока поширеність посттравматичних, тривожних, депресивних та адаптаційних порушень серед учасників бойових дій обумовлює необхідність пошуку ефективних комплексних підходів до їх лікування та реабілітації, серед яких важливе місце посідає психоедукація як засіб підвищення ефективності терапевтичних втручань.

Слід підкреслити, що серед українських учасників бойових дій спостерігаються характерні психічні особливості, які відрізняють їх від військовослужбовців західних країн, що брали участь у бойових операціях за межами своєї батьківщини. Зокрема, українські комбатанти ведуть бойові дії безпосередньо на території своєї країни, захищаючи її суверенітет, що з психіатричної точки зору є одночасно і додатковим стресовим фактором. Така обставина підсилює ризик розвитку гострих психічних реакцій і травм, формуючи особливий спектр симптоматики, пов'язаної із внутрішнім конфліктом, підвищеним рівнем емоційного напруження та значним психологічним шоком [219]. З іншого боку, це також дає військовослужбовцю відчуття значущості та високої мети своєї діяльності у захисті Батьківщини, що виступає як важливий психологічний захисний механізм. Цей механізм сприяє зниженню рівня тривожності та інших негативних проявів, пов'язаних із психологічним стресом, який виникає в умовах війни, допомагаючи таким чином підтримувати внутрішню стійкість і емоційну рівновагу [90]. Іншою важливою особливістю є широко поширене залучення до бойових дій добровольців та мобілізованих цивільних осіб, які раніше не мали досвіду військової служби. Це суттєво відрізняється від ситуації на Заході, де учасники бойових операцій, як правило, є професійними військовослужбовцями з відповідною підготовкою. Така відмінність впливає на особливості психоемоційного стану бійців і вимагає спеціального підходу до їхньої психологічної підтримки [134, 172].

1.2. Психопатологічні і психосоціальні наслідки участі у бойових діях

У наукових дослідженнях особливу увагу приділяють вивченню бойового стресу серед військовослужбовців та його негативних наслідків. З одного боку, переживання бойового стресу є природною і очікуваною реакцією для військових, однак воно може спричиняти тривалі негативні ефекти на психічне здоров'я. Зокрема, дослідження свідчать, що більшість військовослужбовців уникають відкритого обговорення власних психічних та поведінкових проблем, що ускладнює своєчасне їх виявлення, діагностику та ефективне лікування, що в кінцевому підсумку негативно впливає на процес реабілітації та адаптації. [59]. Наслідки бойового стресу можуть мати значний негативний вплив на як психологічний, так і фізіологічний стан військовослужбовця, при цьому самі умови ведення бойових дій лише посилюють і закріплюють цей негативний вплив. Втім, одночасно з цим існує й феномен посттравматичного зростання — позитивної трансформації особистості, що проявляється у здатності знаходити нові ресурси і сенси в житті навіть після сильних психотравмуючих подій. Це свідчить про можливість не лише подолання наслідків стресу, а й розвитку особистісного зростання та зміцнення психологічної стійкості у військовослужбовців [3, 59]. У військовослужбовців, які проходили лікування в шпиталі, були виявлені підвищені показники психічних проявів бойового стресу, при цьому переважали емоційно опосередковані, зокрема інформаційні, компоненти цього розладу. У той же час, серед здорових військовослужбовців домінувало здебільшого емоційне сприйняття бойової ситуації без виражених психопатологічних симптомів, що свідчить про відмінності у тяжкості психічних реакцій та рівні адаптації до стресових факторів бойових дій [3].

Сьогодні поступово накопичується все більше актуальних даних щодо особливостей психологічного реагування українських військовослужбовців у ході поточної війни, що дає змогу більш точно і ефективно планувати заходи для посилення їхнього психологічного опору стресу воєнних дій та запобігання пов'язаних із цим психічних розладів. Водночас, надзвичайно важливим залишається критичний аналіз і

систематизація світового досвіду дослідження психологічних реакцій і захисних психологічних механізмів у учасників бойових дій. Інтеграція цих знань створює широкі можливості для вдосконалення існуючих методів і розробки інноваційних підходів до психологічної підтримки учасників бойових операцій, спрямованих на відновлення та збереження їхнього ментального здоров'я, а також на ефективне запобігання негативним психолого-психіатричним наслідкам війни.

З позицій сучасних наукових підходів участь у бойових діях розглядається як один із найпотужніших і найбільш небезпечних психоемоційних стресових факторів, який чинить складний і багатогранний вплив на психіку учасників бойових дій. Цей вплив проявляється у вигляді широкого спектра психологічних та психопатологічних реакцій, що відображають різноманітність і глибину переживань і змін, викликаних екстремальними умовами бойового стресу [185].

Виконання завдань бойової діяльності пов'язане із взаємодією з факторами, що травмують психіку, що може призводити до розвитку гострих стресових розладів (ГСР) та ПТСР. Дослідження, проведені серед військовослужбовців, які перебували у зоні проведення операції об'єднаних сил (ООС), показали, що 16,8 % осіб мали виражені прояви ПТСР, 33,5 % - окремі його ознаки, а у 49,7 % таких ознак не було виявлено. Ці результати підкреслюють необхідність своєчасної діагностики, профілактики, проведення психотерапії та соціально-психологічної підтримки для осіб, які страждають на ПТСР. Важливо також зазначити, що такі розлади можуть проявлятися як відстрочені або затяжні реакції на стресові події чи загрозливі ситуації, такі як війни, катастрофи, революції чи стихійні лиха [24]. У низці досліджень, присвячених вивченню емоційних та поведінкових порушень, спричинених посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), було встановлено, що серед військовослужбовців, які перебували у зоні проведення операції об'єднаних сил (ООС), емоційні реакції проявляються в різних станах. Найпоширенішими з них є тривога, яка фіксується у 29 % осіб, далі йдуть роздратування – 17 %, відчуття безпорадності – 14 %, відчай та страх – по 13 % кожен, зневіра – 10 %, а байдужість зустрічається у 4 % випадків. Ці дані ілюструють

різноманітність та інтенсивність емоційних переживань, які відчують військовослужбовці під впливом бойового стресу[24].

Результати численних досліджень свідчать про те, що серед учасників операції об'єднаних сил (ООС), які зверталися за допомогою, основними проявами ПТСР є страх – у 57 % випадків, демонстративна поведінка – у 50 %, агресивність – у 58,5 %, а також підозрілість, що спостерігається у 75,5 % осіб. Додатково, близько половини військовослужбовців мають проблеми, пов'язані із зловживанням алкоголю та наркотиків. Водночас майже кожен із них стикався з труднощами у сімейних стосунках, на роботі та в соціальному середовищі, що підкреслює комплексний характер впливу ПТСР на різні сфери життя учасників бойових дій [4]. За результатами дослідження, проведеного серед осіб, що перебували на території активних бойових дій, було встановлено, що близько 40 % респондентів демонструють різноманітні прояви стресу та психічних розладів. Ще 40 % опитаних зазначили, що відчують постійну неспокійність і тривогу, тоді як лише 20 % перебували у відносно спокійному та стабільному емоційному стані. Крім того, було виявлено, що 65 % учасників дослідження не мають достатньої інформації щодо того, як правильно діяти в умовах стресу та при появі психічних розладів. Важливо відзначити, що 80 % опитаних зауважили погіршення свого емоційного стану, тоді як лише 20 % не помітили жодних суттєвих змін і вважали себе здоровими з психологічної точки зору. Ці дані підкреслюють гостру необхідність у здійсненні психологічної підтримки та інформування населення, що перебуває в зонах бойових дій [54].

Зміни у тактиці сучасних бойових дій, що полягають у відході від традиційної парадигми симетричної війни, створили нові виклики для військовослужбовців. Вони вимагали від них здатності швидко адаптуватися та оперативно реагувати на непередбачувані і раптові зміни у сценарії бою. Такий стрімкий темп змін значно підвищив рівень стресового та психологічного навантаження на особовий склад, ускладнивши процес прийняття рішень і вплинувши на загальний емоційний стан військових [256]. Сучасний бойовий стрес супроводжується сильними фізіологічними

реакціями організму, зокрема підвищенням рівня метаболізму, активацією серцево-судинної системи та посиленням м'язового тону. Ці реакції є природною відповіддю організму на екстремальні умови бойової діяльності, що забезпечує готовність до швидких дій, але в той же час може викликати значне фізичне навантаження і сприяти стомленню військовослужбовця [139], а також супроводжується змінами в психологічному стані, зокрема проявами тривоги, підвищеного збудження та різноманітними когнітивними порушеннями, що можуть ускладнювати процес мислення, уваги та прийняття рішень у складних бойових умовах [94]. Комплекс реакцій і фізіологічних, і психічних, які супроводжують бойовий стрес, значною мірою ускладнює процес прийняття рішень у бойових умовах. Ці реакції виступають додатковим фактором, що сприяє психологічній травматизації військовослужбовців, викликаючи дихотомію у мисленні, надмірне емоційне напруження та нерациональне використання фізичних і когнітивних ресурсів. У ситуаціях з підвищеним ризиком це може призводити до зниження ефективності дій та погіршення загальної бойової готовності [149]. Ці негативні реакції чинять значний та інтенсивний короткостроковий вплив не лише на психіку військовослужбовців, що може призводити до тимчасового погіршення їхнього емоційного стану та функціональних можливостей [69], а й на вегетативну нервову систему [239], водночас вони можуть призводити до тривалих негативних наслідків, таких як розвиток посттравматичних стресових розладів (ПТСР) [255], провокують стійкі психопатологічні зміни [262] та різноманітні психосоматичні порушення, що суттєво погіршують загальний стан здоров'я та якість життя постраждалих [217]. Одним із ключових психологічних наслідків участі у бойових діях є моральна травма, або стан глибокого емоційного дистресу, який виникає через внутрішній конфлікт між високими моральними цінностями особи та необхідністю вчиняти дії, що суперечать цим переконанням і можуть розглядатися як низькоморальні або неприйнятні [178]. Такий розрив у світогляді часто призводить до значних психологічних страждань і потребує особливої уваги в процесі психологічної підтримки та реабілітації.

Моральна травма розглядається як один із важливих психіатричних аспектів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що безпосередньо пов'язаний із досвідом участі у бойових діях. Вона характеризується глибоким внутрішнім конфліктом і емоційним дистресом, які виникають через порушення моральних норм та етичних принципів під час війни, що може призводити до значних психопатологічних симптомів і ускладнювати перебіг ПТСР [161].

Війна створює унікальні психіатричні виклики, породжуючи специфічні парадоксальні етичні конфлікти, у яких стикаються уявлення із реальністю: морально-релігійні переконання вступають у протиріччя з вимогами військового обов'язку та потребою виживання; ідеалізовані міфи про війну розходяться з жорстокою воєнною дійсністю; політичні декларації суперечать фактичним подіям; життя опиняється в протистоянні зі смертю. Військовослужбовець змушений перебувати в цих глибоко конфліктних і парадоксальних умовах, що може призводити до руйнування особистісних моральних цінностей і виникнення тяжких психіатричних наслідків, зокрема моральної травми, яка є складним явищем на межі етики та психіатрії [127].

Моральна травма представляє собою складний психіатричний феномен, що охоплює не тільки психологічні, але й моральні та духовні страждання, пов'язані з переживанням подій, які є морально неприйнятними або суперечать внутрішнім ціннісним системам індивіда [74]. Психіатричні та нейропсихологічні трансформації, що виникають у результаті моральної травми, можуть мати потужний і тривалий вплив на когнітивне, емоційне і соціальне функціонування особи, значно ускладнюючи її адаптацію та відновлення. Цей стан часто супроводжується розвитком стійких психопатологічних порушень, які потребують комплексного лікування та психіатричної підтримки.

Встановлено, що моральна травма має тісний психіатричний зв'язок із порушеннями психічного здоров'я серед колишніх комбатантів [121], іноді з розвитком стрес-асоційованих психічних розладів, такими як ПТСР, а також із підвищеним ризиком суїцидальної поведінки [123, 260]. Цей феномен супроводжується глибоким

відчуттям втрати життєвої мети та сенсу, переживанням зради, а також значними труднощами у процесах адаптації і соціалізації, що ускладнює реінтеграцію в суспільство та потребує комплексного психіатричного втручання і тривалої підтримки [191].

У сучасній війні моральна травма має визначальне значення з психіатричної точки зору: після початку повномасштабного вторгнення було проведено низку досліджень, які виявили виражені психіатричні реакції, пов'язані з глибокими моральними стражданнями, спричиненими масштабними людськими втратами серед цивільного населення, а також невибірковими обстрілами російськими військами житлових районів, шкіл і лікарень. Ці обставини викликали у військових і цивільних значний спектр внутрішніх емоційних розладів, серед яких домінують гнів, сором, почуття провини, огида, розчарування та втрата довіри, що є характерними симптомами моральної травми та можуть призводити до розвитку тяжких психіатричних станів, що потребують кваліфікованої допомоги [103].

Деякі дослідники пов'язують ці моральні емоції з психіатричним феноменом передачі сімейної травми, викликаного геноцидом українського народу в радянський період. Вони наголошують, що наслідки колективної травми геноциду можуть виступати як значущий фактор ризику розвитку моральної травми та супутніх психічних розладів у військовослужбовців під час війни. Цей міжпоколінний вплив підвищує ймовірність виникнення тяжких психіатричних станів і ускладнює процес адаптації та лікування постраждалих від бойових дій [159, 285].

Найбільш складним психіатричним бар'єром у контексті бойових дій є вимога здійснення вбивства ворога, що викликає глибокі внутрішні конфлікти та психічне напруження. Водночас, знищення ворожих військовослужбовців у межах бойових операцій зазвичай асоціюється з меншим рівнем розвитку тяжких психічних розладів порівняно з випадками, коли відбувається вбивство некомбатантів, що може спричинити значно серйозніші психіатричні наслідки, включаючи гострі та хронічні психотравми. Такий етичний та психіатричний дискомфорт потребує особливої уваги в системі

психіатричної підтримки військовослужбовців [233]. В умовах збройного конфлікту знищення ворожого комбатанта розглядається як усунення потенційної загрози для власних військових, що має важливе значення з психіатричної точки зору, оскільки усуває джерело безпосередньої небезпеки. Цей акт є також маркером оперативного успіху і відповідає встановленим морально-етичним нормам та міжнародному праву щодо ведення воєнних дій, що забезпечує певний рівень психіатричної легітимності і знижує рівень внутрішнього конфлікту та стресу серед військовослужбовців [166]. Загалом, підвищена жорстокість бойових дій асоціюється з більшим ризиком виникнення психіатричних розладів, а також із зростанням вживання психоактивних речовин серед військовослужбовців. Значущими факторами підвищеного ризику є також типи бойових ситуацій, такі як безпосередні зіткнення з ворогом, участь у знищенні ворожих солдатів, свідчення смерті та поранень побратимів, а також постійна загроза для власного життя. Водночас слід відзначити, що спеціальна психіатрична підготовка військовослужбовців, зосереджена на формуванні цілеспрямованості через місію, підтримці згуртованості підрозділу і розвитку когнітивної стійкості, здатна значно знизити кількість негативних психіатричних наслідків для ментального і фізіологічного здоров'я учасників бойових дій. Це справедливо навіть з урахуванням різних демографічних характеристик, стану фізичного та психічного здоров'я і специфіки виконуваних бойових завдань [233].

Вплив потенційно морально шкідливих ситуацій у бойових умовах суттєво підвищує психіатричний ризик суїцидальної поведінки серед учасників бойових дій. Додатково, деякі індивідуальні психіатричні характеристики, зокрема підвищений рівень агресії, порушення емоційної регуляції, наявність попередніх психіатричних розладів, а також складні життєві обставини, позитивно корелюють із збільшеним ризиком суїциду у військовослужбовців, які зазнали травматичного впливу війни. Ці обставини зумовлюють необхідність проведення цілеспрямованої психіатричної інтервенції та корекційної роботи з комбатантами, які характеризуються високим рівнем

агресивності і порушеннями емоційної регуляції, з метою зниження ризику самогубства та покращення їхнього психічного стану після участі у бойових діях [173].

Було підтверджено, що підвищена частота розвитку ПТСР та соматичних симптомів тісно пов'язана з перебуванням військовослужбовців у зоні бойових дій, навіть у випадках, коли вони не брали безпосередньої участі у бойових зіткненнях. Логістичний регресійний аналіз виявив, що серед осіб, які до служби не вважали себе схильними до агресії, участь у бойових діях підвищує імовірність проявів агресивної поведінки після служби втричі порівняно з ветеранами, які не брали безпосередньої участі у боях. Ці дані підкреслюють психіатричну важливість оцінки впливу не лише безпосередніх бойових дій, а й загального перебування у зоні конфлікту на подальший психічний стан військовослужбовців [138].

Повномасштабне вторгнення російських військ спричинило масове психічне моральне травмування серед як українських цивільних осіб, так і військовослужбовців. Однак рівень моральної травми серед військовослужбовців виявився нижчим, ніж у цивільного населення, що, з професійної точки зору, може бути зумовлено формуванням у військових почуття особистої місії та активним залученням до цілеспрямованих дій, спрямованих на подолання та зменшення негативного емоційного навантаження. Такий процес може виступати як захисний психічний механізм, що сприяє більш ефективній адаптації та зниженню тяжкості психічних симптомів моральної травми [284]. Важливим протективним фактором в аспекті психічного здоров'я для українських учасників бойових дій є усвідомлення ними своєї виключної соціальної ролі як захисників рідної землі та мирного населення від російських окупантів. Це усвідомлення сприяє зміцненню внутрішньої мотивації та формуванню стійких механізмів адаптації, що допомагають зменшити ризик розвитку тяжких психічних розладів і підтримують емоційну стабільність у складних бойових умовах [140]. Підкреслюється, що люди, які зазнали поранень у боях з ворогом, відчувають психологічну підтримку завдяки усвідомленню суспільної гордості та визнання, що вони отримують. Це соціальне визнання виступає як важливий фактор, який сприяє їхній психічній реабілітації та

допомагає ефективніше справлятися з наслідками травми війни, знижуючи ризик розвитку серйозних психічних розладів та полегшуючи психологічний процес відновлення [157].

Важливо відзначити, що у багатьох українських військовослужбовців у процесі спільного виконання бойових завдань формується міцне відчуття внутрішньої згуртованості та приналежності до бойового братерства. Цей феномен виступає як значущий захисний фактор психіки, що сприяє підтримці психічного здоров'я, підвищенню стійкості до стресових впливів війни та зменшенню ризику розвитку психопатологічних станів серед учасників бойових дій [90].

Дослідження психічного стану українських учасників бойових дій, включно з представниками як регулярної армії, так і добровольчих сил територіальної оборони, під час повномасштабного вторгнення виявило підвищену частоту проявів тривожних та депресивних розладів - відповідно 44,1 % та 43,0 %. Водночас автори наголошують на значній гетерогенності психічного стану серед цієї категорії військових: жінки демонстрували більшу поширеність психічних розладів, наявність більшої кількості дітей корелювала зі зниженням тяжкості симптомів депресії та тривоги, а професійні військовослужбовці мали більш виражені ознаки тривожності порівняно з членами добровольчих формувань територіальної оборони. Ці закономірності вказують на необхідність індивідуалізованого підходу до діагностики та лікування серед учасників бойових дій [219]. Автори підкреслюють, що психіатричні фактори ризику розвитку симптомів порушень психічного здоров'я у учасників бойових дій значною мірою залежать від конкретних обставин і контексту бойових дій. Вони також наголошують на важливості проведення подальших глибинних фахових досліджень, спрямованих на вивчення особливостей психічного реагування саме українських військовослужбовців, з метою вдосконалення діагностики, профілактики та лікування розладів психіки та поведінки у цій категорії осіб.

Сучасна війна характеризується значними технологічними змінами, серед яких особливої психіатричної уваги заслуговує роль операторів безпілотних літальних

апаратів (БПЛА) – нової категорії військовослужбовців із унікальними завданнями та специфічними умовами бойової діяльності. Одне з перших досліджень особливостей психіатричного реагування цих операторів, проведене Norrholm et al., виявило, що вони зазнають унікальних психіатричних та інформаційних навантажень, що включають дистанційну, але дуже інтенсивну взаємодію з цілями, тривалі періоди спостереження, а також участь у знищенні ворогів. Ці потенційно травмуючі події можуть провокувати розлади психічного здоров'я, включаючи симптоми ПТСР, а також негативні зміни у когнітивній та афективній сферах. Спектр психічних розладів серед операторів БПЛА включає розлади адаптації, депресивні стани, порушення міжособистісних і інтимних стосунків, а також прояви моральної травми. Крім бойового стресу, вони зазнають впливу шкідливих операційних чинників, не пов'язаних безпосередньо з активними бойовими діями - таких як змінний графік роботи, незадовільні ергономічні умови, тривалі та виснажливі періоди спостереження. Розуміння цих особливостей може сприяти розробці ефективних заходів профілактики психічних розладів, зокрема шляхом підвищення поінформованості операторів про умови служби, зменшення операційної невизначеності та мінімізації ризиків на полі бою. Вкрай необхідним є надання їм кваліфікованої психотерапевтичної та загальномедичної підтримки, що дозволить запобігти розвитку депресивних станів, ПТСР та інших пов'язаних психічних порушень, покращуючи тим самим їхнє загальне психічне здоров'я та функціональну здатність [211].

Найбільш поширеним психічним ускладненням, що виникає внаслідок участі у бойових діях, є ПТСР. За даними досліджень, кумулятивна захворюваність на ПТСР серед ветеранів, учасників бойових дій та звільнених військовослужбовців становить близько 27,8 %. При цьому рівень поширеності цього психічного розладу корелює з тривалістю безпосередньої участі у бойових операціях, кількістю виконаних бойових завдань, а також значною мірою залежить від методологічних підходів, застосованих для виявлення та діагностики ПТСР [242]. Ці фактори слід враховувати при проведенні

психіатричного обстеження і формуванні програм лікування та реабілітації постраждалих.

Перебування в зоні бойових дій супроводжується сильним психотравмуючим впливом через екстремальні умови, у яких опиняється учасник бойових дій, що суттєво впливає на його психічний стан. Військові операції на Сході України призвели до формування особливої категорії військовослужбовців, які зазнали негативного впливу інтенсивних і тривало діючих стресогенних факторів. Це часто спричиняє розвиток різноманітних психічних порушень, таких як гострі стресові реакції, ПТСР та інші емоційні та афективні розлади, які потребують кваліфікованого психотерапевтичного втручання та комплексної лікувальної підтримки [5].

Щодо поширеності хронічного посттравматичного стану як психічної реакції на вплив інтенсивних стресогенних факторів, низка досліджень свідчить, що приблизно 25–30 % військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, демонструють симптоматику, характерну для цього стійкого та тривалого психічного розладу. Цей стан потребує спеціалізованого психіатричного діагностування і довготривалої терапевтичної підтримки, оскільки він значно ускладнює адаптацію та повернення до нормального функціонування в цивільному житті [28]. Ключовим фактором у розвитку ПТСР є тривалий і безперервний вплив стресових факторів, характерних для учасників бойових дій, які перебувають у постійній загрозі та під високим психічним навантаженням. Саме через це ПТСР часто називають хронічним військовим неврозом, що відображає комплексний психічний стан, обумовлений поєднанням глибокої психотравми внаслідок екстремальних подій, специфіки функціонування людської психіки в умовах стресу та впливу соціального оточення, і суттєво впливає на перебіг і тяжкість симптомів [43]. Цей психопатологічний синдром проявляється у вигляді різноманітних фізіологічних та емоційних реакцій організму. З фізіологічної точки зору, пацієнти страждають від безсоння, постійної втоми, порушень харчування і шлункових розладів, часто з'являються головний біль і надмірне потовиділення при згадках про війну, прискорене серцебиття та дихання, а також можливе загострення хронічних

захворювань. З боку розладів психіки симптоматика включає часті кошмари та негативні спогади, емоції злості, ненависті, страху, безпорадності, а також розлади настрою - від суму, самотності й почуття непотрібності до збудження, шоку і емоційного оніміння. Додатково спостерігаються почуття провини, сорому, самозвинувачення, а також відчай і безнадія щодо майбутнього, що суттєво впливає на здатність людини до соціальної адаптації та якості життя [2].

У випадку розвитку ПТСР у військовослужбовця можуть спостерігатися різноманітні симптоми, що є характерними для цього психічного розладу. Реакції організму на психотравмуючі події можуть проявлятися як негайно після впливу травми, так і з відстроченим початком. Як зауважують, посттравматичний синдром є своєрідною бомбою уповільненої дії, яка може проявитися не лише через півроку, а й через десятиліття після травматичного інциденту. Така характеристика підкреслює важливість тривалого психіатричного моніторингу та своєчасного втручання для ефективного виявлення і лікування ПТСР у військовослужбовців [7].

Допохо та колеги підкреслюють значну індивідуальну варіабельність у розвитку психіатричних проявів посттравматичних розладів та виділяють чотири основні траєкторії ПТСР: стійку, вже існуючу, нову та помірно стабільну. Незалежно від траєкторії, військовослужбовці, які безпосередньо брали участь у бойових діях, демонстрували значущі відмінності щодо психіки та поведінки порівняно з тими, хто не був залучений до активних військових операцій. Вони мали приблизно вдвічі вищу поширеність і більш виражену тяжкість симптомів ПТСР, навіть за умови однократної участі у бойових зіткненнях. Довгострокові моделі підтверджують, що хоча клінічний перебіг симптомів ПТСР може бути гетерогенним і змінюватися у різних осіб, факти безпосередньої участі у бойових діях суттєво корелюють з погіршенням психічного здоров'я та підвищеним ризиком розвитку тяжких психічних розладів [117].

Дослідження психічного стану українських військовослужбовців – учасників Антитерористичної операції та Операції Об'єднаних сил – виявило у них ряд обмежень у життєдіяльності, зокрема суттєві складнощі з контролем поведінки, а також

порушення функціонування в професійній діяльності і комунікативних взаємодіях. Автори роблять акцент на тому, що безпосередня участь у бойових діях є вагомим фактором ризику розвитку ПТСР та інших стрес-асоційованих психічних порушень. Вони підкреслюють нагальну потребу у проведенні психотерапевтичної корекції для усунення наслідків таких психічних розладів і підтримки якісного відновлення психічного здоров'я військовослужбовців [241].

Привертає увагу комплексний психічний характер змін у стані здоров'я учасників бойових дій, підкреслюючи значну поширеність у них різноманітних порушень сну. Найчастішими серед цих розладів є інсомнія (безсоння) та синдром обструктивного апное уві сні. Так, в літературі наведено дані, які демонструють суттєве збільшення частоти безсоння у 6,5 рази та синдрому обструктивного апное уві сні в шість разів серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Найважливішим фактором, що посилював поширеність цих порушень сну, виявилася безпосередня участь у бойових діях, тоді як наявність ПТСР та черепно-мозкової травми впливали на ці розлади лише частково. Ці дані підкреслюють необхідність комплексної психіатричної діагностики та лікування порушень сну у ветеранів бойових дій для покращення їх загального психічного і фізіологічного стану [95].

Процес психічної адаптації учасників бойових дій до умов мирного життя є складним і багатогранним явищем, що вимагає пристосування до нових реалій існування. Пережитий бойовий досвід залишає глибокий слід у психіатричному статусі військовослужбовця, суттєво впливаючи на його емоційний та поведінковий стан. Цей процес пристосування часто ускладнюється розвитком ПТСР, симптоматика якого безпосередньо впливає на якість і характер взаємин з найближчим соціальним оточенням.

Ряд фахових досліджень підкреслює, що після повернення додому УБД стикаються з численними труднощами в процесі реінтеграції у цивільне життя, причому отримана бойова психотравма та пов'язана з нею соціальна стигматизація значно ускладнюють цей процес і можуть сприяти розвитку хронічних психічних розладів, що

потребують комплексної медичної та соціальної підтримки [189]. В умовах таких психічних навантажень часто активізується аддиктивна поведінка, зокрема, пов'язана зі вживанням алкоголю та психоактивних речовин, що ускладнює соціальну адаптацію та призводить до прогресуючої десоціалізації особи. Цей феномен вимагає комплексного підходу до терапії негативних наслідків участі у бойових діях, який має бути орієнтований не лише на усунення посттравматичної стресової симптоматики, а й на ефективну боротьбу із залежністю від алкоголю і інших речовин [226]. Такий багатоплановий підхід сприятиме покращенню психічного стану учасників бойових дій та їх соціальної реінтеграції.

Водночас спостерігаються суттєві відмінності у психічному реагуванні між професійними військовими та тими, хто проходить військову службу за призовом, що має важливе значення для планування та надання кваліфікованої високоспеціалізованої допомоги. Ці відмінності слід враховувати при розробці індивідуалізованих програм лікування та реабілітації, адже вони впливають на специфіку проявів психічних розладів і ефективність терапевтичних втручань для кожної категорії військовослужбовців [158].

Аналіз сучасної психіатричної літератури з вивчення психічних реакцій на участь у бойових діях свідчить про складність і багатоманітність варіантів реагування на стрес, пов'язаний із війною. Психоемоційне навантаження на військовослужбовців у цих умовах є надзвичайно високим, адже воєнний стрес є одним із найінтенсивніших і найбільш небезпечних соціальних психічних навантажень. У цьому контексті закономірною є тісна зв'язок безпосередньої участі в бойових діях зі значним ризиком розвитку негативних психічних наслідків, таких як моральна травма, ПТСР, депресивні та тривожні розлади, а також аддиктивна поведінка. Водночас, перспективні психічні феномени, такі як стресостійкість, резилієнс і посттравматичне зростання, виступають важливими механізмами, що дозволяють ефективно протидіяти руйнівному впливу стресу, запобігати розвитку психопатологічних станів і сприяти особистісному зростанню та психічному відновленню військовослужбовців, які зазнали негативного впливу воєнного стресу.

Наслідками участі у бойових діях та значних воєнних випробувань стають численні психічні ускладнення, зокрема вплив шкідливих факторів бойового стресу, підвищена тривожність, а також порушення функціонування у сімейному житті та працевлаштуванні. Серед психіатричних проявів превалюють різноманітні негативні психічні стани, психічні розлади, зловживання алкогольними та наркотичними речовинами, а також зростає ризик суїцидальної поведінки і виникнення різних форм девіантної поведінки. У зв'язку з цим набувають особливої психіатричної значущості профілактичні та гігієнічні заходи, спрямовані на зниження нервової і психічної напруги. Комплекс таких заходів включає профілактику емоційного вигорання, відновлення психіатричного здоров'я, а також сприяння формуванню адекватних психіатричних копінг-стратегій, підвищенню життєстійкості та розвитку саногенного мислення у військовослужбовців, що перебувають у зоні бойових дій.

Українські УБД характеризуються певними психічними особливостями, які полягають у поєднанні підвищеного ризику моральної травми, спричиненої необхідністю ведення бойових дій на власній території та свідченнями військових злочинів російських окупантів, із високим рівнем усвідомлення власної соціальної ролі захисників України. Вони відзначаються сильним почуттям місії, а також відчуттям соціальної згуртованості й приналежності до бойового братерства. Ці фактори відіграють важливу роль у зменшенні інтенсивності стресових впливів і сприяють протидії негативним психічним наслідкам, пов'язаним із важкими психоемоційними навантаженнями під час участі у бойових діях.

Існує гостра потреба у подальших наукових дослідженнях реакцій українських військовослужбовців в умовах нинішньої війни та періоду післявоєнної відбудови України. Такі дослідження є необхідними для глибшого розуміння психічних механізмів адаптації та реагування на військовий стрес, що дозволить розробити більш ефективні стратегії психотерапевтичної підтримки та корекції психічних розладів серед учасників бойових дій. Виявлення оптимальних підходів до психіатричної та психотерапевтичної

допомоги сприятиме покращенню якості життя і психічного здоров'я військовослужбовців у післявоєнний період.

Основні напрямки розвитку та перспективи наукових досліджень щодо особливостей психічного реагування учасників бойових дій пов'язані з глибоким аналізом комплексу психологічних та психопатологічних реакцій на бойовий стрес у їхній взаємодії та взаємозалежності. Особливу увагу приділяють вивченню захисних психіатричних феноменів - стресостійкості, резилієнсу і посттравматичного зростання, які сприяють ефективній протидії негативним психоемоційним наслідкам стресових навантажень, пов'язаних із участю в бойових діях. Розуміння цих процесів має вирішальне значення для розробки ефективних психіатричних втручань і реабілітаційних програм, спрямованих на підтримку психічного здоров'я військовослужбовців.

1.3. Сучасні підходи до комплексної допомоги учасникам бойових дій з несприятливими психічними розладами

У багатьох наукових працях підкреслюється особлива значущість збереження психічного здоров'я військовослужбовців і населення в умовах бойових дій, особливо в умовах застосування інформаційних спецоперацій, диверсій та використання різноманітних засобів впливу на колективну та індивідуальну свідомість. Такі практики можуть мати серйозні негативні наслідки, зокрема викликати відчуття розпачу і зневіри, суттєво знижувати мотивацію до продовження боротьби, а в окремих випадках призводити до переходу на сторону агресора. Це акцентує увагу на необхідності не лише фізичного захисту, а й ефективної психологічної підтримки, спрямованої на протидію впливу інформаційних атак і збереження морально-психологічної стійкості у військових і цивільних [10].

Експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) була розроблена концепція реабілітації, у якій наголошується на винятковій важливості створення

комплексних, інтегрованих та ефективних систем охорони психічного здоров'я. В рамках цієї концепції ключову роль відіграють взаємопов'язані ланки профілактики, лікування та реабілітації, спрямовані на всебічне відновлення психічного і фізичного здоров'я військовослужбовців, що проходять через складні стресові ситуації, зокрема бойові дії. Такий підхід забезпечує цілісний і послідовний процес підтримки учасників бойових операцій у їхній адаптації та поверненні до повноцінного життя [20, 26, 34].

Після повернення учасника бойових дій до мирного життя його адаптації часто заважає сприйняття реальності крізь призму військової дійсності. Військовослужбовець може відчувати побоювання, що сім'я дізнається про жахи війни і змінить своє ставлення до нього, а також переживати інші тривоги, що призводять до замкнутості, відчуття зневіри, безнадії та навіть розпачу. Саме тому відновлення психічного і фізичного здоров'я військовослужбовців після війни є одним із найважливіших і пріоритетних завдань сучасної системи підтримки учасників бойових дій.

Отже, з метою збереження психічного здоров'я та забезпечення психологічного благополуччя військовослужбовців – учасників бойових дій, відповідно до військово-медичної доктрини, надзвичайно важливими є такі заходи як посилення довіри до державних інституцій, військових командирів та цивільних керівників, а також до членів військових підрозділів і цивільних колективів. Крім того, необхідним є активне сприяння наданню психотерапевтичної та психіатричної допомоги, організація медико-психологічного супроводу, а також впровадження дієвих організаційних механізмів, які забезпечують доступність і якість цієї допомоги, особливо в умовах воєнного часу, коли потреба у підтримці є найгострішою.

Проблема надання комплексної допомоги учасникам бойових дій належить до пріоритетних напрямів сучасної системи охорони психічного здоров'я. Значна поширеність непсихотичних психічних розладів серед ветеранів та військовослужбовців обумовлює необхідність впровадження комплексних моделей лікування й реабілітації, спрямованих не лише на усунення психопатологічної симптоматики, але й на

відновлення соціального функціонування, підвищення якості життя та профілактику хронізації психічних порушень [68, 229, 245].

Відповідно до сучасних міжнародних рекомендацій, допомога учасникам бойових дій повинна базуватися на біопсихосоціальній моделі, яка розглядає психічні розлади як результат взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників. Такий підхід передбачає інтеграцію психіатричної, психологічної, психотерапевтичної та соціальної допомоги в межах єдиної системи медико-психологічного супроводу [16, 266].

Одним із провідних принципів сучасної допомоги є раннє виявлення психічних порушень. Своєчасна психодіагностика дозволяє встановити рівень психоемоційної дезадаптації, оцінити вираженість тривожної, депресивної та посттравматичної симптоматики, визначити фактори ризику та сформувати індивідуальний план лікувально-реабілітаційних заходів. Особливого значення набуває проведення скринінгових обстежень у групах підвищеного ризику, до яких належать військовослужбовці після участі в бойових діях, поранені ветерани та особи з ознаками психосоціальної дезадаптації [87, 167, 252].

Важливе місце в системі допомоги займає психофармакотерапія. Залежно від клінічної картини та структури психопатологічних порушень можуть застосовуватися антидепресанти, анксиолітики, нормотиміки та інші психотропні препарати. Найбільш доказову базу при лікуванні ПТСР, тривожних і депресивних розладів мають антидепресанти групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. Медикаментозна терапія дозволяє зменшити інтенсивність симптоматики, покращити емоційний стан пацієнта та створити умови для ефективнішого застосування психотерапевтичних втручань [99, 107, 144].

Разом із фармакотерапією провідну роль у лікуванні непсихотичних психічних розладів відіграє психотерапія. Найбільш дослідженими та рекомендованими методами є когнітивно-поведінкова терапія, травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, метод десенсибілізації та репроцесуалізації рухами очей (EMDR), терапія прийняття та відповідальності, а також окремі форми групової психотерапії. Зазначені підходи

спрямовані на корекцію дезадаптивних переконань, опрацювання травматичного досвіду, формування ефективних копінг-стратегій та відновлення психологічної стійкості [174, 186, 244].

Сучасні дослідження свідчать, що найбільшої ефективності вдається досягти за умови поєднання психотерапевтичних і психофармакологічних методів лікування. Комплексний підхід забезпечує більш виражене зниження симптомів тривоги, депресії та посттравматичного стресу, а також сприяє покращенню соціального функціонування та якості життя пацієнтів [105, 106, 144].

Окремим напрямом допомоги є психосоціальна реабілітація, яка передбачає комплекс заходів, спрямованих на відновлення соціальної активності, професійної реалізації та міжособистісних взаємин ветеранів. До основних компонентів психосоціальної реабілітації належать соціально-психологічний супровід, професійна адаптація, сімейне консультування, підтримка працевлаштування та розвиток соціальних навичок. Ефективність реабілітаційних програм значною мірою залежить від активної участі самого пацієнта в лікувальному процесі та його готовності до співпраці з фахівцями [20, 71, 190, 273]. У зв'язку з цим особливого значення набуває психоедукація, яка розглядається як один із базових компонентів сучасної системи допомоги особам із непсихотичними психічними розладами. Психоедукаційні втручання спрямовані на формування у пацієнтів знань про природу психічних розладів, механізми розвитку симптоматики, можливості лікування та методи самопомоги. Важливим завданням психоедукації є подолання стигматизуючих уявлень про психічні порушення та формування позитивного ставлення до лікування [82, 180, 278].

Для учасників бойових дій психоедукація має особливе значення, оскільки дозволяє зменшити рівень невизначеності щодо власного психічного стану, підвищити прихильність до терапії та розширити репертуар адаптивних способів подолання стресу. У межах психоедукаційних програм пацієнти отримують інформацію про особливості посттравматичних реакцій, симптоми тривоги та депресії, вплив хронічного стресу на

психічне здоров'я, методи емоційної саморегуляції, техніки управління стресом і принципи підтримання психологічного благополуччя [155, 223].

Важливою перевагою психоедукації є її можливість інтеграції в різні формати допомоги. Вона може реалізовуватися в індивідуальному, сімейному та груповому форматах, поєднуватися з психотерапією та фармакотерапією, а також використовуватися на різних етапах лікувально-реабілітаційного процесу. Сучасні дані свідчать, що психоедукаційні програми сприяють підвищенню прихильності до лікування, покращенню комплаєнсу, зменшенню вираженості психопатологічної симптоматики та покращенню показників соціальної адаптації [82, 176, 179 197].

Таким чином, сучасні підходи до психолого-психіатричної допомоги учасникам бойових дій із непсихотичними психічними розладами ґрунтуються на принципах комплексності, міждисциплінарності та пацієнтоорієнтованості. Ефективне поєднання психофармакотерапії, психотерапії, психосоціальної реабілітації та психоедукації створює передумови для зменшення психопатологічної симптоматики, відновлення соціального функціонування та підвищення якості життя ветеранів.

Сучасні підходи до психотерапевтичної корекції негативних наслідків бойового стресу базуються на когнітивно-поведінкових методах, психоосвітніх програмах та заходах, спрямованих на соціально-психологічну адаптацію ветеранів. Важливою умовою ефективної реінтеграції учасників бойових дій є подолання процесу стигматизації, а також створення сприятливого та підтримуючого соціального середовища. Українські військовослужбовці, що брали участь у бойових діях, мають свої особливості психологічного стану: вони поєднують високий ризик моральної травми, спричинений необхідністю воювати на рідній землі та численними військовими злочинами з боку російських окупантів, з глибоким почуттям місії, усвідомленням своєї важливої соціальної ролі як захисників України, а також відчуттям згуртованості й бойового братерства. Основними напрямками подальших досліджень є детальне вивчення психологічних та психопатологічних реакцій на стрес під час участі у бойових

діях та їхньої взаємодії, а також дослідження захисних психічних феноменів, які допомагають протистояти бойовому стресу.

При дослідженні особливостей реабілітації учасників бойових дій зазначено, що у 100 % випадків пацієнти з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) відзначають наявність серйозних психічних порушень у сфері міжособистісних взаємин, особливо з членами сім'ї. Ці порушення включають зниження емоційної підтримки, труднощі у спілкуванні та збільшення конфліктності, що ускладнює процес реабілітації і вимагає комплексного підходу до лікування, спрямованого на відновлення соціальної інтеграції та психічного здоров'я пацієнта [14]. Враховуючи складний період адаптації, який може ускладнитися розвитком ПТСР у військовослужбовця, важливо, щоб члени сім'ї прийняли і усвідомили зміни, що вже відбулися або ще відбудуться у людини, яка повернулася з зони бойових дій. Окрім того, їм слід зрозуміти, що система цінностей цієї особи може зазнати суттєвих змін, так само як і формування нових «правил життя», характерних для пережитого досвіду. У психіатричному контексті важливо, щоб робота над адаптацією в сімейному колі відбувалася тільки за умови готовності самого учасника бойових дій, адже примус чи надмірне пришвидшення процесу можуть мати негативні наслідки для його психічного стану. Сім'я має створювати сприятливі умови і надавати час, необхідний для індивідуального пошуку шляхів адаптації до мирного життя, звертаючись за допомогою до відповідних фахівців, якщо це буде потрібно. Формування атмосфери довіри у родині є надзвичайно важливим, при цьому члени сім'ї повинні розуміти, що довіра військовослужбовця до них і до його бойових товаришів має різне смислове навантаження з психіатричної точки зору. Крім того, необхідно проявляти повагу до особистих меж колишнього військовослужбовця, чітко окреслюючи власні межі, що сприятиме запобіганню конфліктам і посиленню психіатричного комфорту для всіх учасників. Прояв терпіння, поваги та збереження спокою у спілкуванні з ветераном бойових дій є важливими складовими підтримки його психічного здоров'я. Ми переконані, що дотримання цих рекомендацій може значно покращити стосунки в сім'ї і полегшити процес психіатричної адаптації учасника бойових дій.

Практики наголошують, що під час надання комплексної допомоги військовослужбовцям важливо ретельно аналізувати динаміку переживання травматичної події та розрізнити її фазові етапи. Зокрема, вона виділяє чотири ключові стадії. I етап - фаза заперечення або шоку, що виникає безпосередньо після впливу травматичного фактора і характеризується емоційною неспроможністю прийняти факт травматичної події. Це відображає захисну психіатричну реакцію організму, який намагається унеможливити руйнівного впливу ситуації шляхом заперечення або відчуження. II етап - фаза агресії і провини, під час якої особа починає усвідомлювати травмуючий інцидент, намагається розібратися у його причинах, шукати винних, що часто супроводжується спрямуванням агресивних емоцій на себе самого, а також виникненням почуття провини. III етап - фаза депресії, що відзначається усвідомленням неможливості змінити обставини, що призводить до розвитку почуття безпорадності, безпомічності, власної непотрібності та втрати сенсу життя. На цьому етапі часто виникає соціальна ізоляція, втрата інтересу до спілкування та комунікації, що посилює відчуття самотності та відчуженості. IV етап - фаза зцілення, під час якої пацієнт починає приймати і усвідомлювати пережиті травми, інтегрує їх у власний життєвий досвід, набуваючи нового сенсу існування і розвиваючи конструктивні механізми адаптації [33]. Ця психотерапевтична модель дозволяє більш глибоко розуміти процес відновлення військовослужбовців після психотравмуючих подій і є важливою для планування ефективного лікування та підтримки.

Воєнний конфлікт в Україні актуалізував необхідність дослідження психічних феноменів, які можуть запобігти розвитку руйнівних наслідків стресу, пов'язаного з участю у бойових діях, а також сприяти позитивним трансформаціям особистості після перебування в умовах постійної загрози життю та моральної травми, викликаної війною. Серед таких феноменів особливе значення мають стресостійкість, резилієнс та посттравматичне зростання.

Стресостійкість у психотерапевтичному контексті розглядається як сукупність установок, переконань і поведінкових моделей, що формують здатність людини

витримувати психоемоційне навантаження без розвитку значних негативних психічних наслідків. Вивчення і застосування цих феноменів у клінічній практиці є критично важливими для розробки ефективних реабілітаційних програм та профілактики психічних розладів у військовослужбовців [169].

Стресостійкість формується під впливом складного комплексу взаємопов'язаних психічних, індивідуально-психологічних і психосоціальних факторів, які разом визначають здатність особистості ефективно протистояти психоемоційному навантаженню [236]. Вона впливає не лише на миттєві психічні реакції на актуальні стресові події, а й істотно визначає віддалені наслідки, зокрема ймовірність розвитку ПТСР та тривалих афективних порушень [80]. Ця взаємозалежність психічних процесів особливо яскраво проявляється у сучасних умовах війни в Україні, підкреслюючи важливість врахування стресостійкості в системах психотерапевтичної підтримки та лікування військовослужбовців [228].

Природньою основою стресостійкості є складні нейробіологічні механізми, які регулюють послідовні фізіологічні реакції організму на стресову ситуацію. Ці реакції включають підвищену продукцію катехоламінів, посилення центрального кровообігу, гіпервентиляцію, прискорення гліколізу [124], а також активацію широких нейронних мереж у мозку, що забезпечує швидке й ефективне реагування на загрозу [267]. Розуміння цих нейробіологічних процесів є ключовим в оцінці і розробці стратегій для підвищення стресостійкості та оптимізації адаптивних реакцій у військовослужбовців, які перебувають під впливом інтенсивного психоемоційного навантаження.

Індивідуально-психологічні характеристики, які сприяють формуванню високої стресостійкості, охоплюють оптимістичне мислення, здатність до позитивної когнітивної переоцінки стресогенних ситуацій, а також перевагу конструктивних копінг-стратегій, що забезпечують адаптивне реагування на психоемоційний тиск [184]. Важливу роль відіграють також розвиток емпатії та резиліентності, які підтримують емоційну стабільність і гнучкість психічних процесів [251]. Крім того, важливим фактором є низький рівень прокрастинації, який зменшує ризик виникнення

психологічної дезадаптації і підтримує стабільність психічного функціонування та сприяє ефективному вирішенню життєвих завдань у стресових умовах [247]. Комплекс цих характеристик має суттєве значення для профілактики розвитку психопатології і покращення психічного здоров'я військовослужбовців, що зазнають екстремального психоемоційного впливу. Водночас підкреслюється, що зазначені особистісні характеристики не мають фіксованого, статичного характеру і можуть бути суттєво розвинені та посилені в ході цілеспрямованої терапевтичної роботи з індивідом [281]. Зокрема, особливу ефективність у цьому контексті має травмофокусована психотерапія, яка сприяє корекції психіатричних симптомів, зміцненню адаптивних механізмів та підвищенню стресостійкості пацієнтів, що перенесли психотравматичні події. Такий підхід є важливим компонентом системи психіатричної допомоги військовослужбовцям і постраждалим від бойових дій [282].

Для посилення стресостійкості застосовуються нейробиологічні підходи, які спрямовані на розвиток здатності нервової системи до ефективного контролю над реакціями на стрес. Ці методи базуються на пригніченні психіатричних проявів, пов'язаних із травматичними спогадами та афективними реакціями, що, у свою чергу, призводить до зниження інтенсивності стресової відповіді організму та ослаблення впливу травматичних тригерів. Такий нейробиологічний механізм є ключовим для профілактики розвитку посттравматичних стресових розладів і сприяє відновленню нормального психічного функціонування в осіб, які зазнали психотравми [72, 148, 212].

Поведінкові психотерапевтичні підходи до розвитку стресостійкості базуються на методиках когнітивно-поведінкової терапії, які спрямовані на корекцію і трансформацію дезадаптивних поведінкових патернів у більш конструктивні реакції під час впливу стресогенних факторів [109]. Ці підходи включають структуровані інтервенції, що допомагають регулювати емоційні та поведінкові відповіді на стресові чинники, сприяють зниженню психопатологічних симптомів і зміцненню адаптивних механізмів у осіб, які перебувають під впливом психотравмуючих подій. Основною метою цих втручань є зниження інтенсивності психічних реакцій на стрес, що дозволяє забезпечити

адекватне і функціонально ефективне реагування організму [162]. Таким чином, ці техніки відіграють важливу роль у профілактиці ускладнень, пов'язаних із хронічним стресом, та сприяють покращенню загального психічного стану осіб, які зазнають значного психофізіологічного навантаження.

Іншим перспективним феноменом, що сприяє протидії тяжкому психоемоційному стресу, пов'язаному з участю у бойових діях, є резилієнс. Резилієнс розглядається як міждисциплінарний психічний конструкт, що досліджується у галузях психіатрії, медицини, психології, біології та суміжних наук. Він характеризує здатність психіки до адаптації та відновлення після екстремальних стресових впливів, що має важливе значення для профілактики розвитку психічних розладів у військовослужбовців та постраждалих в умовах бойових дій [119].

Наразі відсутній єдиний узгоджений підхід до концептуалізації та термінологічного визначення резилієнсу. У сучасній науковій літературі, зокрема в галузі психіатрії, резилієнс часто розглядається як індивідуальна психічна характеристика, яка визначає здатність особистості ефективно протистояти і адаптуватися до психоемоційних стресових факторів [119]. Незважаючи на відсутність єдиної класифікації, цей феномен визнається ключовим у розумінні механізмів захисту психічного здоров'я і розробці терапевтичних стратегій для профілактики та лікування психічних розладів, спричинених травматичними подіями. Також його трактують як позитивну психіатричну адаптацію або конструктивну психічну відповідь на стресове навантаження [248, 254]. Резилієнс включає в себе стійкість до стресових факторів [234], здатність відновлюватися після психічних травм та повернення до початкового психічного стану [237], а також може проявлятися у формуванні нових психіатричних рис чи якостей, що сприяють більш ефективному подоланню майбутніх стресових подій [67]. Такий багатовимірний підхід має важливе значення для розробки ефективних стратегій профілактики і лікування психічних розладів у контексті травматичних досвідів. Спільним для більшості психіатричних визначень резилієнсу є розгляд його як позитивного феномена, який сприяє збереженню та зміцненню психічного здоров'я

індивіда. Резилієнс виступає ключовим фактором, що підвищує здатність особистості протистояти психоемоційному стресу, знижуючи ризик розвитку психічних розладів та полегшуючи адаптацію до травматичних впливів у складних життєвих ситуаціях.

Підкреслюється, що резилієнс є динамічним психічним процесом, який відображає здатність особистості відновлювати адаптивне та ефективне психосоціальне функціонування після періоду дезадаптації, викликаного дезорганізуючим впливом психотравмуючих факторів. Цей процес також включає особистісне зростання на фоні подолання труднощів. Високий рівень резилієнсу корелює з оптимальними виконавчими функціями мозку, такими як планування, пріоритетизація завдань, навички ефективного розв'язання проблем, а також зберігає здатність до концентрації уваги на важливих психіатричних стимулах, ефективного запам'ятовування та аналізу абстрактних проблем. Ці складові є критичними для відновлення після травматичних переживань і забезпечують стабілізацію психічного здоров'я [76]. Для формування та зміцнення резилієнсу пропонують комплексний підхід, який одночасно впливає на когнітивні та емоційні компоненти психіки під час психокорекції. Така інтегрована стратегія сприяє зниженню інтенсивності негативних афективних реакцій, підвищенню рівня резилієнсу, а також зменшенню симптомів ПТСР. Крім того, вона покращує нейроповедінкові прояви та підтримує відновлення когнітивного функціонування, що є важливим для відновлення психіатричного здоров'я та оптимізації адаптації особистості після травматичних подій [77].

В психотерапевтичній практиці особливу увагу приділяють феномену посттравматичного зростання, який відіграє важливу роль у протидії руйнівним наслідкам психоемоційного стресу. Посттравматичне зростання визначається як позитивні психіатричні зміни, що виникають внаслідок переживання психологічної травми або складних життєвих обставин. Цей процес відображає здатність психіки до трансформації і розвитку навіть у складних умовах, що сприяє відновленню і укріпленню психічного здоров'я після травматичних подій [258]. Концепція посттравматичного зростання була вперше запропонована Tedeschi та Calhoun у 1995

році. У центрі цієї теорії знаходиться ідея про можливість позитивних змін у самоприйнятті, міжособистісних відносинах та загальному ставленні до життя після переживання значного психоемоційного стресу. Ці зміни проявляються у посиленні самосвідомості та самовпевненості, формуванні конструктивного ставлення до соціального оточення, поліпшенні сприйняття життя, а також у духовному розвитку й відкритті нових життєвих перспектив. Цей феномен демонструє здатність психіки не лише відновлюватися після травматичних подій, а й трансформуватися у напрямку особистісного зростання [258].

Концепція посттравматичного зростання певною мірою протиставляється традиційним підходам, які зосереджувалися здебільшого на негативних психічних наслідках стресу, таких як ПТСР, депресія та тривожні розлади. Ця концепція акцентує увагу на існуванні альтернативних траєкторій розвитку після травматичного досвіду, підкреслюючи можливість появи позитивних змін та особистісного зростання навіть в умовах перенесених психічних травм. Вона розглядає посттравматичний період не лише як ризик формування психіатричних розладів, але й як потенційну можливість для відновлення та зміцнення психічного здоров'я через адаптивні механізми психіки [112, 113].

Dell'Osso та співавтори підкреслюють, що психічна діяльність є ключовим психіатричним інструментом, який дозволяє індивіду усвідомлювати своє існування у взаємозв'язках в межах самосвідомості. Вона забезпечує конструювання суб'єктивності, а також дає змогу порівнювати і узгоджувати власне сприйняття реальності з колективними уявленнями. Для здійснення цього процесу необхідна як нейробіологічна цілісність мозкових структур, так і адекватна поведінкова взаємодія, причому ці два компоненти тісно пов'язані між собою. У рамках цієї моделі будь-яка життєва подія, що виходить за межі звичайного досвіду, потенційно може мати травматичний характер, спричиняючи суб'єктивну метаморфозу і зміну психіатричної саморепрезентації особистості. Водночас травматичні події, попри їхній потенційний шкодочинний вплив, є необхідними для нормального нервово-психічного розвитку і становлення

ефективного психічного апарату, оскільки сприяють формуванню самосвідомості та адекватного усвідомлення реальності. Автори також наголошують, що сама подія не має фіксованого психіатричного значення, а набуває його через свої психіатричні наслідки. Відповідно, подія вважається травматичною тоді, коли вона призводить до негативних змін у визначенні ідентичності особистості та порушує адекватне співвідношення між “Я” і реальністю. Навпаки, усвідомлення власної здатності впоратися з психотравмою стає чинником зміцнення психіатричної ідентичності та адаптивності суб’єкта Dell’Osso та співавтори підкреслюють, що психічна діяльність є ключовим психіатричним інструментом, який дозволяє індивіду усвідомлювати своє існування у взаємозв’язках в межах самосвідомості. Вона забезпечує конструювання суб’єктивності, а також дає змогу порівнювати і узгоджувати власне сприйняття реальності з колективними уявленнями. Для здійснення цього процесу необхідна як нейробіологічна цілісність мозкових структур, так і адекватна поведінкова взаємодія, причому ці два компоненти тісно пов’язані між собою. У рамках цієї моделі будь-яка життєва подія, що виходить за межі звичайного досвіду, потенційно може мати травматичний характер, спричиняючи суб’єктивну метаморфозу і зміну психіатричної саморепрезентації особистості. Водночас травматичні події, попри їхній потенційний шкодочинний вплив, є необхідними для нормального нервово-психічного розвитку і становлення ефективного психічного апарату, оскільки сприяють формуванню самосвідомості та адекватного усвідомлення реальності. Автори також наголошують, що сама подія не має фіксованого психіатричного значення, а набуває його через свої психіатричні наслідки. Відповідно, подія вважається травматичною тоді, коли вона призводить до негативних змін у визначенні ідентичності особистості та порушує адекватне співвідношення між “Я” і реальністю. Навпаки, усвідомлення власної здатності впоратися з психотравмою стає чинником зміцнення психіатричної ідентичності та адаптивності суб’єкта [113].

Також акцентується увага на тому, що психічна травма виникає у наслідок загрозливих та несподіваних подій, які перебувають поза контролем особистості і які підривають відчуття безпеки, а також порушують передбачуваність подальшого

розвитку життєвих ситуацій. На основі власних психіатричних досліджень автори встановили, що особи з вищим рівнем психіатричної стійкості та самоефективності мають підвищену ймовірність розвитку посттравматичного зростання, навіть в умовах серйозних загроз і складних життєвих обставин. Важливими факторами, що сприяють цьому процесу, були психологічна підтримка, наявність значущих соціальних зв'язків, відсутність повторних психотравм, а також внутрішні ресурси, такі як сила волі, мужність і якісне виховання. Окрім цього, ключове значення мають професійна психіатрична допомога та реабілітаційні заходи. Автори наголошують, що посттравматичне зростання реалізується лише за умови внутрішньої психіатричної готовності до змін та усвідомлення потреби в особистісних трансформаціях, що є фундаментальним для якісного психічного відновлення [91].

1.4. Психоедукація: зміст, сучасний стан і перспективи, можливості застосування при непсихотичних психічних розладах

Одним із найбільш перспективних напрямів сучасної психотерапії є психоедукація, яка розглядається як важливий компонент комплексного лікування та психосоціальної реабілітації осіб із психічними розладами. В умовах зростання поширеності психічних порушень, пов'язаних із впливом хронічного стресу, психотравмуючих подій та соціальної нестабільності, психоедукаційні втручання набувають особливого значення як ефективний інструмент підвищення обізнаності пацієнтів щодо власного психічного стану, формування прихильності до лікування та розвитку навичок самодопомоги [82, 180].

Термін «психоедукація» був запропонований у другій половині ХХ століття та спочатку використовувався переважно в роботі з пацієнтами, які страждали на тяжкі психічні розлади. Подальший розвиток психотерапії та психосоціальної реабілітації сприяв суттєвому розширенню сфери застосування психоедукації. На сучасному етапі вона розглядається як структурований процес надання пацієнтам та їхнім близьким

науково обґрунтованої інформації про природу психічних розладів, фактори ризику, особливості перебігу захворювання, принципи лікування та методи профілактики загострень [75, 278]. Відповідно до сучасних наукових підходів, психоедукація являє собою не лише передачу інформації, але й активний процес формування нових знань, установок та поведінкових навичок. Її основною метою є підвищення компетентності пацієнта у питаннях психічного здоров'я, розвиток усвідомленого ставлення до лікування, зміцнення внутрішньої мотивації до одужання та підвищення рівня особистої відповідальності за власний стан [196].

Основними завданнями психоедукації є: інформування про природу та механізми розвитку психічних розладів; підвищення рівня психічної грамотності; формування прихильності до лікування; розвиток навичок розпізнавання симптомів та ознак погіршення стану; навчання ефективним способам подолання стресу; профілактика рецидивів і повторних загострень; покращення соціального функціонування та якості життя [125, 152, 249].

Сучасні психоедукаційні програми ґрунтуються на принципах доказової медицини та передбачають активне залучення пацієнта до терапевтичного процесу. На відміну від традиційної моделі лікування, в якій пацієнт виступає пасивним отримувачем медичної допомоги, психоедукація сприяє формуванню партнерських відносин між фахівцем та пацієнтом. Такий підхід відповідає концепції пацієнтоорієнтованої допомоги, що вважається одним із базових принципів сучасної системи охорони психічного здоров'я [79, 118, 208, 249].

Особливе значення психоедукація має при лікуванні непсихотичних психічних розладів, до яких належать тривожні, депресивні, постстресові та адаптаційні розлади. Для зазначеної категорії пацієнтів характерними є недостатнє розуміння природи власних переживань, схильність до катастрофізації симптомів, низька прихильність до лікування та труднощі у використанні адаптивних копінг-стратегій. Психоедукаційні втручання дозволяють подолати ці труднощі шляхом формування реалістичного уявлення про психічний стан та механізми його корекції [116, 193, 207, 209].

Доведено, що включення психоедукації до комплексних програм лікування тривожних розладів сприяє зниженню рівня тривоги, підвищенню прихильності до психотерапії та медикаментозного лікування, а також покращенню емоційної саморегуляції. Аналогічні результати отримані при роботі з пацієнтами, які мають депресивні розлади, де психоедукація дозволяє підвищити рівень усвідомлення симптомів, сформувати навички профілактики рецидивів та зменшити ризик передчасного припинення лікування [81, 100, 101, 283].

Окремим напрямом застосування психоедукації є допомога особам із посттравматичними стресовими розладами та наслідками бойової психотравми. У даній категорії пацієнтів психоедукація сприяє нормалізації ставлення до травматичних переживань, зменшенню почуття провини та сорому, підвищенню готовності до участі у психотерапевтичних програмах і формуванню ефективних стратегій подолання наслідків стресу. Особливої актуальності такі втручання набувають у роботі з УБД, для яких характерне поєднання посттравматичної симптоматики з тривожними, депресивними та адаптаційними порушеннями [129].

Суттєвою перевагою психоедукації є можливість її реалізації в різних організаційних форматах. Найбільш поширеними є індивідуальні, групові та сімейні психоедукаційні програми. Групова форма дозволяє поєднати інформаційний компонент із взаємною підтримкою учасників та обміном досвідом, що особливо важливо для ветеранів бойових дій. Індивідуальна психоедукація забезпечує персоналізацію втручань і врахування особливостей клінічної ситуації. Сімейна психоедукація спрямована на покращення взаємодії між пацієнтом та його найближчим соціальним оточенням [188].

На сучасному етапі активно розвиваються цифрові форми психоедукації. Використання онлайн-платформ, мобільних застосунків, телемедицини технологій та дистанційних навчальних програм значно розширює доступність психоедукаційних втручань та дозволяє забезпечити безперервність психологічної підтримки навіть в умовах обмеженого доступу до спеціалізованої допомоги. Особливого значення це

набуває в умовах воєнного стану, коли значна кількість осіб потребує психологічної та психіатричної підтримки [125, 263, 271].

Перспективним напрямом розвитку психоедукації є інтеграція освітніх, мотиваційних та психокорекційних компонентів у межах єдиних комплексних програм психосоціальної реабілітації. Сучасні дослідження свідчать, що поєднання психоедукації з елементами когнітивно-поведінкової терапії, тренінгами стресостійкості, навичками емоційної регуляції та мотиваційними інтервенціями забезпечує більш виражений і стійкий терапевтичний ефект [153, 182, 186].

Теоретичне узагальнення сучасних наукових підходів свідчить, що психоедукація в сучасній психотерапевтичній практиці розглядається як важливий самостійний і водночас інтегративний компонент психотерапевтичного впливу. Її застосування виходить за межі суто інформаційної функції та набуває характеру цілеспрямованого терапевтичного інструменту, спрямованого на формування усвідомленої позиції пацієнта щодо власного психічного стану, підвищення мотивації до лікування та активізацію участі в реабілітаційному процесі.

Психоедукаційні втручання є структурованими та багатокomпонентними, включаючи освітні модулі, групові форми роботи та практичні тренінгові завдання, що забезпечує комплексний вплив на когнітивну, емоційну та поведінкову сфери особистості. Таке поєднання освітньої складової з психологічною підтримкою та спрямованість на формування усвідомленої, проактивної позиції щодо власного психічного стану й процесу лікування сприяє зниженню частоти рецидивів та зміцненню соціальних зв'язків пацієнтів. Важливим результатом застосування психоедукаційних програм є зниження рівня стигматизації психічних розладів, підвищення комплаєнсу та формування більш ефективних стратегій подолання стресових ситуацій.

Психоедукація розглядається як поетапний процес навчання пацієнтів і членів їхніх родин, спрямований на надання знань про природу психічних розладів, формування адекватних установок щодо лікування та стимулювання активної участі у реабілітаційному процесі. До основних принципів психоедукації належать

пацієнтоорієнтованість, доступність і зрозумілість інформації, а також активний діалог між фахівцем і пацієнтом, що забезпечує інтерактивний характер навчання [250].

Структурно психоедукаційні заходи включають освітні модулі, групові тренінги та практичні завдання [88, 93, 102, 116, 272]. Освітні модулі передбачають інформування про симптоми психічних розладів, фактори ризику та можливі методи корекції, а також ознайомлення з базовими навичками саморегуляції, зокрема техніками релаксації та майндфулнесу.

Групові тренінги створюють умови для обговорення спільних труднощів, формування підтримуючого середовища та засвоєння ефективних стратегій подолання стресових ситуацій. Практичні завдання спрямовані на розвиток комунікативних навичок, психологічної резильєнтності та систематичне впровадження отриманих рекомендацій у повсякденне життя.

Однією з ключових переваг психоедукації є зниження рівня стигматизації психічних розладів. Освітні програми сприяють кращому розумінню природи захворювань як пацієнтами, так і членами їхніх родин, що зменшує страх і упереджене ставлення до психіатричної допомоги. Підвищення рівня комплаєнсу зумовлюється тим, що пацієнти, які усвідомлюють механізми розвитку власного стану, частіше дотримуються рекомендацій лікаря та терапевтичного плану. У довгостроковій перспективі це сприяє зниженню ризику рецидивів тривожних і депресивних розладів [232, 240].

Інтеграція психоедукації з основними психотерапевтичними підходами (когнітивно-поведінковою, гештальт- та сімейною терапією) підвищує ефективність лікувального процесу та сприяє більш глибокому засвоєнню терапевтичних інтервенцій [179]. Окремо підкреслюється значення сучасних цифрових технологій, які розширюють доступність психоедукаційних програм та підвищують їхню адаптивність до потреб різних груп пацієнтів [235].

Водночас визначено певні обмеження психоедукації, пов'язані з індивідуально-психологічними особливостями пацієнтів, рівнем їхньої залученості та організаційними

умовами впровадження програм. Актуальною постає і доступність високоспеціалізованої допомоги у регіонах із недостатньо розвиненою інфраструктурою. Крім того, реалізація психоедукаційних програм потребує мультидисциплінарного підходу та залучення фахівців різного профілю, що може ускладнювати організацію процесу [83].

Незважаючи на це, психоедукація демонструє високу ефективність, особливо у роботі з травматичними станами, зокрема серед учасників бойових дій, де вона сприяє підвищенню психологічної стійкості, зниженню симптоматики та покращенню якості життя. Інформування щодо основних психопатологічних проявів, а також навчання технікам емоційної регуляції, релаксації та копінг-стратегіям сприяють зниженню рівня тривоги й депресії, підвищенню адаптаційних можливостей та покращенню якості життя цієї категорії пацієнтів. Дослідження підтверджують, що інтеграція психоедукації з іншими формами психотерапії забезпечує найбільш стійкі позитивні результати у реабілітації ветеранів та осіб, які зазнали бойової психотравми [22].

Таким чином, психоедукація може розглядатися як перспективний напрям сучасної психотерапії, що поєднує освітній та терапевтичний потенціал і є важливим та науково обґрунтованим компонентом сучасної системи допомоги особам із непсихотичними психічними розладами. Її застосування сприяє підвищенню психічної грамотності пацієнтів, формуванню прихильності до лікування, покращенню психоемоційного стану та соціального функціонування. Особливу актуальність психоедукація має в роботі з УБД, оскільки дозволяє підвищити ефективність комплексних терапевтичних втручань та сприяє успішній психосоціальній адаптації ветеранів.

Висновки до розділу 1

Визначення сучасного стану проблеми наслідків участі у бойових діях з боку психіки та поведінки, а також вивчення психологічних механізмів, що сприяють

подоланню негативних наслідків стресу, пов'язаного з воєнними діями, стало можливим завдяки ретельному аналізу наукових публікацій з цієї тематики. Було здійснено огляд і узагальнення актуальних наукових даних, які охоплюють різні аспекти психологічного реагування, розвиток психопатологічних розладів, а також захисних психологічних механізмів, що виникають у зв'язку з участю у бойових операціях. Додатково розглянуто сучасні підходи до формування та підтримки стресостійкості, розвитку резильєнтності і посттравматичного зростання у військовослужбовців, що дозволяє комплексно оцінити проблему і розробити ефективні стратегії психологічної допомоги.

Проведений аналіз наукової літератури свідчить, що участь у бойових діях є потужним психотравмуючим фактором, який суттєво підвищує ризик розвитку несприятливих психічних розладів та психосоціальної дезадаптації. Вплив бойового стресу асоціюється з формуванням широкого спектра психопатологічних порушень, серед яких провідне місце займають посттравматичні стресові, тривожні, депресивні та адаптаційні розлади, що негативно впливають на якість життя, соціальне функціонування та реінтеграцію УБД у мирне суспільство.

Встановлено, що психопатологічні наслідки бойової психотравматизації мають багатофакторний характер і формуються внаслідок взаємодії біологічних, психологічних та соціальних механізмів. Поряд із клінічними проявами психічних розладів значну роль відіграють психосоціальні наслідки участі у бойових діях, зокрема порушення міжособистісних взаємин, зниження соціальної активності, труднощі професійної адаптації та зниження рівня суб'єктивного благополуччя.

Аналіз сучасних підходів до психолого-психіатричної допомоги учасникам бойових дій показав, що найбільш ефективними є комплексні біопсихосоціальні моделі лікування та реабілітації, які поєднують психофармакотерапію, психотерапію, психосоціальну реабілітацію та психоедукаційні втручання.

Особливого значення набуває підвищення прихильності пацієнтів до лікування, формування усвідомленого ставлення до власного психічного здоров'я та розвиток навичок саморегуляції.

У результаті аналізу наукових джерел встановлено, що психоедукація є важливим компонентом сучасної системи психіатричної допомоги та психосоціальної реабілітації осіб із непсихотичними психічними розладами. Її застосування сприяє підвищенню психічної грамотності пацієнтів, покращенню прихильності до лікування, зменшенню вираженості психопатологічної симптоматики, розвитку адаптивних копінг-стратегій та покращенню соціального функціонування.

Особливу перспективність психоедукаційних втручань виявлено у роботі з УБД, які характеризуються високою поширеністю постстресових, тривожних і депресивних порушень.

Водночас аналіз літератури свідчить про недостатню кількість досліджень, присвячених вивченню психоедукації як засобу мотиваційної психокорекції та підвищення ефективності комплексних терапевтичних втручань у даній категорії пацієнтів.

Таким чином, висока поширеність непсихотичних психічних розладів серед УБД, необхідність підвищення ефективності лікувально-реабілітаційних заходів та недостатня розробленість мотиваційно-психокорекційних аспектів психоедукації обумовлюють актуальність проведення даного дослідження та визначають його наукову і практичну значущість.

Дані розділу 2 представлені у публікаціях [63, 66].

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ПАЦІЄНТІВ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика контингенту і дизайн дослідження

У відповідності до програми дослідження протягом періоду з вересня 2021 року по червень 2024 року нами було проведено комплексне клініко-психодіагностичне обстеження 410 осіб (407 чоловіків – 99,4 % та 3 жінки – 0,6 %), які брали безпосередню участь у бойових діях в Україні в період з 2014 по 2024 рік, що було підтверджено відповідними документами. Вік пацієнтів склав від 18 до 65 років.

Дослідження нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів внаслідок бойових дій та впливу психоедукації у підвищенні ефективності лікування непсихотичних психічних розладів в УБД проводилося на базі двох закладів охорони здоров'я: комунального некомерційного підприємства «Вінницький обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Вінницької обласної ради» та державної установи «Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Хмельницькій області».

Вінницький обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Вінницької обласної ради є спеціалізованим закладом, який здійснює лікування та реабілітацію УБД з широким спектром бойових ушкоджень. Вибір цього закладу в якості бази для проведення нашого дослідження був обґрунтований наявним там контингентом пацієнтів, представленим виключно УБД, а також наявністю сприятливих умов для впровадження клініко-психопатологічного підходу у комплексі з синдромологічним аналізом психічних розладів, детермінованих бойовими діями та супутнім травматичним досвідом, а також для проведення психоедукаційних втручань і

встановлення впливу психоедукації на ефективність лікування непсихотичних психічних розладів в УБД.

Державна установа «Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Хмельницькій області» є другою установою, на базі якої проводилося наше дослідження. Це спеціалізований відомчий заклад охорони здоров'я, на якого покладено функцію здійснення медичного та психіатричного супроводу працівників системи Міністерства внутрішніх справ, осіб, які брали участь у бойових діях у складі силових структур, ветеранів системи, постраждалих унаслідок бойових дій та їхніх сімей. Вибір даного закладу в якості бази нашого дослідження був обґрунтований значною питомою вагою серед пацієнтів УБД, наявністю у закладі належних умов для проведення клініко-психодіагностичного дослідження і впровадження психоедукаційних програм у лікування УБД на засадах комплексного, мультидисциплінарного, пацієнтоцентричного підходу.

Відбір пацієнтів для дослідження здійснювався суцільним методом. Критеріями включення у дослідження були: участь у бойових діях, підтверджена документально (наявність офіційного статусу учасника бойових дій), наявність діагнозу психічних розладів непсихотичного регістру, встановленого у відповідності до критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10), і надання пацієнтом усвідомленої інформованої письмової згоди на участь у дослідженні. Критеріями виключення з дослідження були відсутність статусу учасника бойових дій, наявність психічних розладів психотичного спектру, найгостріший період черепно-мозкової травми, ненадання усвідомленої інформованої згоди на участь у дослідженні.

Під час проведення дослідження ми дотримувалися етичних принципів біомедичних досліджень за участю людини. Участь респондентів була добровільною та здійснювалася після отримання їх письмової інформованої згоди. Дослідження пройшло етичну експертизу і було схвалене Комітетом з біоетики Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (протоколи № 7 від 01.11.2023 р. та № 5 від 07.04.2026 р.).

Дослідження проведено у відповідності до плану і передбачало чітку етапність з взаємопов'язаністю і наступністю діагностичних, інтерпретаційних та інтервенційних заходів. Графічна схема дизайну дослідження наведена на рис. 2.1.

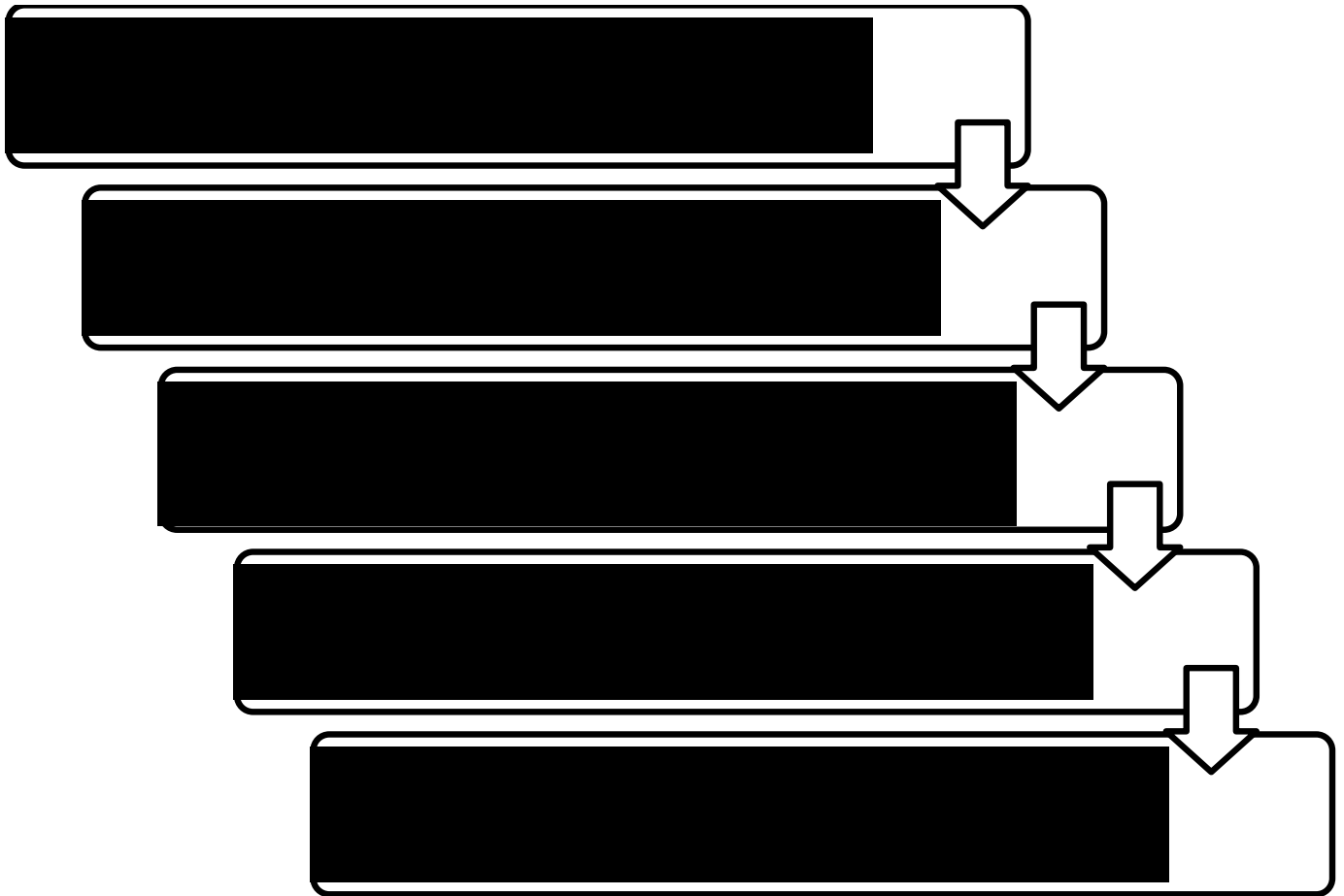


Рис. 2.1. Дизайн дослідження

На першому етапі здійснено аналіз проблеми непсихотичних психічних розладів в УБД та застосування психоедукації як засобу підвищення ефективності їх комплексного лікування. На цьому етапі були проаналізовані сучасні літературні джерела з проблеми, окреслено коло питань, дані з яких є неповними та суперечливими, визначена концептуальна модель дослідження, сформульовано гіпотезу і методологічні принципи дослідження.

Основною гіпотезою дослідження є те, що використання психоедукаційних технік може підвищити ефективність лікування непсихотичних психічних розладів в УБД шляхом кращого розуміння пацієнтом причин та механізмів захворювання, шляхів усунення психопатологічних проявів і попередження несприятливих наслідків, збільшення прихильності до лікування і покращення комплаєнсу, зменшенню виразності тривожних, депресивних та посттравматичних стресових проявів в УБД. Загальна гіпотеза була конкретизована у низці часткових гіпотез (рис. 2.2). Висунуті загальна та часткові гіпотези операціоналізуються через аналіз показників, які оцінюють виразність психопатологічної афективної симптоматики, психофункціонального стану та проявів посттравматичного стресу.

На організаційно-методичному етапі було розроблено програму дослідження, проведено формування вибірки дослідження, вибір психодіагностичного інструментарію, та розробка оригінальної анкети. На цьому етапі також розроблено оригінальну електронну базу для внесення результатів дослідження і обрано статистико-математичні методи обробки даних.

На констатувальному етапі здійснено комплексне клініко-психодіагностичне обстеження пацієнтів, дані внесено до електронної бази і проведено статистико-математичну обробку. На цьому етапі здійснений аналіз результатів дослідження, визначені основні закономірності, що дали можливість сформулювати методологію і зміст психоедукаційної програми для підвищення ефективності лікування непсихотичних психічних розладів в УБД.

На формувальному етапі нами було реалізовано розроблену нами психоедукаційну програму в УБД з непсихотичними психічними розладами.

На контрольно-узагальнювальному етапі нами було проаналізовано ефективність запропонованої психоедукаційної програми, сформульовано висновки та рекомендації за результатами дослідження.

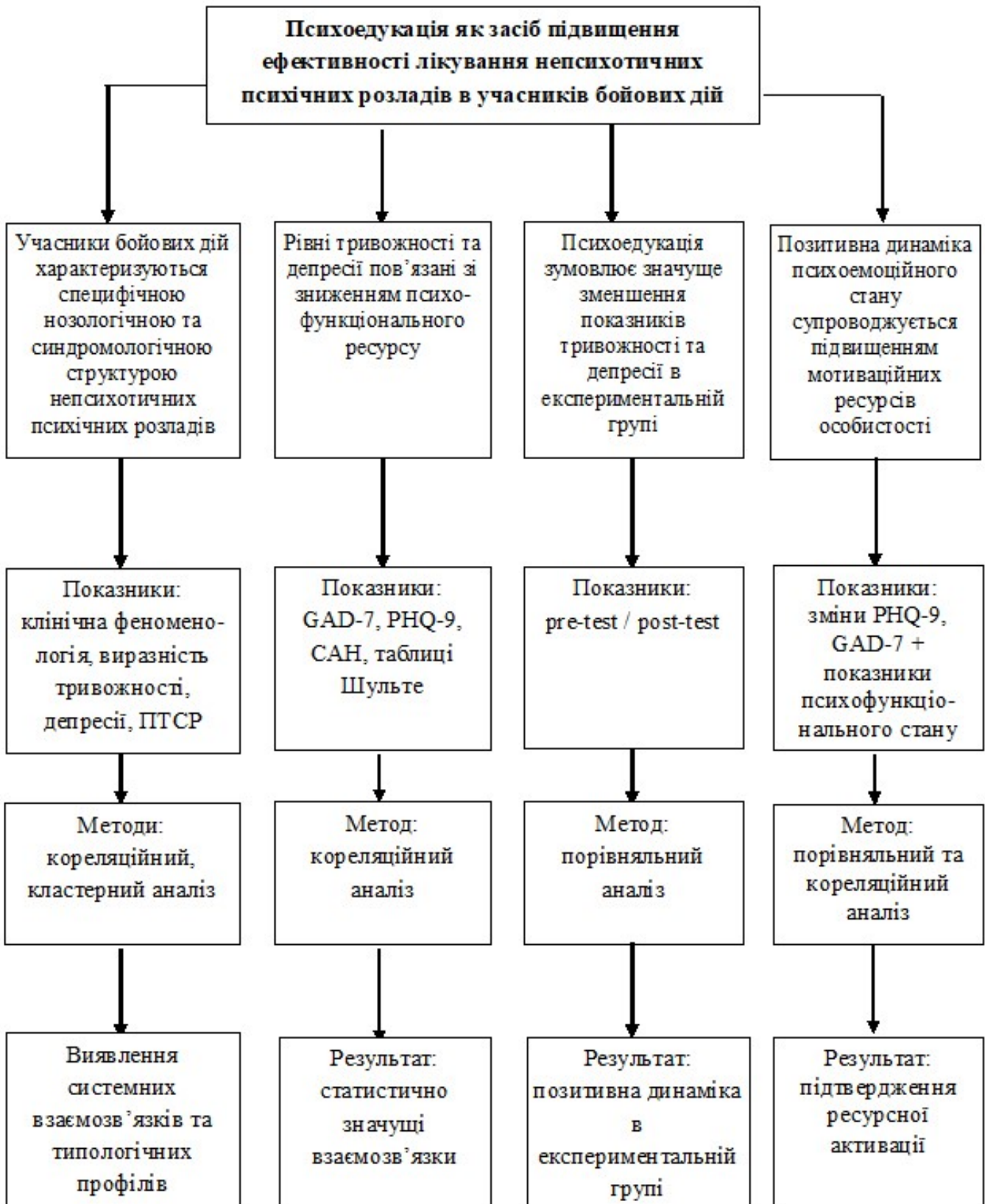


Рис. 2.2. Логіко-структурна модель перевірки гіпотез дослідження

2.2. Соціально-демографічна характеристика обстежених пацієнтів

Нами були проаналізовані соціально-демографічні характеристики дослідженого контингенту: гендерний розподіл, вікові особливості, місцевість проживання, сімейний стан, наявність і кількість дітей, зайнятість, що є важливою передумовою для оцінки впливу соціального середовища та ресурсів підтримки на психічний стан УБД, їхню адаптацію, особливості клінічних проявів психічних розладів та ефективність психоедукаційних заходів.

Переважну більшість досліджених пацієнтів склали чоловіки – 99,4% (рис. 2.3). Такий гендерний розподіл притаманний контингенту військовослужбовців-УБД в цілому і адекватно відображує його.

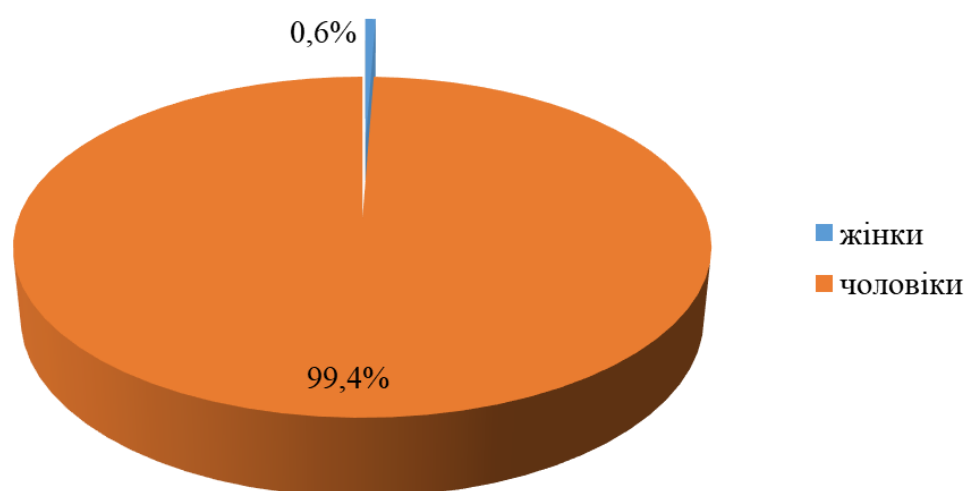


Рис. 2.3. Гендерна структура дослідженого контингенту

Розподіл респондентів за віком у вибірці дослідження також відповідає характерному для усього контингенту УБД в цілому (рис. 2.4).

Найбільшою в аналізованій вибірці є питома вага осіб віком 25-34 роки (33,8 %), також значною є питома вага осіб віком до 25 років (20,0 % досліджуваних) і 35-44 роки (22,5 %), меншою – осіб середнього віку 45-54 роки (17,5 %) і найменшою – осіб у віці 55 років і старших.

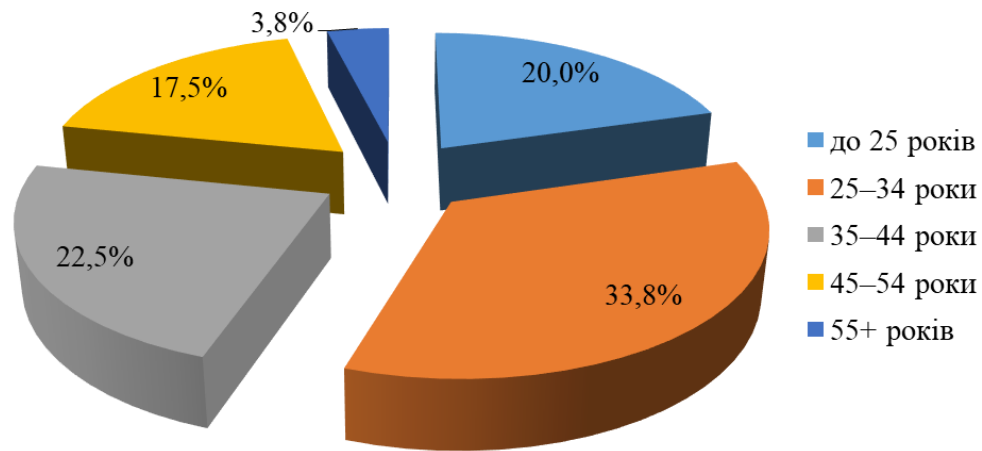


Рис. 2.4. Вікова структура дослідженого контингенту

Дослідженням охоплено 52,0 % УБД, які проживають у сільській місцевості і 48 % жителів міст. З урахуванням того, що серед військовослужбовців після початку повномасштабного вторгнення і оголошеної загальної мобілізації переважали жителі сільської місцевості, розподіл обстежених за місцевістю проживання у нашому дослідженні відповідає розподілу, притаманному контингенту військовослужбовців загалом.

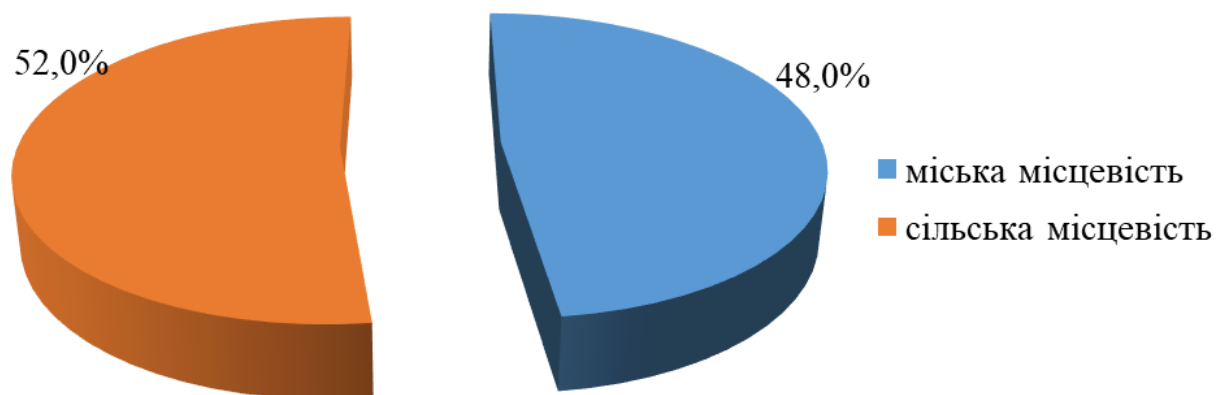


Рис. 2.5. Місцевість проживання обстежених пацієнтів

Необхідно зазначити, що фактор місцевості проживання є важливим, і враховувався нами при розробці психоедукаційних програм, оскільки вплив соціального

та інфраструктурного середовища на психоемоційний стан, когнітивні функції та рівень адаптації респондентів відрізняється у сільських і міських жителів. Проживання у різній місцевості може виступати актуальним чинником доступу до соціальної підтримки, медичних і психокорекційних ресурсів та впливати на ефективність участі у психоедукаційних програмах.

Важливою соціально-демографічною характеристикою є сімейний стан УБД. Сім'я відіграє винятково важливу роль у соціалізації та психологічній адаптації УБД, і фактор сімейного стану враховувався нами при розробці психоедукаційних програм. Сімейна підтримка, або, навпаки, самотність, справляє вагомий вплив на психічний стан УБД, їхню емоційну стабільність, рівень тривожності та депресивних проявів, на здатність до участі у психоедукаційних програмах; урахування сімейної підтримки необхідне при оцінці ризику формування коморбідних станів, уразливості до стресових чинників, а також для підвищення ефективності реабілітаційних заходів. У дослідженому нами контингенту більшість склали одружені (70,0 %), однак, значною була також питома вага неодружених (27,6 %) і найменшою – розлучених (2,4 %) (рис. 2.6).

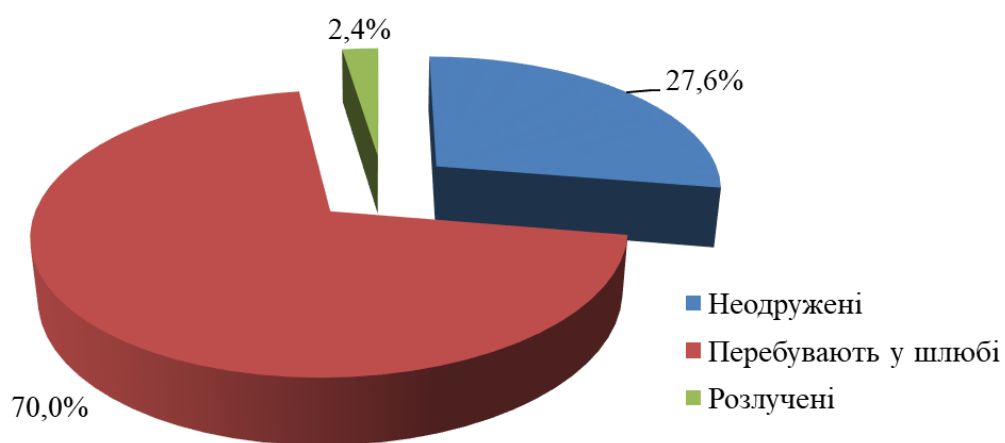


Рис. 2.6. Сімейний стан обстежених пацієнтів

Крім сімейного стану, важливою соціально-демографічною характеристикою є наявність та кількість дітей. Контингент нашого дослідження був представлений

особами з відсутністю дітей та особами з наявністю різної кількості дітей у сім'ї (рис. 2.7).

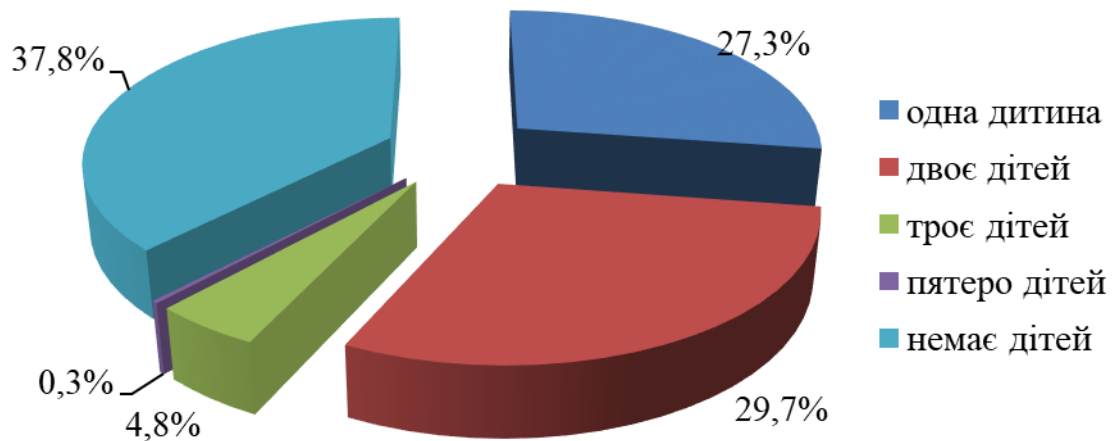


Рис. 2.7. Кількість дітей у обстежених пацієнтів

Більшість серед досліджених УБД мають дітей: по одній (27,3 %) та по дві (29,7 %) дитини, хоча значною є також питома вага бездітних серед обстежених (37,8 %). Як і сімейний стан, наявність дітей значною мірою впливає на психологічний стан УБД, їх емоційну стабільність та мотивацію до участі в психоедукаційних програмах, оскільки у контексті психокорекційної роботи наявність дітей може виступати ресурсним фактором, що стимулює активну участь УБД у реабілітаційних заходах та формування навичок саморегуляції. Відсутність сім'ї та дітей може слугувати фактором зменшення рівня соціальної підтримки і підвищувати вразливість особистості до деструктивного впливу стресових чинників.

Важливим соціальним фактором є зайнятість ветеранів після демобілізації зі Збройних Сил України. Наявність постійної роботи, особливо роботи за основною спеціальністю, є надзвичайно важливим фактором соціалізації, що істотно знижує ризики адиктивної поведінки і сприяє кращій інтеграції колишнього військовослужбовця до цивільного соціуму. У нашому дослідженні було виявлено, що переважна більшість УБД працюють, при цьому 68,8 % працюють за спеціальністю, і 22,8 % – не за спеціальністю, тоді як питома вага безробітних серед УБД складає 8,4 %

(рис. 2.8). В цілому рівень зайнятості серед УБД є високим, що можна розглядати як сприятливий фактор, що покращує соціалізацію і допомагає УБД інтегруватися до повоєнного життя і соціального функціонування.

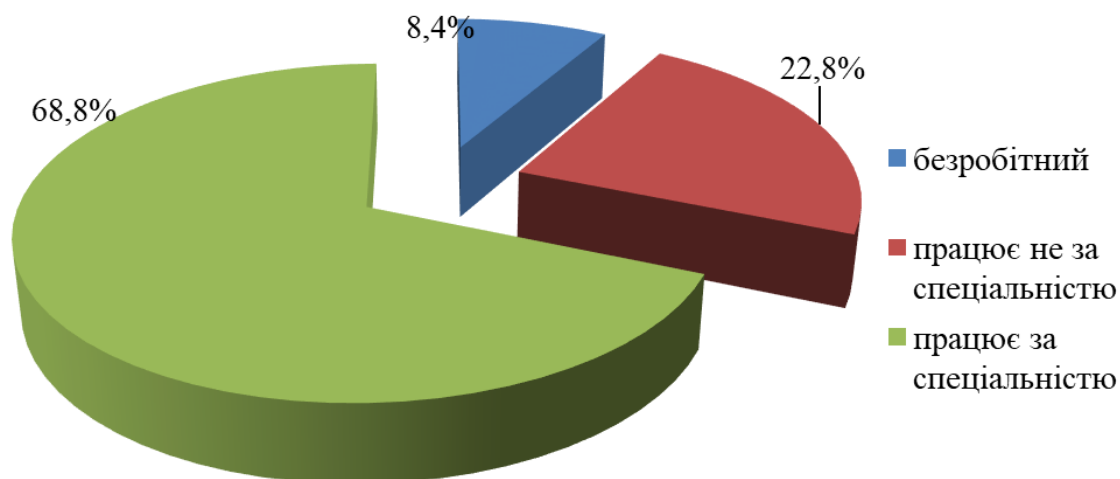


Рис. 2.8. Зайнятість обстежених пацієнтів

Таким чином, УБД притаманні специфічні соціально-демографічні характеристики, які слід враховувати при розробці програм психологічної та психосоціальної підтримки, у тому числі та психоедукаційних програм.

2.3. Методи дослідження

Для проведення дослідження нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів внаслідок бойових дій та впливу психоедукації було сформовано відповідну методологічну базу, що складалася з методологічних підходів, принципів, діагностичного інструментарію. У дослідженні було поєднано клінічні, патопсихологічні та психометричні методи для вивчення нозологічної та синдромологічної структури непсихотичних психічних розладів в УБД.

Дизайн дослідження передбачав проведення первинного і повторного діагностичних обстежень (pre-test / post-test). Проведення pre-test серед вибірки у

кількості 410 УБД було спрямовано на діагностику проявів тривожності, депресивної симптоматики, особливостей психофункціонального стану та феноменологічних проявів ПТСР. Результати проведеного первинного діагностичного вимірювання стали основою для розробки та перевірки ефективності психоедукаційних елементів. Результати post-test стали базисом для формулювання висновків про якісні зміни у нозологічній та синдромологічній структурі психічних розладів внаслідок бойових дій та вплив психоедукації як засобу підвищення ефективності лікування неспсихотичних психічних порушень в УБД.

Дослідження нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів внаслідок бойових дій та впливу психоедукації передбачало використання комплексу методів (рис. 2.9).



Рис. 2.9. Методи дослідження нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів внаслідок бойових дій та впливу психоедукації

Використана у межах дослідження група клініко-психологічних методів дала змогу зібрати дані про психічний стан УБД, їх скарги, симптоми тривожності, депресії та ПТСР, описати специфічні синдроми та їх симптомокомплекс. Нозологічна та синдромологічна структура психічних розладів внаслідок бойових дій вивчалася з допомогою комплексу психодіагностичних методик зі стандартизованими процедурами та визначенням вагомих для реалізації методи і завдань дослідження діагностичних конструктів (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Діагностичні конструкти дослідження нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів внаслідок бойових дій та впливу психоедукації

Діагностичний конструкт	Показники	Методики	Мета оцінки
Тривожність	Ситуативна та особистісна тривожність	Шкала самооцінки ситуативної та особистісної тривожності С. D. Spilberger, опитувальник з генералізованої тривоги GAD-7	Виявлення рівня тривожності та її динаміки під впливом психоедукації
Депресивна симптоматика	Вираженість депресії	Шкала самооцінки депресії Zung et al., опитувальника з депресії PHQ-9	Оцінка депресивних проявів та ефективності психокорекційних заходів
Психофункціональний стан	Стан самопочуття, активності, настрою; концентрація уваги	Методика самопочуття, активності, настрою	Визначення загального психофункціонального ресурсу
Когнітивні функції, концентрація уваги	Мнемонічні здібності, обсяг та швидкість запам'ятовування	Методика «Запам'ятовування десяти слів»	Аналіз когнітивного профілю учасників бойових дій
Посттравматичний стрес	Симптоми ПТСР	PCL-5	Виявлення наявності та ступеня ПТСР

У межах проведення дослідження нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів внаслідок бойових дій та впливу психоедукації враховано такі

методологічні принципи: системність, об'єктивність, валідність, науковість, етичність (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Структурно-функціональна реалізація методологічних принципів дослідження нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів внаслідок бойових дій та впливу психоедукації

Методологічний принцип	Теоретико-концептуальне підґрунтя	Операціоналізація в дослідженні	Дослідницький результат
Системність	Розгляд психічних розладів як багаторівневої структури (нозологічний і синдромологічний рівні)	Комплексне клініко-психологічне обстеження; інтеграція психометричних та феноменологічних даних	Формування цілісної моделі психічних порушень у учасників бойових дій
Об'єктивність	Принцип вимірюваності психічних явищ	Використання стандартизованих психодіагностичних методик (PHQ-9, GAD-7, PCL-5, шкала Спілбергера тощо)	Кількісна оцінка тривожності, депресії, ПТСР та психофункціонального стану
Валідність	Відповідність інструменту предмету дослідження	Застосування апробованих і психометрично перевірених методик	Достовірність та інтерпретаційна коректність отриманих результатів
Науковість	Опора на сучасні клінічні та психологічні концепції	Використання актуальних класифікацій психічних розладів та доказових психотерапевтичних підходів	Теоретична обґрунтованість висновків
Етичність	Дотримання професійних стандартів психологічних і медичних досліджень	Інформована згода, конфіденційність, добровільність участі	Забезпечення безпечного та відповідального дослідницького процесу

Принцип системності було дотримано через комплексне вивчення психічних розладів особистості з обов'язковим урахуванням при цьому нозологічного та синдромологічного рівнів.

Завдяки застосуванню у процедурі дослідження стандартизованих методик психодіагностики було досягнуто реалізації принципу об'єктивності.

Використання валідного психодіагностичного інструментарію забезпечило дотримання принципу валідності.

Науковість проведення дослідження реалізовано завдяки застосуванню актуальних клінічних класифікацій.

Під час проведення дослідження значна увага приділялася дотриманню конфіденційності та отримання інформованої згоди УБД, тобто принципу етичності.

У нашому дослідженні було реалізовано комплексне дослідження психічної сфери УБД з непсихотичними психічними розладами, яке включало клінічне та психодіагностичне обстеження.

2.3.1. Клінічне обстеження

Клінічне обстеження було спрямоване на виявлення психопатологічних порушень, оцінку особливостей психічного стану, визначення нозологічної належності виявлених розладів та встановлення клініко-психопатологічних характеристик УБД.

Основним методом клінічного дослідження був клініко-психопатологічний метод, який є одним із базових методів психіатричного дослідження і дозволяє здійснювати комплексну оцінку психічного стану пацієнта шляхом аналізу скарг, анамнестичних відомостей, особливостей перебігу захворювання та психопатологічної симптоматики.

Під час клінічного обстеження проводилося напівструктуроване психіатричне інтерв'ю, що включало збір соціально-демографічних даних, аналіз життєвого, соматичного та психіатричного анамнезу, уточнення особливостей участі в бойових діях, характеру перенесених психотравмуючих подій, наявності поранень, контузій, втрат побратимів, тривалості перебування в зоні бойових дій та інших факторів, які могли впливати на психічний стан респондентів. Особлива увага приділялася виявленню скарг на емоційні, когнітивні, поведінкові та психовегетативні порушення. Аналізувалися особливості сну, рівень тривоги, наявність депресивних переживань, симптомів психоемоційного виснаження, нав'язливих спогадів про психотравмуючі

події, проявів уникнення, підвищеної настороженості, порушень концентрації уваги, пам'яті та соціального функціонування.

У процесі обстеження проводилася оцінка психічного статусу пацієнтів із визначенням особливостей свідомості, орієнтування, сприйняття, мислення, пам'яті, уваги, емоційної сфери, вольової діяльності, критичного ставлення до власного стану та поведінки. Також оцінювалися особливості міжособистісної взаємодії, рівень соціальної адаптації та мотивація до лікування та реабілітації.

Для уточнення клінічних особливостей психічних порушень додатково проводився аналіз медичної документації, зокрема консультативних висновків лікарів-психіатрів, історій хвороби, амбулаторних карт та результатів попередніх обстежень.

Верифікація психічних розладів здійснювалася відповідно до діагностичних критеріїв Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10). Особлива увага приділялася виявленню неспихотичних психічних розладів, які найчастіше зустрічаються серед УБД.

За результатами клініко-психопатологічного обстеження встановлювалася нозологічна структура психічних порушень, до якої були віднесені органічні психічні розлади (F00–F09), психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (F10–F19), афективні розлади (F30–F39), невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40–F49), а також розлади особистості та поведінки у дорослому віці (F60–F69).

З метою подальшої оцінки вираженості психопатологічної симптоматики та психоемоційних порушень результати клінічного обстеження доповнювалися даними психодіагностичного дослідження із застосуванням стандартизованих психометричних методик.

Таким чином, клініко-психопатологічний метод дозволив здійснити комплексну оцінку психічного стану УБД, визначити нозологічну структуру неспихотичних психічних розладів та сформувавши клінічну основу для подальшого психодіагностичного і статистичного аналізу результатів дослідження.

2.3.2. Психодіагностичні методи дослідження,

Значне місце у симптомокомплексі психічних станів займають прояви тривожності, яка є багатовимірним конструктом, в якому поєднано ситуативні реакції на стрес, стабільні особистісні особливості та клінічно значущі симптоми генералізованої тривоги. Тому для комплексної оцінки тривожності як діагностичного показника у дослідженні психічних станів УБД застосовано декілька взаємодоповнювальних інструментів (шкали самооцінки реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності С. D. Spilberger, опитувальник GAD-7).

Шкали самооцінки реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності С. D. Spilberger (STAI) [1] широко використовуються в Україні у клінічній, психологічній та науковій практиці для оцінки рівнів тривожності, а також рекомендовані до використання під час проведення психодіагностичного обстеження та психологічної корекції військовослужбовців, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції та у заходах із забезпечення національної безпеки і оборони, в Державній службі спеціального зв'язку та захисту інформації України.

Одним із показників, які поглиблюють негативні тенденції у психічному стані УБД є рівень особистісної та ситуативної тривожності. Тому цей показник віднесено до ключових діагностичних конструктів дослідження. Для проведення психодіагностичної роботи обрано шкалу самооцінки реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності С. D. Spilberger, яка базується на двокомпонентній моделі тривожності. За цією методикою діагностуються показники ситуативної тривожності, яка є тимчасовим емоційним станом в УБД, що виникає під впливом певних травмівних чинників, пов'язаних із виконанням службових обов'язків; особистісної тривожності, що є відносно стабільною індивідуально-психологічною характеристикою респондентів дослідження, через яку розкривається їхня схильність до сприйняття різноманітних обставин у загрозливому вимірі. Цінність цієї методики у контексті проведення діагностики психічних станів УБД полягає у можливості диференціювання реактивних

стресових реакцій від хронічних тривожних диспозицій. Саме вони становлять базис для подальшого прогресування тривожних, депресивних і посттравматичних розладів. Структура шкали передбачає 40 тверджень (по 20 на кожному зі шкал) і дає змогу діагностувати такі рівні ситуативної та особистісної тривожності: низький, помірний, високий. Варто відмітити, що емпірично встановлені високі показники ситуативної тривожності в УБД засвідчують наявність у респондентів вираженої актуальної тривожної реакції на гострий стрес, загрозливі ситуації, тригерні спогади тощо, а високі показники особистісної тривожності у цільових аудиторій підтверджують їхню стабільну тривожну налаштованість, що у подальшому може спричинити або ж поглибити негативні психічні прояви, характерні для генералізованого тривожного розладу, панічних атак або ПТСР. Окрім того, високі показники за обома шкалами методики дають підстави для констатації наявності у респондентів ознак особистісної вразливості та актуальної дезадаптації.

Доцільність вибору шкали самооцінки реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності С. D. Spilberger для проведення і дослідження нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів внаслідок бойових дій зумовлена входженням тривожності до симптомокомплексу багатьох постстресових розладів (ПТСР, генералізований тривожний розлад та депресивні стани з тривожним дистресом) як показника тривожного компонента у загальній психопатологічній структурі; можливістю розмежування ситуативної та особистісної тривожності і встановлення на цій основі чіткої кореляції рівня ситуативної тривожності із наслідками бойової психотравми; високою чутливістю шкали до психотерапевтичного та психоедукаційного втручання, що важливо для оцінювання ефективності психоедукації як механізму мотиваційної психокорекції; можливістю інтегрування емпірично встановлених показників тривожності у статистичні моделі аналізу взаємозв'язків між афективними, когнітивними та поведінковими компонентами психічних розладів. Описане вище вказує на базовість обраної шкали у структурі комплексної

психодіагностичної роботи. складовими якої є синдромологічний аналіз та нозологічна диференціацію психічних розладів в УБД.

Для стандартизованої оцінки клінічно значущих проявів генералізованої тривоги та забезпечення зіставності результатів із сучасними діагностичними критеріями до дизайну дослідження включено **опитувальник GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7-item scale)** [251], який в Україні використовується як надійний інструмент скринінгу генералізованого тривожного розладу і включений у деякі клінічні протоколи, зокрема в рекомендації щодо діагностики та первинної медичної допомоги психічним розладам. Важливою у контексті дослідження особливістю цієї методики психологічного діагностування є можливість оцінювати інтенсивності тривожних проявів, їх динаміки у межах pre-test / post-test GAD-7. Необхідність доповнення діагностичної процедури із вимірювання тривожності опитувальником GAD-7 пояснюється притаманним учасникам бойових дій поєднанням генералізованої тривожності із симптомами ПТСР та депресії, що та зумовлює важливість клінічної диференціації цих ознак. Методика GAD-7 є доступною і простою у використанні в діагностичній роботі, оскільки містить 7 пунктів, які слугують відображенням проявів генералізованої тривожності та дають змогу визначати різні прояви тривожності (від мінімального до тяжкого). Варто підкреслити, що діагностично встановлені високі показники GAD-7 в оптимальній комбінації з іншими інструментами становить базис для кваліфікованої диференціації коморбідних тривожно-депресивних станів та планування психокорекційних інтервенцій. GAD-7 спрямована на встановлення точних клінічних проявів таких ознак генералізованої тривожності в УБД, як: підвищена напруженість, проблеми з концентрацією, сном, соматовегетативні симптоми, когнітивна дезорганізація, схильність до надання переваги унікальним стратегіям адаптації до стресу. Методологічна перспектива згаданої вище методики полягає у можливості інтеграції встановлених за нею показників у загальний синдромологічний профіль УБД, диференціації тривожності як диспозиційного або реактивного стану.

Не менш важливими є показники когнітивного функціонування, а саме концентрація уваги, темп психічної діяльності та здатність до переключення уваги. Саме тенденція до зниження цих діагностичних конструктів є свідченням виснаження адаптаційних механізмів та наявності астенічних проявів, характерних для особистостей з психічними розладами. З огляду на це до діагностичної процедури дослідження психічних станів УБД включено оцінку рівня когнітивної продуктивності. Для об'єктивної оцінки концентрації та стійкості уваги, швидкості сенсомоторних реакцій і працездатності було використано **методику таблиць Шульте** [23]. Методика таблиці Шульте (шкала для оцінки уваги та швидкості психічних процесів) широко використовується в світі та в Україні у нейропсихологічній діагностиці та психологічних дослідженнях. Вона відома як інструмент для оцінки концентрації уваги, швидкості сприймання та обробки інформації. Цей діагностичний інструмент не тільки оцінює параметри уваги та особливості обробки інформації, але та визначає рівень психічної працездатності та динаміку когнітивних процесів у структурі психоемоційних порушень. Методологічна цінність таблиць Шульте у контексті дослідження нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів внаслідок бойових дій та впливу психоедукації як механізму мотиваційної психокорекції УБД зумовлена розробленням цієї методики у межах клінічної психіатрії та нейропсихології для вивчення функціонального стану вищих психічних процесів пацієнтів при астенічних, тривожних, депресивних і органічних розладах. Внесення цієї методики у дизайн дослідження також детермінується притаманністю військовослужбовцям-учасникам бойових дій та ветеранам різних когнітивних порушень, які є об'єктом діагностичної оцінки за таблицями Шульте (рівень психічної мобілізації, виснажуваність, інертність або імпульсивність психічних процесів) та входять до посттравматичної симптоматики низки психічних розладів.

Зазначена методика складається із п'яти таблиць розміром 5×5 клітин. У кожній таблиці в довільному порядку розміщено числа від 1 до 25. Досліджуваним необхідно якомога швидше знаходити та називати числа у зростаючій послідовності, не

пропускаючи та не повторюючи їх. Час виконання кожної таблиці фіксується секундоміром. Саме час є основним показником у таблицях Шульте, адже він має виняткову діагностичну цінність, оскільки сповільнення виконання респондентами завдань, тобто поступове збільшення часу свідчить про прояви виснаженості, притаманні астенічного синдрому. Водночас зафіксовані у межах проведення діагностичної роботи різкі коливання часу є індикаторами емоційної нестабільності або тривожної дезорганізації особистості. Виявлені початково високий темп із наступним різким спадом входять до симптомів гіперстенічних або тривожних станів. Також стабільно повільний темп виконання завдань може вказувати депресивну загальмованість або когнітивний дефіцит респондентів. Такий підхід сприяє кількісній оцінці когнітивної продуктивності та забезпечує проведення синдромологічного аналізу в пацієнтів з психічними розладами, зумовленими травмівними впливами під час бойових дій.

Клінічне значення та обґрунтованість включення таблиць Шульте до психодіагностичних методів дослідження пояснюється можливістю методики діагностики та віднесення виявлених когнітивних порушень до структури психічного синдрому; можливістю синдромологічної диференціації психічних станів УБД; високою чутливістю методики до динаміки когнітивних змін у респондентів після проведення психологічних інтервенцій; здатністю методики до визначення прихованих когнітивних труднощів пацієнтів, які впливають на мотивацію до лікування, засвоєння психоедукаційного матеріалу та комплаєнс; можливістю інтеграції отриманих за методикою даних у багатофакторний статистичний аналіз для встановлення зв'язків між когнітивною продуктивністю та рівнем тривоги, депресії чи ПТСР. Використання таблиць Шульте у дизайні дослідження водночас забезпечує високі можливості для проведення синдромологічного аналізу когнітивних порушень та оцінки функціональної динаміки під впливом психоедукаційного втручання в УБД і ветеранів.

Іншими когнітивними деструкціями, які супроводжують психічні розлади в УБД, є зниження обсягу оперативної пам'яті, порушення процесів запам'ятовування та

відтворення інформації. Такі деструктивні когнітивні труднощі спричиняють у пацієнтів із психічними розладами посилення суб'єктивного відчуття виснаження, призводять до зниження ефективності соціальної та професійної адаптації УБД. Тому оцінювання показників пам'яті є важливим діагностичним конструктом дослідження. Для вивчення обсягу короткочасної пам'яті, продуктивності запам'ятовування та динаміки відтворення використано тест «десяти слів» (тест вербальної пам'яті) [23], який широко застосовується в нейропсихологічній практиці в Україні для оцінки короткочасної пам'яті та когнітивних функцій, бо є одним із класичних психодіагностичних нейропсихологічних інструментів. Виняткова цінність цього діагностичного інструменту у контексті вивчення когнітивної сфери в УБД із психічними розладами визначається базованістю методики на концепції про три функціональні блоки мозку, що забезпечують активацію та увагу; кодування та збереження інформації; відтворення та контроль.

За згаданою вище методикою досліджуваному пропонується список асоціативно не корелюючих між собою 10 слів, які потрібно прослухати або прочитати слова 3–5 разів, потім відтворити їх у будь-якому порядку відразу і через певний часовий інтервал. Ця методика дає можливість провести і кількісне, і якісне оцінювання, тобто параметри початкової пам'яті та концентрації уваги, здатність до навчання, консолідації та довготривалої пам'яті. Емпірично діагностовані когнітивні порушення в УБД можуть виступати ознаками посттравматичного синдрому (дефіцит концентрації, фрагментарність пам'яті); депресивного синдрому (сповільнене відтворення, низький темп навчання); тривожно-астенічного стану (нестійкість уваги, часті пропуски). Встановлені за тестом показники також є важливою базою для проведення нозологічного аналізу (визначення когнітивного компонента синдрому) психічних розладів в УБД та оцінювання ефективності психоедукаційної роботи.

Загалом, можливість оцінювання за тестом вербальної пам'яті когнітивних порушень як діагностичного показника детермінованою участю у бойових діях психопатологією, проведення комплексного синдромологічного аналізу, чутливість до

корекційних втручань, простота та доступність для використання у клініко-психологічних дослідженнях УБД є підставами для внесення цієї методики до дизайну роботи.

У структурі психічних розладів в УБД значну роль відграє депресивна симптоматика, проявами якої є коливання настрою, психічної активності, мотиваційного потенціалу та загального життєвого тону, що можуть як супроводжувати, так і поглиблювати патологічні стани респондентів дослідження. Тому депресивні тенденції особистості внесено до ключових діагностичних показників дослідження. Для кількісного визначення рівня депресії використано **шкалу самооцінки нервової депресії Zung et al.** [1]. Цінність цієї методики у контексті поточного дослідження полягає у врахуванні багатоаспектності депресивних тенденцій особистості, які охоплюють афективні, когнітивні, соматичні та поведінкові компоненти. Необхідність включення цієї методики у комплексний діагностичний інструментарій дослідження нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів внаслідок бойових дій та впливу психоедукації як механізму мотиваційної психокорекції УБД визначається підвищеною схильністю УБД до депресивних реакцій, пов'язаних із переживанням травматичних подій, втрат, моральних конфліктів. Зазначений діагностичний інструмент включає в себе різні групи депресивних симптомів (афективних, когнітивних, соматичних, психомоторних) і дає можливість встановити різні рівні депресії (норма, легка, помірна, тяжка депресія). Варто відмітити, що емпірично встановлені високі показники за цією методикою мають клінічну значущість у визначенні депресивного розладу в УБД. Проведений на основі отриманих за методикою емпіричних даних синдромологічний аналіз є базисом визначення профілю симптомів респондентів, за якими можна робити висновки про наявність у них самостійної депресивної нозології, співвіднесення виявлених депресивних тенденцій із коморбідними компонентами ПТСР, вторинними реакціями на соціальну дезадаптацію, з наслідками хронічної тривожності.

Методологічна доцільність включення шкали Zung et al. до дизайну дослідження детермінована високою чутливістю методики диференціації депресії як окремого патологічного стану і коморбідного компоненту інших розладів; провідною роллю обраного діагностичного інструмента у комплексному аналізі психопатологічної картини у пацієнтів; чутливістю методики до психокорекційного впливу; висока здатність до інтеграції отриманих за методикою даних у багатофакторний аналіз взаємозв'язків між депресією, тривожністю, когнітивними порушеннями та симптомами ПТСР; можливістю встановлення зв'язку між зниженням депресивності та підвищенням мотивації до реабілітації.

Для стандартизованої оцінки депресивної симптоматики відповідно до сучасних діагностичних критеріїв до дослідження було додатково включено **опитувальник РНҚ-9** [166]. Основним вектором діагностичного впливу цього інструмента є гарантування кількісної верифікації клінічно значущих симптомів депресії, відслідковування динаміки в межах дизайну pre-test / post-test. Визначальною рисою цієї методики, важливою у контексті реалізації мети і завдань дослідження, є її ґрунтованість на когнітивно-біхевіоральній концепції депресії, яка дає змогу співвідносити де емоційні, когнітивні та соматичні симптоми із проявами психічних розладів, встановити інтенсивність депресивної симптоматики, чітко диференціювати самотійність стану депресії чи її включеність в якості додаткової ознаки у симптомокомплекс ПТСР. Дизайн методики побудований у чіткій відповідності кожного її компоненту діагностичним критеріям депресії DSM-5, до яких віднесено втрату інтересу або задоволення, підвищену або знижену активність, порушення сну, втомлюваність, зниження апетиту або ваги, почуття провини або непотрібності, зниження концентрації уваги, повільність рухів або нервова активність, суїцидальні думки або думки про смерть. За методикою можливим є діагностування мінімальних, легкий, помірних ознак депресії та її тяжкого перебігу, що потребує психіатричного або психотерапевтичного супроводу.

У можливостях оцінювання та відокремлення депресивної симптоматики від тривожних розладів і ПТСР, тобто в забезпеченні високоточної синдромологічної діагностики в УБД із коморбідними станами полягає клінічне значення опитувальника PHQ-9. А методологічна доцільність внесення цього діагностичного інструмента у дизайн дослідження зумовлена її спрямованістю на стандартизоване оцінювання інтенсивності депресивних симптомів, відстеження динаміки змін у психоемоційному стані пацієнтів.

Внесення до дизайну дослідження двох діагностичних інструментів для визначення депресивної симптоматики в УБД (шкали Zung et al., опитувальника PHQ-9) забезпечує поєднання клініко-психологічного та стандартизовано-критеріального підходів до оцінки депресії, розкриття її місця у нозологічній і синдромологічній структурі психічних розладів в респондентів дослідження.

Компонентом психічного стану УБД, який впливає на їхнє лікування та реабілітацію, в тому числі психіатричну, є інтегральний показник психофункціонального самопочуття. Тому цей показник теж увійшов у дизайн дослідження. Для їх кількісного визначення використано **методику САН** (Самопочуття, Активність, Настрій) [1], що дає можливість проведення оперативного діагностування актуального психоемоційного стану респондентів, який може варіюватися в УБД під час переживання хронічного чи гострого стресу, первинної чи повторної травматизації, та відстеження його динаміки під час психоедукаційних інтервенцій. Універсальність методики САН полягає у її базованості на положеннях функціональної психології та психофізіології, за якими передбачено багатовимірний розгляд психічного стану особистості у єдності соматичного, енергетичного, афективного компонентів. У структурі методики САН закладено 30 пар протилежних за змістом характеристик, що відображають три основні параметри: самопочуття, активність, настрої, які респонденти оцінюють за 7-бальною шкалою, де респондент позначає ступінь наближеності до одного з полюсів. Безумовними прерогативами аналізованої методики є її доступність, легкість, простота, можливість багаторазового використання, достатня внутрішню

узгодженість та висока чутливість до змін функціонального стану. Методика САН дає можливість діагностувати високий, середній і знижений рівні аналізованих параметрів, які можуть впливати вже на наявні в УБД патологічні стани та відображати динаміку змін під впливом корекційних втручань.

Клінічна значимість методики САН полягає у можливості оперативного діагностування часто притаманним учасникам бойових дій відчуттів хронічної втоми, зниження життєвого тону, емоційної лабільності, соматовегетативних скарг; співвіднесення їх із емпіричними даними, отриманими за іншими діагностичними інструментами (шкали тривожності, депресії, ПТСР).

Включення методики САН до дизайну дослідження нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів в УБД зумовлено важливістю урахування у процесі вивчення психічних розладів поточного функціонального стану пацієнтів; необхідністю деталізації синдромологічну картину психопатологічних станів; придатність методики для виявлення груп ризику щодо розвитку астенічних або афективних ускладнень у процесі реабілітації; для проведення динамічного моніторингу динамічний моніторинг стану респондентів та оцінювання ефективності психоедукації як механізму мотиваційної психокорекції.

Травматичний досвід, якого набувають УБД, провокує виникнення у них ПТСР, який супроводжується нав'язливими спогадами, униканнями, негативними змінами когніцій та настрою, підвищеною психофізіологічною збудливістю, що впливає на емоційний стан і може поглиблювати негативний перебіг психопатології, тому до дизайну дослідження внесено діагностичний інструмент для скринінгу ПТСР за **методикою PCL-5** [85, 87, 269]. Методика дає змогу оцінити наявність у респондентів дослідження оцінки симптомів ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5. У структурі методики передбачено 20 пунктів, кожен з яких відповідає одному з діагностичних критеріїв ПТСР за DSM-5, які диференціюються за чотирма групами: втручання, уникання, негативні зміни у когніції та настрої, зміни в реактивності та активації. Основним застереження цієї методики є ризик повторної травматизації респондентів

через актуалізацією окремими її питаннями травматичних спогадів. За PCL-5 реалізується можливість точного діагностування різної інтенсивності симптомів ПТСР (від мінімальних до найважчих).

У цілому, методична доцільність використання PCL-5 у дизайні дослідження сприяє проведенню стандартизованої оцінки наявності в УБД посттравматичних симптомів як окремого синдромологічного блоку, точному виявленню коморбідних станів у пацієнтів із депресією та генералізованою тривожністю, підвищенню точності диференціальної діагностики психічних розладів в УБД.

Описаний вище діагностичний інструментарій забезпечує проведення комплексного дослідження нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів в УБД і оцінки впливу психоедукації як механізму мотиваційної психокорекції. Це зумовлено спрямованістю обраних діагностичних інструментів на визначення важливих показників психічного стану, таких як: особистісна, ситуативна, генералізована тривожність, депресія, самопочуття, активність, настрій, короткочасна та довготривала пам'ять, когнітивна стійкість та навчальна здатність, посттравматичні симптоми. Науково та методологічно обґрунтовані методики психологічного діагностування забезпечують багатовимірний синдромологічний профіль психічних розладів, високоточну диференціацію депресивних, тривожних, посттравматичних станів із урахуванням імовірної їх коморбідності; моніторингу ефективності психоедукаційних заходів із фіксацією змін у психоемоційному, когнітивному та поведінковому функціонуванні; планування групових та індивідуальних психокорекційних інтервенцій з урахуванням стратифікації цільових груп за рівнем ризику розвитку ускладнень наявних у них психопатологічних станів; стандартизовану, надійну та порівнювану оцінку емпіричних даних, їх інтеграцію у моделі статистичного аналізу параметрів нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів внаслідок бойових дій та впливу психоедукації як засобу покращення ефективності лікування УБД з непсихотичними психічними розладами.

2.2.3. Статистична обробка результатів

Для забезпечення належної доказовості результатів дослідження нами було застосовано комплекс математично-статистичних і аналітичних методів, що включав описову статистику, оцінку статистичної значущості відмінностей у показниках з використанням непараметричних тестів Манна–Уїтні (для незалежних груп кількісних змінних) та Вілкоксона (для залежних груп кількісних змінних), оцінку кореляційних зв'язків з використанням непараметричного коефіцієнта рангової кореляції Спірмена, порівняльного, кількісного кореляційного та кластерного аналізу із застосуванням програм Microsoft Excel, Statistica 6.1, IBM SPSS Statistics.

За допомогою кількісного аналізу здійснено кількісну оцінку психічних станів УБД із використанням стандартизованих психодіагностичних інструментів.

Порівняльний аналіз забезпечив оцінку ефективності психоедукаційної програми на основі показників pre-test / post-test серед респондентів аналізованої вибірки.

Завдяки кореляційному аналізу було виявлено системні взаємозв'язки між тривожністю, депресією та психофункціональним станом УБД із психічними розладами і здійснено структурування синдромологічної картини психічних розладів.

Через проведення кластерного аналізу була реалізована можливість групування респондентів дослідження за подібністю клініко-психологічних профілів, виокремлення типових констеляцій симптомів, персоналізації психоедукаційних програм, досягнуто урахування варіативності психічних проявів в УБД та ветеранів.

Також за допомогою методів статистичного аналізу було підтверджено статистично та психологічно значущу позитивну динаміку показників депресії (PHQ-9) і тривожності (GAD-7) після впровадження психоедукаційної програми, що засвідчує ефективність психоедукації як механізму зниження тривожно-депресивної симптоматики та активізації мотиваційних ресурсів особистості.

Висновки до розділу 2

У другому розділі наведено характеристику контингенту дослідження, обґрунтовано дизайн дослідження та комплекс методів, використаних для вивчення нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів внаслідок бойових дій і оцінки впливу психоедукації на ефективність лікування неспсихотичних психічних розладів в УБД. Дослідження проведено на базі КНП «Вінницький обласний клінічний госпіталь ветеранів війни Вінницької обласної ради» та ДУ «Територіальне медичне об'єднання МВС України по Хмельницькій області», що забезпечило можливість обстеження репрезентативної вибірки УБД та отримання достовірних клінічних і психодіагностичних даних. До дослідження залучено 410 респондентів, які брали безпосередню участь у бойових діях, що дозволило сформувати достатню емпіричну базу для аналізу особливостей психічного здоров'я зазначеного контингенту.

Соціально-демографічний аналіз показав, що вибірка характеризувалася різноманітністю вікових, сімейних та соціально-професійних характеристик, що створило умови для комплексного дослідження впливу соціальних чинників на психічний стан УБД. Проведене дослідження здійснювалося з дотриманням принципів біомедичної етики, добровільності участі та інформованої згоди респондентів, і було схвалене Комітетом з біоетики Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова.

Для досягнення поставленої мети використано комплекс клініко-психопатологічних, психодіагностичних і статистичних методів дослідження. Клініко-психопатологічне обстеження дозволило встановити нозологічну структуру психічних розладів відповідно до критеріїв МКХ-10, визначити особливості їх клінічних проявів та сформувати основу для подальшого синдромологічного аналізу. Психодіагностичний блок включав валідні та апробовані методики оцінки тривожності, депресивної симптоматики, посттравматичних проявів, психофункціонального стану та когнітивного функціонування, що забезпечило багатовимірне вивчення психічного стану

респондентів. Поєднання шкал STAI, GAD-7, шкали депресії Zung et al., PHQ-9, методики САН, тесту «10 слів», таблиць Шульте та опитувальника PCL-5 дало змогу здійснити комплексну оцінку афективних, когнітивних і поведінкових компонентів психічних порушень.

Статистична обробка результатів із застосуванням методів описової статистики, визначення розбіжностей з використанням тестів Манна–Уїтні та Вілкоксона, кореляційного та кластерного аналізу забезпечила можливість об'єктивної інтерпретації отриманих даних, встановлення взаємозв'язків між досліджуваними показниками та виявлення типових клініко-психологічних профілів УБД.

Обраний дизайн дослідження та комплекс використаних методів є адекватними поставленій меті та завданням роботи, забезпечують наукову обґрунтованість отриманих результатів і створюють методологічне підґрунтя для подальшого аналізу нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів і оцінки ефективності психоедукації у системі комплексного лікування непсихотичних психічних розладів в УБД.

Дані, представлені у розділі 2, наведено у публікаціях [64].

РОЗДІЛ 3

НОЗОЛОГІЧНА СТРУКТУРА І ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

3.1. Нозологічна структура непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій

Для розробки дієвих засобів підвищення ефективності лікувально-реабілітаційних втручань, зокрема психоедукаційних, важливою передумовою є використання вибірки, яка адекватно відображує нозологічну структуру психопатології в контингенті УБД в цілому. Тому, окрім кількісно репрезентативної вибірки (410 пацієнтів), нами був застосований суцільний метод відбору респондентів для дослідження, що дозволило зберегти наближену до притаманної контингенту УБД в цілому нозологічну структуру.

Слід зазначити, що контингент УБД характеризується певними психологічними особливостями, що ускладнювали залучення їх до участі у дослідженні та психоедукаційних програмах. Це насамперед наявність у респондентів психоемоційних проблем, пов'язаних з участю у бойових діях, зокрема підвищеної агресивності, небажання комунікувати, прагнення до соціальної ізоляції, що зумовлено наявним у них психотравматичним досвідом.

Контингент пацієнтів, які перебували на лікуванні та реабілітації у закладах, на базі яких проводилося наше дослідження, характеризувався значною варіабельністю психологічного стану, особистих мотивів та установок, різним ступенем готовності до психокорекційної роботи. Оскільки участь у дослідженні і психоедукаційній програмі були добровільними, для забезпечення свідомого рішення УБД перед отриманням згоди на участь у дослідженні з респондентами було проведено групову роз'яснювальну роботу щодо добровільності участі в дослідженні, його спрямуванні, особливостях

діагностичних та психотерапевтичних етапів. Це дало можливість максимально залучити пацієнтів, які перебували на лікуванні та реабілітації, до дослідження, і забезпечити адекватну репрезентацію нозологічної структури у вибірці.

Аналіз структури психічних і поведінкових розладів у досліджуваного контингенту засвідчив переважання невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів (F40–F49), частка яких становила 45,2 %, що свідчить про значний вплив хронічного бойового стресу на психоемоційний стан УБД (рис. 3.1).

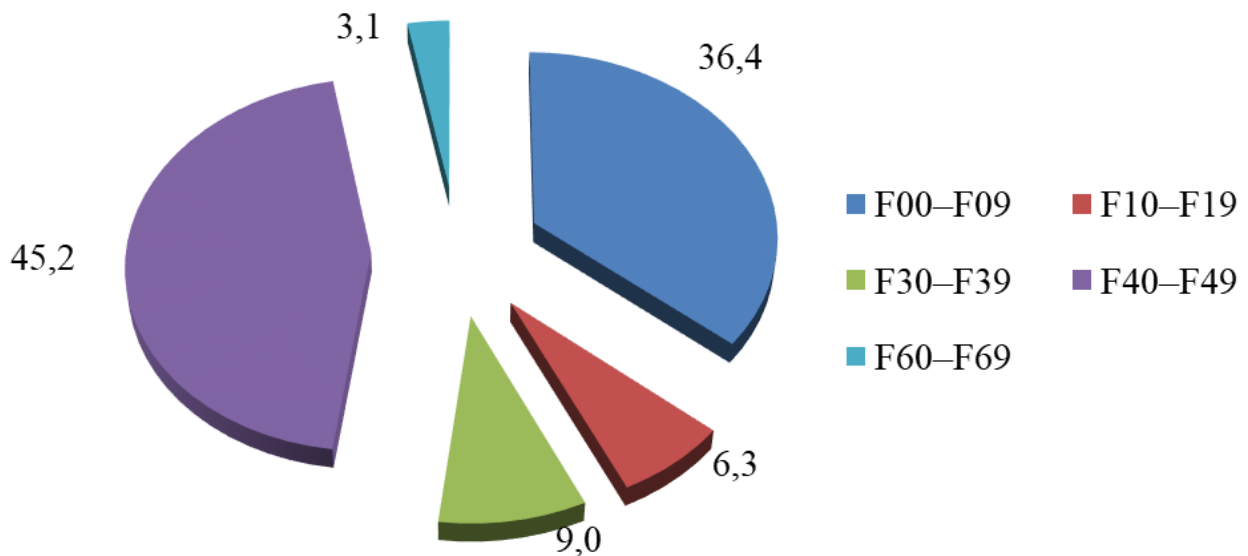


Рис. 3.1. Нозологічна структура неpsychотичних психічних порушень в УБД

Друге місце за поширеністю посідали органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади (F00–F09), які були виявлені у 36,4 % обстежених, що може бути пов'язано з наслідками черепно-мозкових травм.

Слід зазначити, що характер бойової травми останніми роками радикально змінився. Внаслідок активного використання безпілотних літальних апаратів стрімко зросла питома вага вибухових травм з коморбідною черепно-мозковою травмою. Наразі кульові та скалкові поранення, які становили переважну більшість ушкоджень у

попередній війнах, займають незначну частину уражень, тоді як вибухові, у тому числі баротравми стають домінуючими.

Очевидно, що зростання питомої ваги органічних ушкоджень мозку, що є наслідками вибухових черепно-мозкових травм, є однією з основних нозологічних тенденцій сучасних бойових дій, і це слід враховувати при плануванні лікувальних і реабілітаційних заходів для УБД, у тому числі та у довгостроковій перспективі.

Афективні розлади (F30–F39) діагностовано у 9,0 % респондентів, тоді як психічні та поведінкові розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин (F10–F19), встановлено у 6,3 % обстежених. Розлади особистості та поведінки у дорослому віці (F60–F69) виявлені у 3,1 % досліджуваних.

Отримані результати свідчать про значну поширеність психоемоційних та психопатологічних порушень серед УБД і підтверджують необхідність комплексного медико-психологічного супроводу із включенням психоедукаційних та психокорекційних заходів.

Таке різноманіття діагнозів респондентів дослідження зумовлено наявністю широкого спектру психічних та соматопсихічних порушень, що відображає різноманітність реакцій на бойові дії та травматичні події.

Широкий спектр різних психічних порушень в УБД в сучасних умовах, що включає різні за етіологією і патогенезом розлади, висока коморбідність психічних порушень, зокрема, наслідків перенесеної черепно-мозкової травми, посттравматичних стресових розладів, різних видів залежності, зумовлює необхідність враховувати ці особливості при визначенні змісту і обсягу лікувальних і реабілітаційних заходів, програм психологічної і психосоціальної підтримки та реабілітації, адаптації та соціалізації УБД, включаючи професійну, соціальну, сімейну адаптацію.

Важливо також враховувати особливості нозологічної структури в УБД у підтриманні стабільного психологічного стану та виконанні повсякденних завдань, в обмеженні адаптаційних можливостей особистості та підвищеній вразливості до стресових впливів.

3.1.1. Структура невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних психічних розладів в учасників бойових дій

Дані щодо структури невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних психічних розладів в УБД наведені у табл. 3.1.

Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40–F49) становили найбільшу частку в загальній структурі психічної патології обстежених УБД та були діагностовані у 45,2 % випадків (n=185). Отримані результати свідчать про провідну роль психотравмуючих чинників бойової діяльності у формуванні психічних порушень в УБД та підтверджують значний вплив хронічного бойового стресу на психічне здоров'я військовослужбовців.

У структурі розладів даної групи домінував ПТСР (F43.1), який виявлено у 34,1 % осіб. Клінічна картина ПТСР характеризувалася наявністю інтрузивних спогадів, флешбеків, униканням нагадувань про психотравмуючі події, підвищеною психофізіологічною реактивністю та порушеннями сну.

Друге місце посідали розлади адаптації (F43.2), які становили 27,0 % випадків. Для цієї категорії пацієнтів були характерними емоційне напруження, труднощі пристосування до змінених життєвих обставин, зниження соціального функціонування та прояви психоемоційної дезадаптації.

Генералізований тривожний розлад (F41.1) виявлено у 20,0 % обстежених. Основними клінічними проявами були постійне відчуття тривоги, внутрішнє напруження, труднощі концентрації уваги, підвищена втомлюваність та соматовегетативні симптоми.

Змішаний тривожно-депресивний розлад (F41.2) діагностовано у 12,4 % УБД. Клінічна картина характеризувалася поєднанням симптомів тривоги та депресії без домінування будь-якого з них.

Соматоформні розлади (F45) становили 6,5 % випадків та проявлялися різноманітними соматичними скаргами за відсутності достатнього органічного підґрунтя, що відображало особливості психологічного реагування на тривалий стресовий вплив.

Таблиця 3.1

Структура невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів в УБД

Код діагнозу і діагноз за МКХ-10	Кількість, n=185	%
F43.1 Посттравматичний стресовий розлад	63	34,1
F43.2 Розлади адаптації	50	27,0
F41.1 Генералізований тривожний розлад	37	20,0
F41.2 Змішаний тривожно-депресивний розлад	23	12,4
F45 Соматоформні розлади	12	6,5
Усього	185	100,0

Таким чином, у структурі невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів переважали ПТСР та розлади адаптації, сумарна частка яких становила 61,1% усіх випадків даної групи. Це підтверджує провідну роль психотравмувальних чинників бойової діяльності у формуванні психічної патології УБД та обґрунтовує необхідність впровадження спеціалізованих психотерапевтичних і психоедукаційних програм, спрямованих на профілактику та корекцію стрес-асоційованих психічних розладів.

3.1.2. Структура органічних психічних розладів в учасників бойових дій

Серед обстежених УБД органічні психічні розлади (F00–F09) становили 36,4 % від загальної структури психічної патології та посідали друге місце за поширеністю після невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів. Формування органічної

психопатології було пов'язане з наслідками черепно-мозкових травм, контузій, вибухової травми, а також впливом бойового стресу та супутніх соматичних чинників.

У структурі органічних психічних розладів переважали органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад (F06.6), який характеризувався підвищеною втомлюваністю, емоційною нестійкістю, дратівливістю, зниженням працездатності та труднощами концентрації уваги. Значну частку також становив органічний тривожний розлад (F06.4), клінічна картина якого включала постійне внутрішнє напруження, відчуття тривоги, вегетативні прояви та порушення сну (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Структура органічних психічних розладів в УБД

Код діагнозу і діагноз за МКХ-10	Кількість, n=149	%
F06.6 Органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад	58	38,9
F06.4 Органічний тривожний розлад	34	22,8
F06.3 Органічний афективний розлад	21	14,1
F07.2 Постконтузійний синдром	27	18,1
F06.7 Легкий когнітивний розлад	9	6,1
Усього	149	100,0

Досить часто діагностувалися органічні афективні розлади (F06.3), що проявлялися зниженим настроєм, емоційною виснаженістю, зниженням мотивації та песимістичною оцінкою майбутнього. У частини респондентів виявлялися легкі когнітивні порушення, які проявлялися зниженням концентрації уваги, погіршенням оперативної пам'яті та уповільненням темпу психічної діяльності.

Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади (F00–F09) були виявлені у 149 (36,4 %) УБД. У структурі даної нозологічної групи переважав органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад (38,9 %). Органічний тривожний розлад

діагностовано у 22,8 % обстежених, постконтузійний синдром – у 18,1 %, органічний афективний розлад – у 14,1 %, а легкий когнітивний розлад – у 6,1 % випадків.

Клінічний аналіз показав, що органічні психічні розлади в УБД рідко існували ізольовано та часто поєднувалися з тривожною, депресивною або посттравматичною симптоматикою. Така коморбідність суттєво ускладнювала процес психологічної адаптації, негативно впливала на соціальне функціонування та якість життя обстежених.

Отримані результати свідчать про значну роль органічного чинника у формуванні психічних порушень у УБД та підтверджують необхідність комплексного клініко-психопатологічного обстеження даної категорії пацієнтів із урахуванням наслідків бойової травми та хронічного стресу.

3.1.3. Афективні розлади в учасників бойових дій

Афективні розлади (F30–F39) були виявлені у 9,0 % обстежених УБД (n=37) та характеризувалися переважанням депресивної симптоматики різної вираженості.

Формування афективних порушень було пов'язане з тривалим впливом бойового стресу, пережитими психотравмуючими подіями, фізичним і психоемоційним виснаженням, а також труднощами соціально-психологічної адаптації після повернення із зони бойових дій.

У структурі афективних розладів переважали депресивний епізод (F32), який діагностовано у 56,8 % пацієнтів даної групи, та рекурентний депресивний розлад (F33), частка якого становила 32,4 % (табл. 3.3). Для зазначених пацієнтів були характерними стійке зниження настрою, втрата інтересу до звичних видів діяльності, емоційне виснаження, зниження мотивації, порушення сну, підвищена втомлюваність та песимістичне сприйняття майбутнього.

Меншу частку становили стійкі афективні розлади (F34), зокрема циклотимія та дистимія, які були виявлені у 10,8 % обстежених. Для них були характерними тривалі коливання настрою, емоційна нестабільність та субклінічні депресивні прояви.

Таблиця 3.3

Структура афективних психічних розладів в УБД

Код діагнозу і діагноз за МКХ-10	Кількість, n=37	%
F32 Депресивний епізод	21	56,8
F33 Рекурентний депресивний розлад	12	32,4
F34 Стійкі афективні розлади (циклотимія, дистимія)	4	10,8
Усього	37	100,0

Аналіз клінічної картини показав, що афективні розлади рідко спостерігалися ізольовано. У більшості випадків вони поєднувалися з тривожною симптоматикою, порушеннями сну, проявами психоемоційної дезадаптації та окремими симптомами ПТСР. Така коморбідність свідчить про складний характер формування психічних порушень у даного контингенту та обґрунтовує необхідність комплексного підходу до їх діагностики, лікування та психосоціальної реабілітації.

Таким чином, афективні розлади в УБД були представлені переважно депресивними формами психопатології, серед яких домінував депресивний епізод.

Отримані результати свідчать про суттєвий вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості та підтверджують необхідність своєчасного виявлення депресивної симптоматики в системі комплексної психіатричної, психотерапевтичної та медико-психологічної допомоги військовослужбовцям і ветеранам.

3.1.4. Коморбідність непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій

Однією з характерних особливостей психічної патології УБД була висока поширеність коморбідних психічних розладів. Проведений клініко-психопатологічний аналіз показав, що ізольовані форми психічних порушень зустрічалися значно рідше, ніж їх поєднання. У більшості випадків психічні розлади формували складні

синдромакомплекси, які включали тривожну, депресивну, посттравматичну та астеничну симптоматику.

Встановлено, що найчастіше спостерігалось поєднання ПТСР з тривожними розладами та депресивною симптоматикою. Для таких пацієнтів були характерними високий рівень психоемоційного напруження, нав'язливі спогади про психотравмуючі події, порушення сну, зниження настрою та прояви соціальної дезадаптації. Нерідко клінічна картина доповнювалася астеничними проявами у вигляді підвищеної виснажуваності, дратівливості та зниження працездатності.

У пацієнтів з органічними психічними розладами також часто виявлялися тривожні та депресивні симптоми, що свідчило про поєднаний вплив органічного ураження центральної нервової системи та психотравмуючих чинників бойової діяльності. Наявність коморбідної патології суттєво ускладнювала клінічну картину захворювання, негативно впливала на соціальне функціонування та знижувала ефективність адаптаційних механізмів.

Аналіз структури коморбідних станів показав, що найбільш поширеним було поєднання ПТСР з тривожними розладами, яке виявлено у 32,4 % випадків.

Друге місце посідало поєднання ПТСР з депресивними розладами (24,8 %). Тривожно-депресивна симптоматика без домінування будь-якого з компонентів спостерігалася у 21,9 % обстежених. Поєднання органічних психічних розладів із тривожною або депресивною симптоматикою виявлено у 15,2 % випадків. Меншу частку становили складні коморбідні стани, які включали одночасно посттравматичні, тривожні, депресивні та астеничні прояви.

Коморбідні психічні розлади були виявлені у 210 (51,2 %) із 410 обстежених УБД (табл. 3.4).

Таким чином, коморбідність є однією з провідних клінічних характеристик непсихотичних психічних розладів в УБД. Наявність декількох взаємопов'язаних психопатологічних синдромів обумовлює більш тяжкий перебіг захворювання,

погіршення соціального функціонування, зниження адаптаційних можливостей та підвищення ризику хронізації психічних порушень.

Таблиця 3.4

Коморбідність непсихотичних психічних розладів в УБД

Варіант коморбідності	Кількість, n=210	%
ПТСР + тривожний розлад	68	32,4
ПТСР + депресивний розлад	52	24,8
Тривожний + депресивний розлад	46	21,9
Органічний розлад + тривожна/депресивна симптоматика	32	15,2
Поєднання трьох і більше психопатологічних синдромів	12	5,7
Усього	210	100,0

Отримані результати підтверджують необхідність комплексного клініко-психопатологічного підходу до діагностики, лікування та реабілітації даного контингенту пацієнтів, а також обґрунтовують доцільність розробки диференційованих психотерапевтичних і психоедукаційних програм з урахуванням структури коморбідної психопатології.

3.2. Синдромологічна структура непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій

Поряд із нозологічним аналізом нами було проведено дослідження синдромологічної структури психічних порушень в УБД. Отримані результати засвідчили, що психічна патологія даного контингенту характеризується полікомпонентністю та високим рівнем коморбідності психопатологічних проявів. У більшості обстежених одночасно реєструвалися декілька психопатологічних синдромів,

які формували складну клінічну картину психічної дезадаптації та суттєво впливали на соціальне функціонування.

Найбільш поширеним виявився тривожний синдром, який спостерігався у 72,7 % респондентів (n=298). Його клінічними проявами були внутрішнє напруження, підвищена настороженість, труднощі концентрації уваги, порушення сну та постійне очікування небезпеки. Висока поширеність тривожної симптоматики свідчить про суттєвий вплив хронічного бойового стресу на психоемоційний стан УБД.

Депресивний синдром виявлено у 58,8 % обстежених (n=241). Основними його проявами були стійке зниження настрою, емоційне виснаження, втрата інтересу до звичної діяльності, зменшення життєвої активності та песимістичне сприйняття майбутнього. У більшості випадків депресивна симптоматика поєднувалася з тривожними проявами, формуючи тривожно-депресивний синдромокомплекс.

Астенічний синдром спостерігався у 52,2 % УБД (n=214) та проявлявся підвищеною психічною виснажуваністю, зниженням працездатності, емоційною лабільністю, дратівливістю та труднощами підтримання продуктивної діяльності. Наявність астенічних проявів свідчила про значний рівень психофізіологічного виснаження внаслідок тривалого впливу стресогенних факторів бойової діяльності.

Посттравматичний синдром було встановлено у 45,4 % респондентів (n=186). Для нього були характерними нав'язливі спогади про психотравмуючі події, флешбеки, нічні кошмари, уникнення нагадувань про бойовий досвід та підвищена психофізіологічна реактивність. Виявлені прояви свідчили про збереження значущого психотравматичного впливу навіть після припинення безпосередньої дії стресора.

Когнітивні порушення виявлено у 40,7 % обстежених (n=167). Вони проявлялися зниженням концентрації уваги, погіршенням пам'яті, уповільненням темпу психічної діяльності та труднощами прийняття рішень. Когнітивна дисфункція суттєво обмежувала адаптаційні можливості респондентів та негативно впливала на їх професійне і соціальне функціонування.

Таблиця 3.5

Синдромологічна структура непсихотичних психічних розладів в УБД

Синдром	Кількість	%
Тривожний	298	72,7
Депресивний	241	58,8
Астенічний	214	52,2
Посттравматичний	186	45,4
Когнітивні порушення	167	40,7

Примітка. Сума відсотків перевищує 100%, оскільки у одного респондента могли одночасно виявлятися декілька психопатологічних синдромів.

Таким чином, синдромологічна структура психічних порушень УБД характеризувалася домінуванням тривожної та депресивної симптоматики, яка часто поєднувалася з астенічними, посттравматичними та когнітивними проявами. Отримані результати свідчать про високий рівень коморбідності психічних порушень та підтверджують необхідність комплексного і диференційованого підходу до психотерапевтичної, психоедукаційної та реабілітаційної допомоги даній категорії пацієнтів.

Синдромологічна структура не повністю збігалася з нозологічною, оскільки окремі психопатологічні синдроми спостерігалися при різних нозологічних формах та часто поєднувалися між собою. Це свідчить про полікомпонентний характер психічних порушень у УБД та складність механізмів їх формування, що необхідно враховувати під час розробки лікувально-реабілітаційних і психоедукаційних програм.

3.3. Психопатологічні особливості неспихотичних психічних розладів в учасників бойових дій

Нами було проведено ґрунтовний аналіз психічного стану обох груп перед здійсненням психотерапевтичного впливу. Зокрема, аналіз психічного стану основної групи проводився за результатами психодіагностичних процедур за такими показниками, як: особистісна та ситуативна тривожність, депресія, самопочуття, активність, настрій, загальна психічна тривожність, увага і пам'ять.

Психологічна характеристика контингенту дослідження передбачала урахування таких показників, як порушення когнітивних функцій (концентрації уваги, обсягу пам'яті), визначення рівнів особистісної, ситуативної та загальної тривожності, оцінку загального функціонального стану (самопочуття, активність, настрій), депресивні тенденції особистості. Значну увагу приділено виявленню порушень когнітивних функцій, якими часто супроводжуються психічні розлади.

Когнітивні деструкції проявляються у зниженні концентрації уваги, труднощах у запам'ятовуванні інформації та плануванні дій, що є наслідком стресових і травматичних впливів на психіку УБД. Зафіксовані у контингенті дослідження когнітивні порушення узагальнено на рис. 3.2.

Виявлені закономірності дають підстави для констатації наявності в УБД порушень пам'яті, адже у значної частини досліджуваних зафіксовано помірне (46,5 % респондентів) і легке (40,2 % досліджуваних) порушення пам'яті. Також 4,2 % опитаних продемонстрували значні порушення пам'яті. Такі дані засвідчують системність когнітивної дисфункції в УБД і ветеранів, адже входять до компонентів синдромологічної структури психічних розладів унаслідок бойових дій.

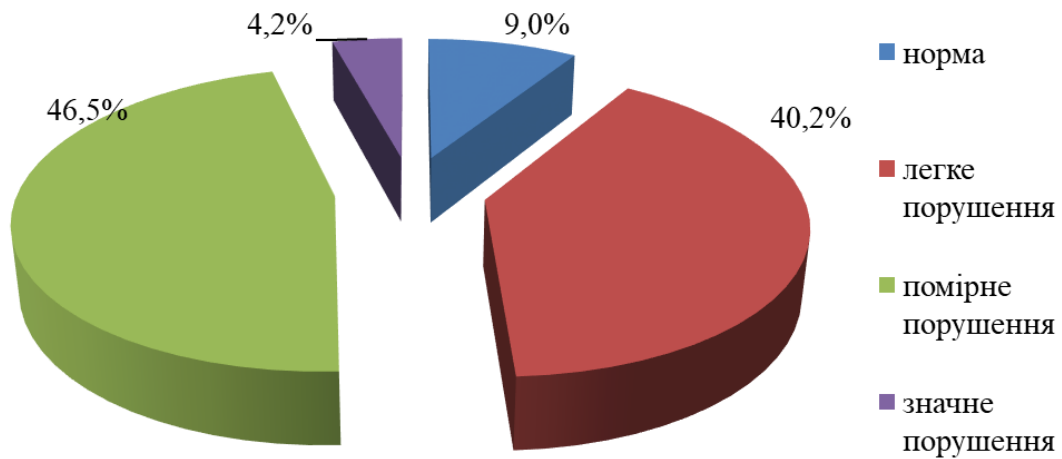


Рис. 3.2. Розподіл когнітивних порушень у обстежених пацієнтів за важкістю

Порушення пам'яті входить до симптомокомплексу посттравматичних, депресивних, тривожних та органічних розладів, виникає внаслідок черепно-мозкових травм, а це, зважаючи на коморбідність психічних порушень у контингенту дослідження, має значення для побудови корекційних програм із застосуванням психоедукаційних елементів. Це зумовлено тим, що психоедукація передбачає урахування когнітивних ресурсів учасників, зокрема їхньої здатності до сприймання, засвоєння нової інформації, адже дисфункції пам'яті респондентів можуть спровокувати зниження внутрішньої мотивації до участі в психокорекційних заходах через переживання власної неповноцінності. Зафіксовані суттєві дисфункції пам'яті в УБД і ветеранів ускладнюють навчання, професійну перепідготовку, виконання службових обов'язків, погіршують міжособистісну взаємодію, оскільки є додатковим бар'єром для соціальної інтеграції УБД.

Отримані нами результати засвідчують порушення концентрації уваги у респондентів (рис. 3.3). Зокрема, нестійка увага фіксується у 66,8 % досліджуваних, що є типовою тенденцією при посттравматичних, тривожно-депресивних, органічних та астенічних розладів, наслідків черепно-мозкових травм. Окрім того, порушення уваги є складовою структури астенічного, психоорганічного та постстресового симптомокомплексів, що слугує свідченням системності діагностованих в УБД

когнітивних дефіцитів та відповідно ускладнює виконання завдань, що потребують тривалого зосередження, прийняття рішень, аналізу інформації, провокує прояви підвищеної втомлюваності, дратівливості та зниження впевненості у власних можливостях. Урахування наявних в УБД і ветеранів порушень уваги є важливим у контексті побудови психокорекційного процесу з використанням психоедукації, адже такий контингент респондентів потребує зменшення обсягу інформації, чіткого його структурування, уведення до змісту корекційних занять інтерактивних методів для уникнення когнітивного перевантаження.

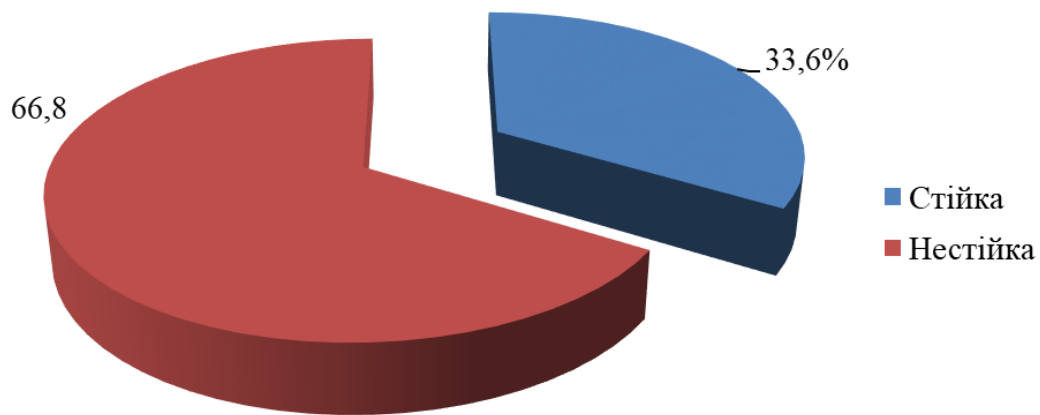


Рис. 3.3. Порушення уваги у обстежених пацієнтів

Важливим у психологічній характеристиці пацієнтів із психічними розладами є показник тривожності (рівень особистісної, ситуативної тривожності, загальний рівень), що слугує інтегральним психологічним індикатором для поглибленого розкриття механізмів формування психічних розладів в УБД, для визначення напрямів розробки та оптимізації психоедукаційних програм.

Розподіл обстежених пацієнтів за рівнями ситуативної та особистісної тривожності наведений на рис. 3.4.

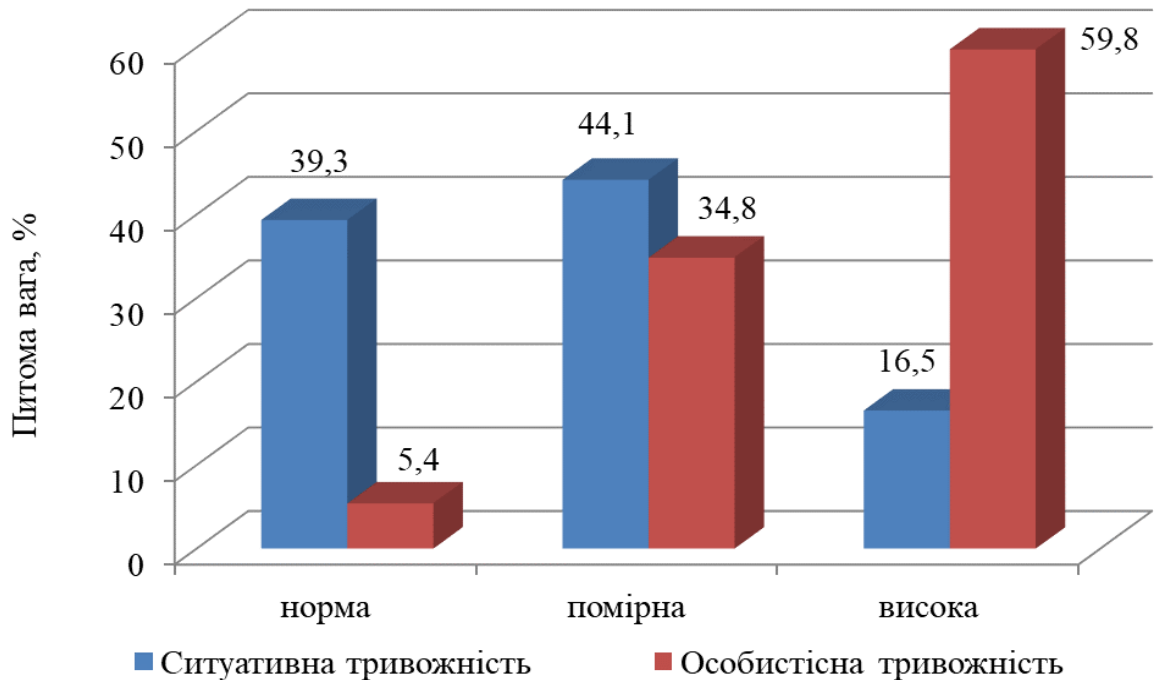


Рис. 3.4. Розподіл обстежених пацієнтів за рівнями особистісної та реактивної тривожності

Наведені вище результати засвідчують переважання серед УБД помірного рівня ситуативної тривожності (44,1 % досліджуваних) і високого рівня особистісної тривожності (59,8 % респондентів), що також вказує превалювання в аналізованому контингенті пацієнтів особистісної тривожності, тобто відмічається сформованість у респондентів тривожності як особистісної риси – властивої особистості схильності до тривожного сприйняття дійсності, підвищеної настороженості, очікування загрози та гіперчутливості до потенційно небезпечних стимулів, що в більшості випадків є наслідком перебування в умовах бойового стресу. Зафіксовані в аналізованій групі досліджуваних показники ситуативної тривожності засвідчують збереження в УБД емоційної напруженості, недостатність редукції стресової реакції після завершення травматичного впливу, вказують на наявність або ризик формування посттравматичних і тривожно-депресивних розладів.

При цьому значною є кількість досліджуваних із помірними і високими показниками як особистісної (59,8 % високий рівень і 34,8 % помірний), так і ситуативної тривожності (44,1 % і 16,5 % респондентів мають помірний і високий показники відповідно), що становить підґрунтя для розвитку астенічних, депресивних, соматоформних і когнітивних порушень. У межах корекційного впливу доцільним є урахуванням зафіксованих високих показників особистісної тривожності, яка може знижувати готовність до відкритого обговорення переживань, формувати недовіру, уникання або підвищену критичність до психотерапевтичного процесу. Водночас превалювання помірною рівня ситуативної тривожності може становити особистісний ресурс, необхідний для стимулювання мотивації до змін.

Отримані дані щодо рівнів особистісної та реактивної тривожності підтверджуються результатами вивчення характеристик загальної тривожності. Розподіл обстежених пацієнтів на групи за рівнями загальної тривожності наведений на рис. 3.5.

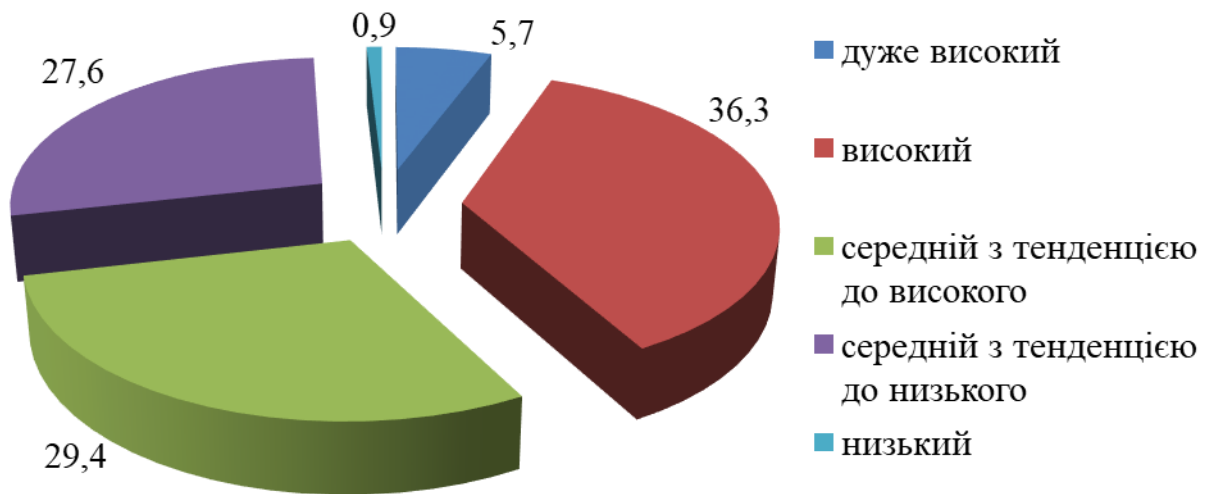


Рис. 3.5. Розподіл пацієнтів за рівнями загальної тривожності

Наведені дані дозволяють зробити висновок щодо переважання серед УБД осіб із високим (36,3 % респондентів), середнім із тенденцією до високого (29,4 %

досліджуваних), середнім із тенденцією до низького (27,6 %) рівнями загальної тривожності. Це засвідчує збереження у значної частини респондентів хронічного емоційного напруження, стійкого відчуття внутрішнього напруження, очікування небезпеки, труднощів з емоційною регуляцією та підвищеної чутливості до стресогенних факторів. Такі тенденції слугують базисом для формування та підтримки посттравматичних, депресивних, астеничних та соматоформних розладів, чинниками посилення когнітивних порушень (зниження концентрації уваги, пам'яті). У поведінковому аспекті це проявляється в невпевненості у прийнятті рішень, підвищеній дратівливості, схильності до унікальної поведінки або до надмірної гіперконтрольованості, що у підсумку негативно впливає на процес реадaptaції до цивільного життя, відновлення професійної активності та налагодження міжособистісних стосунків. Емпірично підтверджене переважання високих і середніх з різними тенденціями показників загальної тривожності може деструктивно позначатися на когнітивній спроможності до засвоєння інформації під час психоедукаційних заходів, підвищувати рівень внутрішнього опору та провокувати прояви недовіри до психотерапевтичного і психологічного видів втручання, зумовлює необхідність внесення до змісту психоедукаційних програм вправ, спрямованих на формування навичок саморегуляції, релаксації та когнітивної реструктуризації.

Проведений аналіз депресивних тенденцій (рис. 3.6) дає підстави констатувати переважання в аналізованій вибірці осіб, у яких депресія відсутня (70,3 %), тобто більшість респондентів зберігає відносно стабільний емоційний фон і здатність до адаптації у соціальних та професійних сферах. Проте у значній кількості досліджуваних (24 % респондентів) діагностовано прояви легкої невротичної депресії. Ще 4,5 % і 1,2 % опитаних мають ознаки маскованої і вираженої депресії відповідно, тобто наявні симптоми субклінічно і клінічно вираженої депресії. Зважаючи на тісні взаємозв'язки між депресивними тенденціями особистості та когнітивними та емоційними порушеннями, зокрема зниженою концентрацією уваги, погіршенням пам'яті,

астенічними проявами, емоційною лабільністю та підвищеною тривожністю, можна стверджувати про формування підґрунтя для розвитку в УБД коморбідних станів.

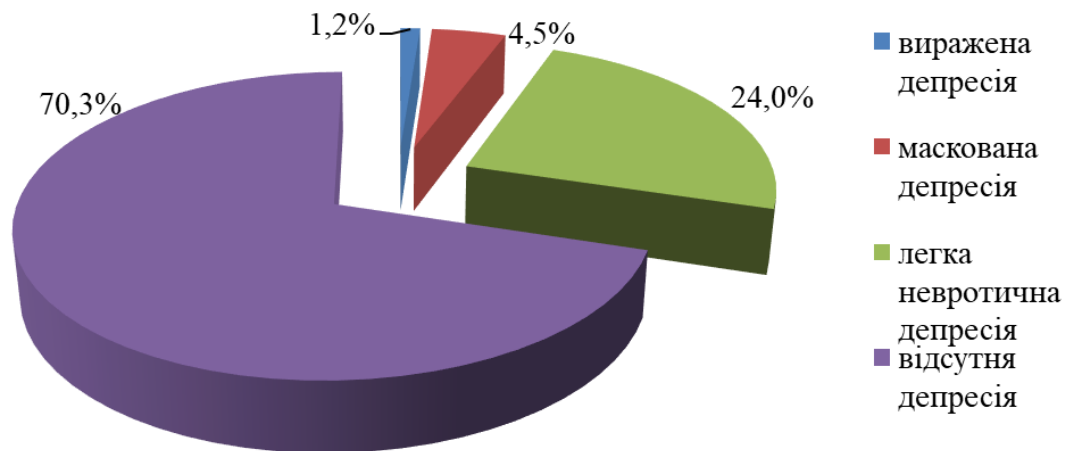


Рис. 3.6. Розподіл обстежених пацієнтів за рівнями депресії

У цілому, описане вище є підставою для констатації наявних в УБД і ветеранів ризиків розвитку депресивних синдромів або посилення вже існуючих психічних порушень навіть при відносно стабільному психоемоційному стані. Зокрема, наявність в аналізованому контингенті пацієнтів із легкою невротичною депресією (24 % опитаних) може вказувати на формування базису для поглиблення під подальшим впливом стрес-факторів депресивних тенденцій особистості, що суттєво посилюють негативні функціональні стани особистості.

Важливе значення для комплексної оцінки стану психоемоційної сфери має вивчення функціонального стану нервової системи. Саме функціональний стан є інтегральним показником емоційної стабільності і психологічних ресурсів особистості (рис. 3.7), здатності індивіда до ефективного реагування на внутрішні та зовнішні стресові чинники.

Наведені вище емпіричні дані засвідчують переважання серед дослідженого контингенту осіб із задовільними показниками самопочуття (68,8 % опитаних), активності (80,5 % досліджуваних), настрою (58,9 % пацієнтів). При цьому найбільша

кількість осіб має задовільні показники активності, середня – самопочуття, найменша – настрою. Це пояснюється збереженістю упродовж певного періоду психофізіологічних ресурсів УБД навіть у разі емоційної лабільності та підвищеної вразливості настрою, дією компенсаторних механізмів адаптації до стресових умов та бойового досвіду.

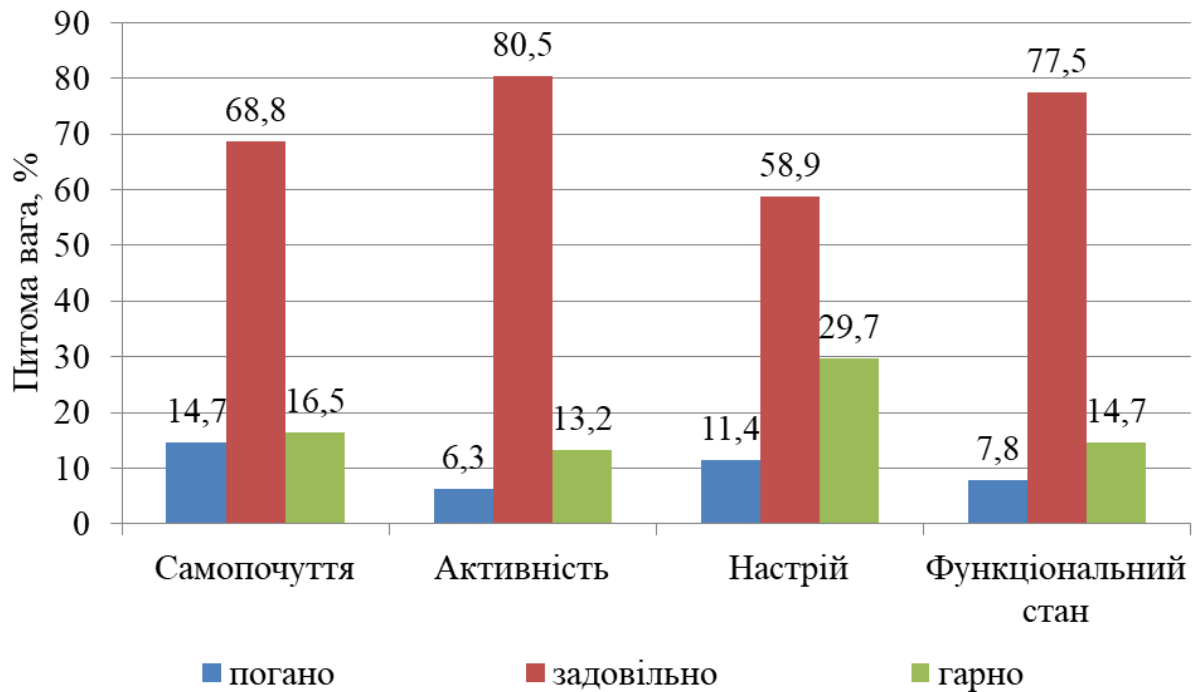


Рис. 3.7. Розподіл обстежених пацієнтів за рівнями самопочуття, активності і настрою

Водночас у значній кількості досліджуваних виявлено погані показники самопочуття (14,7 %), активності (6,7 %), настрою (11,4 %), що вказує на наявність стійких психоемоційних порушень, які можуть знижувати ефективність професійної та соціальної адаптації, обмежувати можливості участі в психоедукаційних програмах.

Гарні показники усіх аналізованих параметрів зафіксовано у 16,5 % (самопочуття), 13,2 % (активність), 29,7 % (настрій) досліджуваних відповідно, що засвідчує наявність у контингенті ресурсної групи з високим рівнем психофізіологічної стабільності, здатної

до ефективного включення до психоедукаційних заходів в якості потенційних орієнтирів у межах для групової роботи та соціальної підтримки інших УБД.

Одним із провідних психопатологічних феноменів, виявлених серед УБД, була посттравматична симптоматика, формування якої безпосередньо пов'язане з переживанням психотравмуючих подій під час участі у бойових діях. Аналіз результатів дослідження засвідчив високу поширеність посттравматичних проявів, які спостерігалися у 186 обстежених осіб (45,4 %), що свідчить про значний вплив бойового стресу на психічне здоров'я УБД.

Для оцінки вираженості посттравматичної симптоматики використовувався опитувальник PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5), який дозволяє визначити інтенсивність основних симптомів ПТСР відповідно до сучасних діагностичних критеріїв. Середнє значення показника PCL-5 у досліджуваній вибірці становило $31,8 \pm 9,6$ бали, що свідчило про наявність клінічно значущих посттравматичних проявів у значної частини обстежених.

Структурний аналіз посттравматичної симптоматики показав, що найбільш поширеними проявами були нав'язливі спогади про психотравмуючі події, емоційний дистрес при нагадуванні про бойовий досвід, порушення сну, підвищена настороженість та труднощі концентрації уваги. Значна частина респондентів повідомляла про наявність симптомів уникнення, що проявлялися прагненням уникати думок, спогадів, розмов або ситуацій, пов'язаних із пережитими бойовими подіями.

Важливе місце в структурі посттравматичних порушень посідали негативні зміни когнітивної та емоційної сфери. УБД часто відзначали почуття відчуженості від оточення, труднощі переживання позитивних емоцій, зниження інтересу до звичних видів діяльності та формування песимістичного сприйняття майбутнього. Зазначені прояви нерідко поєднувалися з тривожною та депресивною симптоматикою, що свідчить про складний коморбідний характер психопатологічних порушень.

Аналіз результатів кластеризації показав, що посттравматична симптоматика мала неоднаковий ступінь вираженості в різних феноменологічних профілях психічних

порушень. Найвищі показники за шкалою PCL-5 були виявлені у представників посттравматично-дисфоричного кластера ($39,8 \pm 7,5$ бали), тоді як у тривожно-депресивному кластері середній показник становив $31,4 \pm 8,2$ бали а в астено-когнітивному – $21,6 \pm 6,4$ бали. Виявлені відмінності були статистично значущими ($F=154,7$; $p<0,001$), що підтверджує провідну роль посттравматичних проявів у формуванні окремих клінічних варіантів психічної дезадаптації УБД.

Кореляційний аналіз виявив наявність позитивних зв'язків між рівнем посттравматичної симптоматики та показниками тривоги і депресії. Отримані результати свідчать, що зростання вираженості посттравматичних проявів супроводжується підвищенням рівня емоційної напруги, депресивних переживань та погіршенням психосоціального функціонування.

Таким чином, посттравматична симптоматика є одним із ключових компонентів психопатологічної структури непсихотичних психічних розладів у УБД. Її висока поширеність, значна клінічна вираженість та тісний взаємозв'язок із тривожно-депресивними проявами обумовлюють необхідність врахування посттравматичних порушень при розробці комплексних лікувально-реабілітаційних програм для даної категорії пацієнтів.

Таблиця 3.6

Вираженість посттравматичної симптоматики в УБД залежно від феноменологічного профілю психічних порушень

Кластер	n	%	PCL-5, M \pm SD
Тривожно-депресивний	132	32,2	$31,4 \pm 8,2$
Посттравматично-дисфоричний	158	38,5	$39,8 \pm 7,5$
Астено-когнітивний	120	29,3	$21,6 \pm 6,4$

Як видно з даних таблиці 3.6, найвищі показники посттравматичної симптоматики були характерні для учасників посттравматично-дисфоричного кластера ($39,8 \pm 7,5$

бала), що статистично значуще перевищувало відповідні показники тривожно-депресивного ($31,4 \pm 8,2$ бала) та астено-когнітивного ($21,6 \pm 6,4$ бала) кластерів ($F = 154,7; p < 0,001$). Отримані результати свідчать про провідну роль посттравматичних переживань у формуванні даного феноменологічного профілю психічних порушень.

Оскільки методика PCL-5 не передбачає чіткого стандартизованого поділу респондентів за рівнями вираженості симптоматики, а орієнтована насамперед на оцінку інтенсивності симптомів ПТСР, то було проведено кластеризацію отриманих емпіричних даних в основній групі та групі порівняння. Це слугує підґрунтя для виокремлення пацієнтів із подібними профілями посттравматичних проявів та дає змогу встановити внутрішню структуру психопатологічних симптомокомплексів. Кластеризація емпіричних даних за PCL-5 також є базисом для диференціації пацієнтів за особливостями поєднання симптомів інтрузії, уникнення, негативних когнітивно-емоційних змін і гіперактивації; виявлення латентних типів реагування на бойову психотравму; оцінювання неоднорідності клінічних проявів ПТСР серед УБД. Під час проведення кластеризації використано трикомпонентну модель. Дані кластерного аналізу подано у таблицях 3.7, 3.8.

Результати кластерного аналізу емпіричних даних pre-test за шкалою PCL-5 в основній групі, наведені у таблиці 3.7, дали змогу виокремити три групи УБД із посттравматичною симптоматикою. Найчисельнішою групою є кластер 1 (168 осіб; 50,6 %), який характеризується найнижчим рівнем посттравматичної симптоматики (кінцевий центр – 12,74 бали). Це означає, що такі УБД є мають відносно компенсовані або субклінічні прояви бойової психічної травми, що може бути детерміновано наявністю адаптивних механізмів психологічного захисту.

Другою за чисельністю групою є кластер 3 (146 осіб; 44,0 %), до якого віднесено респондентів із помірним рівнем посттравматичної симптоматики (30,49 бали), які проявляють стійкі ознаки посттравматичного спектра, зокрема інтрузії, уникнення, негативні когнітивно-емоційні зміни і підвищену психофізіологічну напругу, тобто перебувають у стані часткової посттравматичної дезадаптації.

Таблиця 3.7

Результати кластерного аналізу емпіричних даних pre-test за PCL-5 в експериментальній групі

Показник	Кластер 1 (низький рівень посттравматичної симптоматики)	Кластер 2 (високий рівень посттравматичної симптоматики)	Кластер 3 (помірний рівень посттравматичної симптоматики)
Початкові центри кластерів	5,00	68,00	37,00
Кінцеві центри кластерів	12,74	60,67	30,49
Кількість респондентів, n	168	18	146
Частка від загальної кількості, %	50,6	5,4	44,0

Найменшою групою є кластер 2 (18 осіб; 5,4 %), який характеризується найвищим рівнем посттравматичної симптоматики (60,67 бали), тобто такі УБД характеризуються вираженим посттравматичним симптомокомплексом, що призводить до високого рівня психічного навантаження та ризику хронізації розладів.

Таблиця 3.8

Результати кластерного аналізу емпіричних даних pre-test за PCL-5 у контрольній групі

Показник	Кластер 1 (високий рівень посттравматичної симптоматики)	Кластер 2 (низький рівень посттравматичної симптоматики)	Кластер 3 (помірний рівень посттравматичної симптоматики)
Початкові центри кластерів	67,00	5,00	38,00
Кінцеві центри кластерів	57,75	13,77	29,00
Кількість респондентів, n	4	39	35
Частка від загальної кількості, %	5,1	50,0	44,9

З таблиці 3.8 видно, що у групі порівняння найбільш чисельним є кластер 2 (39 осіб, 50 %), до якого увійшли респонденти із низьким рівнем посттравматичної симптоматики. Іншим досить чисельним кластером є кластер 3, до якого віднесено досліджуваних із помірним вираженням посттравматичної симптоматики (35 осіб, 44,9 %). Найменш вираженим у досліджуваному контингенті є кластер 1 (4 особи, 5,1 %). У цілому, більшість досліджуваних мають низьким і помірний рівні посттравматичної симптоматики.

Подані у таблиці 3.9 результати кластерного аналізу свідчать про те, що в основній групі досліджуваних на етапі пост-тест переважають особи із помірним рівнем посттравматичних симптомів (172 особи, 51,8 %). Також вираженою є група досліджуваних із низьким рівнем вираженості посттравматичної симптоматики (142, 42,8%). Яскраво виражену посттравматичну симптоматику виявлено у 18 осіб (5,4 %).

Таблиця 3.9

Результати кластерного аналізу емпіричних даних post-test за PCL-5 в експериментальній групі

Показник	Кластер 1 (низький рівень посттравматич ної симптоматики)	Кластер 2 (виражена посттравматич на симптоматика)	Кластер 3 (помірний рівень посттравматич ної симптоматики)
Початкові центри кластерів	0,00	51,00	25,00
Кінцеві центри кластерів	5,24	44,39	20,74
Кількість респондентів, n	142	18	172
Частка від загальної кількості, %	42,8	5,4	51,8

З результатів, поданих у таблиці 3.10, видно, що під час пост-тестування у групі порівняння фіксується переважання досліджуваних із помірним рівнем посттравматичних симптомів (42 особи, 53,8). Окрім того, виявлено значну кількість респондентів із низьким рівнем посттравматичних симптомів (32 особи, 41 %). Також у 4 осіб (5,1 %) збережена виражену посттравматичну симптоматику.

Таблиця 3.10

**Результати кластерного аналізу емпіричних даних post-test за PCL-5 у
контрольній групі**

Показник	Кластер 1 (виражена посттравма- тична симптоматика)	Кластер 2 (низька посттравма- тична симптоматика)	Кластер 3 (помірна посттравма- тична симптоматика)
Початкові центри кластерів	68,00	3,00	34,00
Кінцеві центри кластерів	58,00	12,16	27,21
Кількість респондентів, n	4	32	42
Частка від загальної кількості, %	5,1	41,0	53,8

Загалом, клінічна, психологічна та соціальна характеристика контингентів респондентів дослідження нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів внаслідок бойових дій та впливу психоедукації як засобу мотиваційної психокорекції УБД включає в себе багаторівневу систему показників, необхідних для поглибленого вивчення особистості з психічними розладами, та забезпечує репрезентативність вибірки та валідність отриманих даних. Емпірично зафіксовані притаманні контингенту ознаки тривожних, депресивних, астеничних і когнітивних порушень слугують засобом розкриття синдромологічної структури психічних розладів унаслідок бойових дій. Водночас діагностовано збережень у значної частини

досліджуваних ресурсних компонентів функціонування (задовільний рівень активності, самопочуття, відсутність виражених депресивних симптомів) є базою для ефективного впровадження психоедукаційних заходів. Результати проведеного комплексного аналізу клінічних, психологічних і соціальних параметрів контингенту дослідження є основою для наукового обґрунтування синдромологічної структури психічних розладів УБД, для розробки та впровадження психоедукаційних заходів.

3.4. Комплексна модель зв'язків психопатологічних проявів в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами

У межах нашого дослідження було висунуто концептуальну та емпіричні гіпотези. Концептуальна гіпотеза полягає у припущенні про наявність в УБД внаслідок бойового стресу взаємозв'язку тривожних, депресивних та когнітивних порушень; застосування психоедукації як механізму мотиваційної психокорекції сприяє зниженню рівня психічної тривожності, депресивності та покращенню психофункціонального стану досліджуваних. На основі концептуальної гіпотези висунуто такі емпіричні гіпотези:

1) існує статистично значущий позитивний взаємозв'язок між показниками тривожності та депресивних проявів в УБД, що відображає формування тривожно-депресивного симптомокомплексу у структурі психічних розладів, зумовлених бойовим стресом;

2) існує статистично значущий негативний взаємозв'язок між рівнем тривожності та показниками психофункціонального стану, проявами якого є зниження самопочуття, активності та настрою при підвищенні рівня тривожності;

3) існує статистично значущий негативний взаємозв'язок між рівнем депресивних проявів та показниками психофункціонального стану, що проявляється погіршенням самопочуття, активності та настрою при зростанні депресивної симптоматики;

4) існує статистично значущий взаємозв'язок між рівнем емоційних порушень (тривожності та депресії) та когнітивними функціями УБД, що супроводжується зниженням показників уваги та пам'яті при зростанні рівня тривожності та депресії.

Для перевірки першої емпіричної гіпотези було проведено кореляційний аналіз між показниками ситуативної, особистісної, загальної психічної тривожності і депресивними тенденціями особистості. Для оцінки наявності та сили статистично значущого взаємозв'язку було використано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Дані статистичного аналізу узагальнені у табл. 3.11.

Таблиця 3.11

Результати аналізу взаємозв'язків між показниками тривожності і депресивними тенденціями особистості

Показники		Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	Загальна психічна тривожність	Депресія
Ситуативна тривожність	Коефіцієнт кореляції	1,000	0,540(**)	0,425(**)	0,538(**)
	Значення р (2-сторон.)	.	0,000	0,000	0,000
	N	332	332	332	331
Особистісна тривожність	Коефіцієнт кореляції	0,540(**)	1,000	0,509(**)	0,490(**)
	Значення р (2-сторон.)	0,000	.	0,000	0,000
	N	332	332	332	331
Загальна психічна тривожність	Коефіцієнт кореляції	0,425(**)	0,509(**)	1,000	0,474(**)
	Значення р (2-сторон.)	0,000	0,000	.	,000
	N	332	332	332	331
Депресія	Коефіцієнт кореляції	0,538(**)	0,490(**)	,474(**)	1,000
	Значення р (2-сторон.)	0,000	0,000	0,000	.
	N	331	331	331	331

Примітка. ** Кореляція статистично значуща на рівні 0,01 (2-стороння).

Проведений аналіз взаємозв'язку між показниками ситуативної, особистісної, загальної психічної тривожності і депресивними тенденціями особистості дає підстави для констатації наявності статистично значущих позитивних взаємозв'язків між усіма досліджуваними показниками ($p < 0,01$). Зокрема було зафіксовано помірну позитивну статистично значущу кореляцію між ситуативною тривожністю та рівнем депресії ($r = 0,538$; $p < 0,001$), тобто підвищення ситуативної тривожності в УБД провокуватиме посилення депресивних тенденцій особистості.

Середній позитивний кореляційний зв'язок фіксується між особистісною тривожністю та рівнем депресії у представників досліджуваного контингенту ($r = 0,490$; $p < 0,001$). Це є підставою для підтвердження притаманної учасникам бойових дій з психічними порушеннями високої особистісної тривожності, яка слугує водночас пусковим механізмом посилення депресивної симптоматики. Емпірично зафіксована пряма середня кореляція між загальною психічною тривожністю та рівнем депресії ($r = 0,474$; $p < 0,001$) у досліджуваних слугує підтвердженням того, що зростання загальної психічної тривожності супроводжується збільшенням депресивних проявів.

У цілому, найбільш вираженим є кореляційний зв'язок між ситуативною тривожністю і депресією ($r = 0,538$), що вказує на більшу схильність УБД, які зазнали впливу бойового стресу та мають високі показники ситуативної тривожності до депресивних станів. Загалом, описане вище є підставою для констатації комірбідності тривожних та депресивних проявів у досліджуваного контингенту, для підтвердження їх входження до єдиного емоційного симптомокомплексу, притаманного учасникам бойових дій. Описані кореляції слугують підтвердженням першої емпіричної гіпотези про взаємозв'язок тривожних і депресивних проявів у структурі психічних порушень у досліджуваної групи.

Для перевірки другої емпіричної гіпотези було проведено кореляційний аналіз Спірмена між показниками особистісної, ситуативної тривожності, загальної психічної тривожності на показниками за методикою САН (самопочуття, активність, настрій, функціональний стан). Дані статистичного аналізу узагальнено у табл. 3.12.

Наведені у таблиці 3.12 результати є свідченням наявності статистично значущих негативних кореляцій між усіма показниками тривожності та складовими психофункціонального стану ($p < 0,01$). Зокрема, виявлено середні негативні кореляції між ситуативною тривожністю настроєм ($r = -0,458$; $p < 0,001$), функціональним станом ($r = -0,412$; $p < 0,001$), самопочуттям ($r = -0,337$; $p < 0,001$). Слабку негативну кореляцію зафіксовано між ситуативною тривожністю та активністю ($r = -0,265$; $p < 0,001$). Такі дані засвідчують притаманність учасникам бойових дій, у яких виражені психічні розлади під впливом бойових дій, високих показників ситуативної тривожності, які поглиблюють негативний вплив на психофункціональний стан, оскільки спричиняють погіршення самопочуття, зниження активності, погіршення настрою та загального функціонального стану респондентів.

Проведеним аналізом також підтверджено помірні негативні кореляції між рівнем особистісної тривожності і настроєм ($r = -0,423$; $p < 0,001$), функціональним станом ($r = -0,409$; $p < 0,001$), менш виражені зворотні кореляції між особистісною тривожністю та самопочуттям ($r = -0,284$; $p < 0,001$), активністю ($r = -0,341$; $p < 0,001$). Це є підставою для ствердження негативного впливу високого рівня особистісної тривожності на особистість, адже така тривожність провокує зниження показників психофункціонального благополуччя. Так респонденти з психічними розладами і діагностованим високим рівнем тривожності частіше мають ознаки поганого самопочуття, настрою, страждають від зниження активності.

Між показниками загальної психічної тривожності та настроєм ($r = -0,497$; $p < 0,001$) і функціональним станом ($r = -0,476$; $p < 0,001$) зафіксовано помірні зворотні кореляції. Менш виражені вони між загальною психічною тривожністю і самопочуттям ($r = -0,335$; $p < 0,001$), активністю ($r = -0,344$; $p < 0,001$), тобто підвищення загальної психічної тривожності в УБД призводить до суттєвого погіршення самопочуття та функціонального стану досліджуваних. Також загальна психічна тривожність спричиняє менш виражене, але значиме збільшення проявів поганого самопочуття, зниження активності в УБД під впливом бойового стресу.

Продовж. табл. 3.12

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Настрій	Коефіцієнт кореляції	-,458 (**)	-,423 (**)	-,497 (**)	,615 (**)	,592 (**)	1,000	,882 (**)
	Значення (2-сторон.)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	.	0,000
	N	332	332	332	332	330	332	332
Функціональний стан	Коефіцієнт кореляції	-,412 (**)	-,409 (**)	-,476 (**)	,812 (**)	,787 (**)	,882 (**)	1,000
	Знч. (2-сторон)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	.
	N	332	332	332	332	330	332	332

Примітка. ** Кореляція статистично значуща на рівні 0,01 (2-стороння).

Емпірично та кореляційно підтверджені взаємозв'язки між показниками тривожності та психофункціонального стану є підставою для констатації повного підтвердження другої емпіричної гіпотези, оскільки зростання рівня тривожності супроводжується зниженням самопочуття, активності, настрою та загального функціонального стану респондентів. Також зафіксовано домінуючу чутливість до впливу тривожності показників настрою та функціонального стану. На підставі проведеного аналізу можна тривожність можна віднести до суттєвого чинника погіршення психофункціонального стану досліджуваних, поглиблення патологічної симптоматики у досліджуваного контингенту.

Для перевірки третьої емпіричної гіпотези проведено кореляційний аналіз між показниками депресії і психофункціонального стану (табл. 3.13).

За результатами, наведеними у таблиці 3.13 бачимо, що у межах проведеного кореляційного аналізу зафіксовано наявність статистично значущих негативних взаємозв'язків між рівнем депресії та всіма компонентами психофункціонального стану ($p < 0,01$).

Таблиця 3.13

**Результати аналізу взаємозв'язків між показниками депресії та
психофункціонального стану**

Показники		Депресія	Само- почуття	Актив- ність	Настрій	Функці- ональний стан
Депресія	Коефіцієнт кореляції	1,000	-0,313(**)	-0,310(**)	-0,407(**)	-0,396(**)
	Значення р (2-сторон.)	.	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	331	331	329	331	331
Самопочуття	Коефіцієнт кореляції	-0,313(**)	1,000	0,507(**)	0,615(**)	0,812(**)
	Значення р (2-сторон.)	0,000	.	0,000	0,000	0,000
	N	331	332	330	332	332
Активність	Коефіцієнт кореляції	-0,310(**)	0,507(**)	1,000	0,592(**)	0,787(**)
	Значення р (2-сторон.)	0,000	0,000	.	0,000	0,000
	N	329	330	330	330	330
Настрій	Коефіцієнт кореляції	-0,407(**)	0,615(**)	,592 (**)	1,000	0,882 (**)
	Значення р (2-сторон.)	0,000	0,000	0,000	.	0,000
	N	331	332	330	332	332
Функціона- льний стан	Коефіцієнт кореляції	-0,396(**)	0,812(**)	0,787(**)	0,882(**)	1,000
	Значення р (2-сторон.)	0,000	0,000	0,000	0,000	.
	N	331	332	330	332	332

Примітка. ** Кореляція статистично значуща на рівні 0,01 (2-стороння).

Найбільш виражені помірні зворотні кореляції виявлено між депресивними тенденціями особистості та настроєм ($r = -0,407$; $p < 0,001$) і функціональним станом ($r = -0,396$; $p < 0,001$). Менш виражені, але все ж таки помірні взаємозв'язки фіксуються між проявами депресії у військовослужбовців із психічними порушеннями і самопочуттям ($r = -0,313$; $p < 0,001$), активністю ($r = -0,310$; $p < 0,001$). Такі дані

служують свідченням негативного впливу підвищення рівня депресивних проявів в УБД на їх настрій, самопочуття, активність, функціональний стан.

Емпірично підтверджений найбільш виражений взаємозв'язок між рівнем прояву депресивної симптоматики та настроєм є свідченням наявності тісного зв'язку депресивних тенденцій особистості з емоційним компонентом психофункціонального стану. Зростання рівня депресії супроводжується зниженням самопочуття, активності, настрою та загального функціонального стану досліджуваних.

Проведений кореляційний аналіз підтверджує значний вплив депресивних проявів на зниження показників психофункціонального стану респондентів, що слугує базисом для розкриття структури психоемоційних порушень в УБД із психопатологією. Дані кореляційного аналізу цілком підтверджують третю емпіричну гіпотезу.

Для перевірки четвертої емпіричної гіпотези проведено кореляційний аналіз Спірмена між показниками тривожності (ситуативна, особистісна, загальна психічна) і когнітивними параметрами респондентів (увагою та пам'яттю).

Дані кореляційного аналізу наведено у табл. 3.14.

Наведені у таблиці 3.14 результати дослідження демонструють наявність слабких, але статистично значущих позитивних взаємозв'язків між показниками тривожності та пам'яттю.

Зокрема, виявлено слабкі прямі кореляції між ситуативною тривожністю та пам'яттю ($r = 0,114$; $p = 0,037$), між особистісною тривожністю та пам'яттю ($r = 0,138$; $p = 0,012$), тобто високий рівень ситуативної та особистісної тривожності в УБД із психічними розладами мало пов'язаний із зниженням пам'яті. Статистично значущого зв'язку між загальною психічною тривожністю та пам'яттю ($r = 0,102$; $p = 0,062$) узагалі не фіксується. Аналогічно не фіксується статистично значущий зв'язок між депресивними тенденціями особистості та пам'яттю. Описане вище підкреслює наявність незначного впливу тривожності на показники пам'яті в УБД із психічними патологіями.

Таблиця 3.14

Результати аналізу взаємозв'язків між показниками тривожності та когнітивними функціями

Показники		Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	Депресія	Загальна психічна тривожність	Пам'ять	Увага
Ситуативна тривожність	Коефіцієнт кореляції	1,000	0,540(**)	0,538(**)	0,425(**)	0,114(*)	0,077
	Значення р (2-сторон.)	.	0,000	0,000	0,000	0,037	0,159
	N	332	332	331	332	332	332
Особистісна тривожність	Коефіцієнт кореляції	0,540(**)	1,000	0,490(**)	0,509(**)	0,138(*)	0,080
	Значення р (2-сторон.)	0,000	.	0,000	0,000	0,012	0,146
	N	332	332	331	332	332	332
Депресія	Коефіцієнт кореляції	0,538(**)	0,490(**)	1,000	0,474(**)	0,062	0,035
	Значення р (2-сторон.)	0,000	0,000	.	0,000	0,261	0,530
	N	331	331	331	331	331	331
Загальна психічна тривожність	Коефіцієнт кореляції	0,425(**)	0,509(**)	0,474(**)	1,000	0,102	0,150(**)
	Значення р (2-сторон.)	0,000	0,000	0,000	.	0,062	0,006
	N	332	332	331	332	332	332
Пам'ять	Коефіцієнт кореляції	0,114(*)	0,138(*)	0,062	0,102	1,000	0,192(**)
	Значення р (2-сторон.)	0,037	0,012	0,261	0,062	.	0,000
	N	332	332	331	332	332	332
Увага	Коефіцієнт кореляції	0,077	0,080	0,035	0,150(**)	0,192(**)	1,000
	Значення р (2-сторон.)	0,159	0,146	0,530	0,006	0,000	.
	N	332	332	331	332	332	332

Примітка.** Кореляція статистично значуща на рівні 0,01 (2-стороння).

Примітка.* Кореляція статистично значуща на рівні 0,05 (2-стороння).

У межах проведення кореляційного аналізу між показниками тривожності та уваги не було встановлено статистично значущого зв'язку між ситуативною тривожністю та увагою ($r = 0,077$; $p = 0,159$), між особистісною тривожністю та увагою ($r = 0,080$; $p = 0,146$). Було підтверджено наявність слабкого, але статистично значущого прямого зв'язку між загальним рівнем психічної тривожності та увагою ($r = 0,150$; $p = 0,006$). Водночас аналізом не фіксується статистично значущого зв'язку між депресивними тенденціями в УБД і показниками уваги ($r = 0,035$; $p = 0,530$).

Описане вище засвідчує наявність надто слабкого значущого зв'язку між окремими емоційними характеристиками (тривожністю та депресією) і когнітивними функціями, що вказує на частковий вплив емоційних порушень на когнітивні функції особистості в аналізованому контингенті. Фіксація слабкої позитивної кореляції між загальним рівнем психічної тривожності та когнітивними функціями вказує на їх взаємну детермінацію у структурі психічної діяльності. На основі проведеного кореляційного аналізу можна констатувати часткове підтвердження четвертої емпіричної гіпотези.

У межах дослідження нозологічної та синдромологічної структури психічних розладів внаслідок бойових дій та впливу психоедукації як механізму мотиваційної психокорекції УБД важливим є виявлення типологічних груп респондентів за показниками психоемоційного та психофункціонального стану. Тому для їх диференціації проведено ієрархічний кластерний аналіз методом Варда з використанням квадрата евклідової відстані для визначення оптимальної кількості кластерів.

Кластеризація здійснювалася методом k-середніх для уточнення структури виділених кластерів та проведення опису психологічних профілів респондентів. У кластерний аналіз включено такі діагностичні конструкти: ситуативна тривожність, особистісна тривожність, депресія, активність, настрій, пам'ять, увага. Розрахунок проводився у статистичному пакеті SPSS. Дані кластерного аналізу наведено у табл. 3.15.

Таблиця 3.15

**Розподіл респондентів за кластерами за показниками тривожності, депресії,
психофункціонального стану та когнітивних функцій**

Кластер	1	217,000
	2	68,000
	3	44,000
Валідні		329,000
Пропущені значення		10,000

Як видно із таблиці 3.15, проведення кластерного аналізу сприяло визначенню типологічних груп респондентів за показниками психоемоційного стану (ситуативна тривожність, особистісна тривожність, депресія, активність, настрій, пам'ять, увага) було проведено кластерний аналіз.

У результаті кластеризації респондентів було виділено три кластери, які відрізняються за кількісним складом. Респонденти, що увійшли до першого кластеру, характеризуються помірними рівнями тривожності, відносно стабільним емоційним станом, середнім або задовільним психофункціональним станом. До першого кластера увійшли 217 досліджуваних УБД із відносно адаптивним психоемоційним станом, що становить 65,4 % від аналізованої вибірки.

До другого кластера увійшли УБД із підвищеним рівнем психоемоційної напруженості, проявами якого є підвищені показники тривожності, ознаки емоційного виснаження, зниження настрою та активності. Кількість респондентів у другому кластері 68 осіб, що становить 20,4 % від загального контингенту досліджуваних.

Третій кластер представлений 44 респондентами (13,2 % від загальної вибірки). Найменший кластер (13 %) може відображати групу з найбільш вираженими психоемоційними порушеннями, що можуть супроводжуватися високим рівнем

тривожності, підвищеними депресивними тенденціями, зниженням показників психофункціонального стану, певними когнітивними труднощами, зокрема зниженням обсягу пам'яті та концентрації уваги. Описане вище засвідчує неоднорідність психоемоційного стану УБД, що проявляється у наявності трьох типологічних груп респондентів з різними особливостями психоемоційного стану.

Проведений аналіз дозволив виокремити частину респондентів вибірки із підвищеним рівнем психоемоційної напруженості та проявами психологічної дезадаптації, що потребує корекційних інтервенцій.

З метою визначення факторів, які мають визначальний вплив на психоемоційний стан УБД, проведено факторний аналіз. Результати факторного аналізу узагальнено у таблицях 3.16 – 3.18.

На основі наведених у таблиці 3.16 даних можна констатувати, що коефіцієнт Кайзера-Мейера-Олкіна для цієї вибірки становить 0,835, що є свідченням придатності даних для проведення факторного аналізу. Аналогічно за тестом Бартлетта теж фіксується статистично значущий результат ($X^2 = 320,5$, $df = 45$, $p < 0,0001$), що слугує підтвердженням наявності кореляцій між змінними та є підставою для проведення факторного аналізу.

Як бачимо з таблиці 3.17, проведеним для виявлення латентної структури досліджуваних показників факторним аналізом методом головних компонент було визначено за критерієм Кайзера ($eigenvalue > 1$) три фактори. Перший фактор пояснює 44,908 % загальної дисперсії, другий - 13,267 %, третій - 11,350 %. У сукупності виділені фактори пояснюють 69,525 % загальної дисперсії, що свідчить про достатню інформативність факторної моделі.

Як бачимо із проведеного вище факторного аналізу, було виокремлено такі три фактори, як: функціональний стан, тривожно-депресивний синдром, когнітивні функції. Перший фактор – функціональний стан – характеризується високими показниками самопочуття (0,920), що має найбільшу значущість і впливає в цілому на

психофункціональний стан особистості. Менш значимими у першому факторі є функціональний стан (0,569) і настрої (0,355).

Таблиця 3.16

**Показники придатності вибірки до факторного аналізу
(критерій Кайзера–Мейєра–Олкіна та тест Бартлетта)**

Статистика	Значення
Критерій Кайзера–Мейєра–Олкіна	0,835
Тест Бартлетта (X^2)	320,5, df = 45, p < 0,0001

Тривожно-депресивний синдром представлений такими складовими, як: депресія (0,908), що може свідчити про притаманні учасникам бойових дій емоційного виснаження та песимістичні переживання, зумовлені травматичним досвідом.

Також високу значимість у другому факторі має загальна психічна тривожність (0,907), що засвідчує наявність у досліджуваних загального психічного напруження. Дещо нижчими, але все-таки значущими є ситуативна (0,897) і особистісна (0,896) тривожність, що зумовлено тривалими стресовими переживаннями, поширеними серед представників досліджуваного контингенту.

Третім фактором, визначеним за результатами факторного аналізу, є когнітивні функції, зокрема пам'ять (0,993), що має високу значимість, оскільки відображає здатність досліджуваних до збереження інформації. Значно меншу значимість має увага (0,624), що є здатністю респондентів до концентрації на поставлених перед ними завданнях або у стресових ситуаціях. Саме описані вище фактори становлять синдромологічну структуру психічних порушень в УБД.

Реалізуючи мету з комплексного дослідження психічних розладів у УБД доцільним також є оцінювання прогностичних взаємозв'язків між змінними, встановлення вираженості впливу окремих психологічних факторів на стан УБД,

виявлення найбільш значущих предиктори депресії, тривожності, когнітивних функцій та суб'єктивного самопочуття.

Таблиця 3.17

Пояснена дисперсія факторної моделі (метод головних компонент)

Компонента	Початкові власні значення			Суми квадратів навантажень вилучення			Суми квадратів навантажень після обертання		
	Усього	% дисперсії	Кумулятивний %	Усього	% дисперсії	Кумулятивний %	Усього	% дисперсії	Кумулятивний %
Увага	4,491	44,908	44,908	4,491	44,908	44,908	1,423	14,231	14,231
Ситуативна тривожність	1,327	13,267	58,175	1,327	13,267	58,175	1,401	14,010	28,241
Особистісна тривожність	1,135	11,350	69,525	1,135	11,350	69,525	1,058	10,581	38,822
Депресія	0,835	8,352	77,877	0,835	8,352	77,877	1,037	10,370	49,192
Самопочуття	0,559	5,588	83,465	0,559	5,588	83,465	1,025	10,252	59,444
Активність	0,493	4,926	88,391	0,493	4,926	88,391	1,016	10,161	69,605
Настрій	0,482	4,824	93,216	0,482	4,824	93,216	1,009	10,090	79,695
Функціональний стан	0,374	3,735	96,951	0,374	3,735	96,951	1,007	10,073	89,768
Загальна психічна тривожність	0,289	2,891	99,842	0,289	2,891	99,842	1,005	10,054	99,822
Пам'ять	0,016	0,158	100,0	0,016	0,158	100,0	0,018	0,178	100,0

Примітка. Метод виділення: аналіз головних компонент.

Таблиця 3.18

Матриця факторних навантажень після варімакс-обертання (метод головних компонент)

Компонента	Компонента									
	Увага	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	Депресія	Самопочуття	Активність	Настрій	Функціональний стан	Загальна психічна тривожність	Пам'ять
Увага	-0,014	-0,019	-0,042	0,056	0,010	0,024	0,014	0,993	0,083	0,000
Ситуативна тривожність	-0,140	-0,089	-0,146	0,158	0,236	0,897	0,253	0,031	0,047	-0,002
Особистісна тривожність	-0,107	-0,127	-0,119	0,213	0,208	0,253	0,896	0,017	0,045	-0,002
Депресія	-0,126	-0,126	-0,121	0,190	0,908	0,227	0,201	0,012	0,014	-0,002
Самопочуття	0,920	0,251	0,214	-0,112	-0,108	-0,116	-0,086	-0,009	0,017	-0,019
Активність	0,247	0,929	0,193	-0,101	-0,106	-,066	-0,104	-0,016	-0,038	-0,018
Настрій	0,355	0,319	0,800	-0,218	-0,152	-0,183	-0,144	-0,072	-0,037	-0,021
Функціональний стан	0,569	0,561	0,503	-0,182	-0,133	-0,140	-0,134	-0,038	-0,032	0,129
Загальна психічна тривожність	-0,141	-0,131	-0,170	0,907	0,192	0,155	0,207	0,073	0,055	-0,002
Пам'ять	0,006	-0,033	-0,023	0,042	0,012	0,036	0,035	0,083	0,993	0,000

Примітки. Метод виділення: аналіз методом головних компонент.

Метод обертання: Варімакс з нормалізацією Кайзера.

а Обертання збіглося за 7 ітерацій.

Тому у межах дослідження використано регресійний аналіз, проведенню якого передувало виділення блоків змінних для подальшої логічної структуризації

предикторів та оцінювання їхнього внеску у пояснення варіативності залежних змінних. Було виділено наведені у таблиці 3.19 блоки.

Таблиця 3.19

Блоки предикторів та залежних змінних для оцінки психоемоційного та когнітивного стану респондентів

Блок змінних	Незалежні змінні	Залежні змінні
Емоційний блок	Загальна психічна тривожність, особистісна тривожність, ситуативна тривожність	Депресія, САН: настрої, САН: функціональний стан, увага, пам'ять
Когнітивний блок	Увага, пам'ять	Депресія, загальна психічна тривожність, особистісна тривожність, ситуативна тривожність, САН: активність, САН: функціональний стан
САН-блок (самопочуття, активність, настрої, функціональний стан)	САН: самопочуття, САН: активність, САН: настрої, САН: функціональний стан	Депресія, загальна психічна тривожність, особистісна тривожність, ситуативна тривожність, увага, пам'ять

До емоційного блоку віднесено показники депресії, загальної та особистісної тривожності, ситуативної тривожності, які дають змогу здійснити поглиблене вивчення та характеристику синдромологічної структури емоційних порушень, якими супроводжуються психічні розлади унаслідок бойових дій. Показники когнітивного блоку (уваги та пам'яті) є відображенням когнітивного потенціалу та функціональних можливостей УБД, що уможлиблює проведення оцінки впливу психоемоційного стану на здатність до концентрації та запам'ятовування. САН-блок (самопочуття, активність,

настрій, функціональний стан) є суб'єктивним оцінюванням фізичного та психічного стану та є предиктором визначення впливу емоційних і когнітивних параметрів на суб'єктивне відчуття власного функціонування.

Першим кроком у проведенні регресійного аналізу стало визначення показників емоційного блоку. У межах цього блоку виокремлено такі моделі регресійного аналізу:

1) модель оцінки впливу депресії на різні види тривожності (залежна змінна – депресія, незалежні змінні (загальна психічна тривожність, особистісна тривожність, ситуативна тривожність));

2) модель оцінки взаємного впливу тривожності та депресії на загальний психічний стан військовослужбовців (залежна змінна – загальна психічна тривожність, незалежні змінні - особистісна тривожність, ситуативна тривожність, депресія);

3) модель оцінки залежності наявних у респондентів стійких емоційних характеристик від ситуативних факторів та депресивних проявів (залежна змінна – особистісна тривожність, незалежні змінні – ситуативна тривожність, загальна психічна тривожність, депресія);

4) модель оцінки залежності ситуативної тривожності від стабільних емоційних характеристик та загального психічного стану (залежна змінна – ситуативна тривожність, незалежні змінні – загальна психічна тривожність, особистісна тривожність, депресія).

Дані регресійного аналізу за емоційним блоком подано у таблицях 3.20 – 3.23.

Результати регресійного аналізу, подані у таблиці 3.15 засвідчують наявність статистично значущого взаємозв'язку між показниками тривожності та депресивними проявами. Зокрема, зафіксовано найбільший вплив загальної психічної тривожності на рівень депресії ($\beta = 0,332$; $p < 0,001$), тобто зростання загального рівня психічної напруженості, внутрішнього неспокою та відчуття небезпеки у військовослужбовців виступає чітким і прямим предиктором посилення депресивної симптоматики. Адже під час тривалого перебування респондентів у зоні ведення бойових дій провокує виникнення хронічної тривожності, яка згодом виступає пусковим механізмом різної

сили депресивних переживань, зокрема почуття безнадійності, зниження емоційного тону та втрату мотивації.

Таблиця 3.20

Дослідження впливу депресії на різні види тривожності у респондентів

Незалежна змінна	B (нестандартизований)	Стандартна помилка	β (стандартизований)	t	p
Константа	18,238	2,100	–	8,685	< 0,001
Загальна психічна тривожність	0,288	0,047	0,332	6,166	< 0,001
Особистісна тривожність	0,207	0,057	0,204	3,621	< 0,001
Ситуативна тривожність	0,240	0,054	0,226	4,432	< 0,001

Примітка. Залежна змінна – депресія

Менш значущий, але все-таки виражений вплив на рівень депресії має ситуативна тривожність ($\beta = 0,226$; $p < 0,001$), тобто інтенсивне ситуативне реагування УБД на травмівні та стресові впливи посилює депресивні тенденції особистості. Також підтверджено незначний, але такий, що має статистичну значущість вплив особистісної тривожності на вираженість депресивної симптоматики у респондентів ($\beta = 0,204$; $p < 0,001$), тобто респондентам із високими показниками особистісної тривожності характерні підвищена чутливість до стресових ситуацій, схильність до негативної оцінки подій та власних можливостей, що, власне, і є підґрунтям розвитку та поглиблення депресивних тенденцій особистості.

У цілому, тривожність є суттєвим предиктором розвитку та прогресування депресивної симптоматики в УБД, причому найбільший вплив на формування депресивних тенденцій особистості має загальна психічна тривожність.

Таблиця 3.21

Дослідження взаємного впливу тривожності та депресії на загальний психічний стан респондентів

Незалежна змінна	B (нестандартизований)	Стандартна помилка	β (стандартизований)	t	p
Константа	-4,126	2,298	–	-1,795	0,074
Депресія (PHQ-9)	0,236	0,053	0,251	4,432	< 0,001
Ситуативна тривожність	0,093	0,049	0,114	1,907	0,057
Особистісна тривожність	0,302	0,055	0,316	5,445	< 0,001

Примітка. Залежна змінна – загальна психічна тривожність

З таблиці 3.21 видно, що депресія є вираженим, статистично значущим предиктором загальної психічної тривожності ($\beta = 0,251$; $p < 0,001$), тобто в УБД з депресивними ознаками зазвичай фіксується підвищення рівня загальної психічної тривожності. Тому такі респонденти часто відчувають безпорадність, зниження життєвого тону тощо. Водночас найбільш вираженим є вплив особистісної тривожності, тобто тривожності як сформованої особистісної риси, на формування загальної психічної тривожності ($\beta = 0,316$; $p < 0,001$), тобто в УБД із підвищеною

особистісною тривожністю проявляються підвищена настороженість, відчуття постійної небезпеки, готовності до реакції на ймовірні загрози.

Проте в аналізованій моделі не було підтверджено статистичної значущості ситуативної тривожності і депресії ($\beta = 0,114$; $p = 0,057$), тобто зіткнення УБД із складними в емоційному плані ситуаціями не завжди відіграє суттєву роль у формуванні загальної психічної тривожності. Загалом, основним предиктором розвитку загальної психічної тривожності виступає депресивна симптоматика.

Таблиця 3.22

Дослідження залежності наявних у респондентів стійких емоційних характеристик від ситуативних факторів та депресивних проявів

Незалежна змінна	B (нестандартизований)	Стандартна помилка	β (стандартизований)	t	p
Константа	22,365	1,827	–	12,242	< 0,001
Депресія (PHQ-9)	0,186	0,051	0,189	3,621	< 0,001
Ситуативна тривожність	0,308	0,043	0,361	7,095	< 0,001
Загальна психічна тривожність	0,275	0,051	0,263	5,445	< 0,001

Примітка. Залежна змінна – особистісна тривожність

За наведеними у таблиці 3.22 даними регресійного аналізу можна констатувати вираженість впливу ситуативної тривожності на рівень особистісної тривожності ($\beta = 0,361$; $p < 0,001$), тобто переживання УБД інтенсивних, емоційно насичених ситуацій провокує розвиток або ж прогресування процесу формування тривожності як

особистісної риси. Аналізом також підтверджується вплив на рівень особистісної тривожності загальної психічної тривожності ($\beta = 0,263$; $p < 0,001$), тобто переживання респондентами внутрішньої напруженості, занепокоєння та очікування небезпеки виступає пусковим механізмом розвитку більш стабільних тривожних особистісних характеристик. Менш вираженим, але статистично значущим предиктором особистісної тривожності виступає також депресія ($\beta = 0,189$; $p < 0,001$), адже постійні депресивні переживання спричиняють посиленню тривожних реакцій в УБД. У цілому, предикторами розвитку особистісної тривожності є ситуативна та загальна психічна тривожність, депресивні прояви, причому найбільш вираженим вплив має саме ситуативна тривожність.

Таблиця 3.23

Дослідження залежності ситуативної тривожності від стабільних емоційних характеристик та загального психічного стану респондентів

Незалежна змінна	B (нестандартизований)	Стандартна помилка	β (стандартизований)	t	p
Константа	-5,718	2,593	–	-2,205	0,028
Депресія (PHQ-9)	0,362	0,059	0,314	6,166	< 0,001
Особистісна тривожність	0,433	0,061	0,369	7,095	< 0,001
Загальна психічна тривожність	0,119	0,062	0,097	1,907	0,057

Примітка. Залежна змінна - ситуативна тривожність

Дані таблиці 3.23 є свідченням наявності найсильнішого впливу особистісної тривожності на розвиток ситуативної ($\beta = 0,369$; $p < 0,001$), тобто за умов сформованості

в УБД стійкої індивідуально-психологічної схильності більш вираженими є емоційні реакції на конкретні ситуації, будь-які потенційно небезпечні або невизначені обставини. Також суттєво впливає на ситуативну тривожність депресивна симптоматика ($\beta = 0,314$; $p < 0,001$), що детермінується притаманними депресивним станам негативними когнітивними установками, песимістичним сприйняттям подій та зниженням відчуття контролю над ситуацією. Проте не було зафіксовано статистично значущого впливу загальної психічної тривожності на ситуативну тривожність ($\beta = 0,097$; $p = 0,057$). Загалом, предиктором розвитку ситуативної тривожності є сформованість особистісної тривожності як риси.

У межах когнітивного блоку виділено такі моделі для проведення регресійного аналізу:

1) модель оцінки впливу емоційного стану і суб'єктивного самопочуття на концентрацію уваги (залежна змінна – увага, незалежні змінні – депресія, загальна психічна тривожність, особистісна тривожність, ситуативна тривожність, САН: активність, САН: функціональний стан);

2) модель оцінки впливу емоційних факторів та уваги на ефективність пам'яті (залежна змінна – пам'ять, незалежні змінні – депресія, загальна психічна тривожність, особистісна тривожність, ситуативна тривожність, САН: самопочуття, увага).

Дані регресійного аналізу узагальнено у таблиця 3.24, 3.25.

Аналіз отриманих результатів регресійного аналізу (табл. 3.24) свідчить про відсутність статистично значущого впливу на рівень концентрації уваги показників ситуативної ($\beta = 0,024$; $p = 0,740$) та особистісної ($\beta = -0,033$; $p = 0,649$) тривожності. Це є підставою для констатації відсутності впливу ситуативних емоційних реакцій або особистісної схильності до тривожних переживань на ефективність концентрації уваги. Також було зафіксовано показник загальної психічної тривожності на рівні статистичної значущості ($\beta = 0,134$; $p = 0,052$), що вказує на імовірний частковий вплив підвищеного рівня загальної психоемоційної напруженості на функціонування когнітивних процесів, зокрема концентрації уваги.

Таблиця 3.24

**Дослідження впливу емоційного стану і суб'єктивного самопочуття на
концентрацію уваги у респондентів**

Незалежна змінна	B (нестандартизований)	Стандартна помилка	β (стандартизований)	t	p
Константа	0,287	0,229	–	1,253	0,211
Ситуативна тривожність	0,001	0,003	0,024	0,332	0,740
Особистісна тривожність	-0,001	0,003	-0,033	-0,456	0,649
Загальна психічна тривожність	0,006	0,003	0,134	1,946	0,052
САН: активність	0,018	0,045	0,038	0,399	0,690
САН: функціональний стан	-0,032	0,050	-0,068	-0,646	0,519

Примітка. Залежна змінна – увага

Аналогічно не було встановлено статистично значущого впливу показників суб'єктивного психофункціонального стану, зокрема таких як: активність ($\beta = 0,038$; $p = 0,690$) та функціональний стан ($\beta = -0,068$; $p = 0,519$) – на увагу, що є свідченням відносної автономності когнітивних процесів від суб'єктивних оцінок власного самопочуття в УБД. Окрім того, варто підкреслити, що завдяки умовам військової підготовки та несення служби у респондентів формується здатність до контролю уваги та підвищеної пильності, що гарантує належний рівень концентрації навіть за проявів тривожності і коливань психофункціонального стану. У загальному, тривожні тенденції та показники психофункціонального УБД не впливають на їх концентрацію уваги.

Таблиця 3.25

Дослідження впливу емоційних факторів та уваги на ефективність пам'яті у респондентів

Незалежна змінна	B (нестандартизований)	Стандартна помилка	β (стандартизований)	t	p
Константа	0,172	0,349	–	0,492	0,623
Депресія	-0,003	0,006	-0,035	-0,505	0,614
Ситуативна тривожність	0,004	0,005	0,055	0,756	0,450
Особистісна тривожність	0,004	0,006	0,055	0,757	0,450
Загальна психічна тривожність	0,007	0,006	0,085	1,258	0,209
САН: самопочуття	0,044	0,043	0,061	1,018	0,309
Увага	0,282	0,096	0,160	2,926	0,004

Примітка. Залежна змінна – пам'ять

Як засвідчують результати регресійного аналізу (табл. 3.25), не було виявлено статистично значущого впливу депресії ($\beta = -0,035$; $p = 0,614$), ситуативної ($\beta = 0,055$; $p = 0,450$), особистісної ($\beta = 0,055$; $p = 0,450$) та загальної психічної ($\beta = 0,085$; $p = 0,209$) тривожності на показники пам'яті у респондентів. Також не фіксується статистично значущого впливу суб'єктивного самопочуття ($\beta = 0,061$; $p = 0,309$) на якість запам'ятовування. Але концентрація уваги має статистично значущий вплив на ефективність пам'яті ($\beta = 0,160$; $p = 0,004$), тобто завдяки підвищенню концентрації

уваги зростає здатність особистості до запам'ятовування та відтворення інформації. У цілому, емоційні чинники не є предикторами ефективності показників пам'яті в УБД.

У межах блоку САН виокремлюємо такі моделі для проведення регресійного аналізу: 1) модель вивчення впливу емоційного стану та когнітивних ресурсів на суб'єктивне самопочуття УБД (залежна змінна – самопочуття, незалежні змінні – депресія, загальна психічна тривожність, особистісна тривожність, ситуативна тривожність, увага); 2) модель вивчення впливу емоційних та когнітивних показників на рівень активності та працездатності (залежна змінна – активність, незалежні змінні – депресія, особистісна тривожність, загальна психічна тривожність, увага, пам'ять); 3) модель вивчення впливу емоційного стану та когнітивної концентрації на суб'єктивне сприйняття настрою респондентів (залежна змінна – настрій, незалежні змінні – депресія, загальна психічна тривожність, ситуативна тривожність, особистісна тривожність, увага); 4) модель визначення впливу емоційних та когнітивних факторів на суб'єктивне відчуття функціональних можливостей (залежна змінна – функціональний стан, залежні змінні – депресія, загальна психічна тривожність, особистісна тривожність, ситуативна тривожність, увага). Дані регресійного аналізу наведено у таблицях 3.26-3.27.

Наведені у таблиці 3.26 дані регресійного аналізу засвідчують наявність статистично значущого негативного впливу депресії на рівень суб'єктивного самопочуття УБД ($\beta = -0,131$; $p = 0,042$), що пояснюється притаманними депресивним станам емоційному виснаженню, зниження життєвого тону та відчуття внутрішнього дискомфорту. Окрім того, негативні статистично значущі впливи на самопочуття респондентів має ситуативна тривожність ($\beta = -0,175$; $p = 0,009$), яка пов'язана з переживанням небезпеки, підвищеною настороженістю та труднощами емоційної адаптації. Найбільш виражений негативний вплив на самопочуття УБД має загальна психічна тривожність ($\beta = -0,188$; $p = 0,002$), що може супроводжуватися відчуттям виснаження, напруженості та зниженням психічної стійкості.

Проте проведеним регресійним аналізом не виявлено статистично значущого впливу особистісної тривожності на самопочуття респондентів ($\beta = -0,044$; $p = 0,510$),

тобто особистісна схильність до переживання тривоги не впливає на суб'єктивну оцінку власного психофізичного стану.

Таблиця 3.26

Вивчення впливу емоційного стану та когнітивних ресурсів на суб'єктивне самопочуття респондентів

Незалежна змінна	B (нестандартизований)	Стандартна помилка	β (стандартизований)	t	p
Константа	6,098	0,301	–	20,261	< 0,001
Депресія	-0,015	0,007	-0,131	-2,041	0,042
Ситуативна тривожність	-0,017	0,006	-0,175	-2,645	0,009
Особистісна тривожність	-0,005	0,008	-0,044	-0,659	0,510
Загальна психічна тривожність	-0,022	0,007	-0,188	-3,054	0,002
Увага	0,014	0,125	0,006	0,115	0,909

Примітка. Залежна змінна – самопочуття

Також не фіксується статистично значущого впливу уваги на рівень самопочуття ($\beta = 0,006$; $p = 0,909$), що засвідчує автономну позицію когнітивних механізмів особистості від суб'єктивної оцінки фізичного та емоційного стану. У цілому, предикторами суб'єктивного самопочуття УБД є показники загальної психічної тривожності, ситуативної тривожності та депресивних проявів.

Узагальнені у таблиці 3.27 результати регресійного аналізу засвідчують статистично значущий вплив емоційних факторів на рівень активності УБД. При цьому,

найбільш вираженим є негативний вплив загальної психічної тривожності ($\beta = -0,179$; $p = 0,005$) на активність респондентів аналізованого контингенту, що зумовлено виснаженням психічних ресурсів унаслідок тривалого перебування у стані напруження.

Таблиця 3.27

Вивчення впливу емоційних та когнітивних показників на рівень активності та працездатності респондентів

Незалежна змінна	B (нестандартизований)	Стандартна помилка	β (стандартизований)	t	p
Константа	6,211	0,263	–	23,657	< 0,001
Загальна психічна тривожність	-0,018	0,006	-0,179	-2,852	0,005
Депресія	-0,015	0,006	-0,162	-2,604	0,010
Особистісна тривожність	-0,014	0,006	-0,144	-2,267	0,024
Увага	-0,016	0,111	-0,008	-0,145	0,885
Пам'ять	-0,045	0,063	-0,037	-0,707	0,480

Примітка. Залежна змінна – активність

Менш виражений, але значимий вплив на активність мають депресія ($\beta = -0,162$; $p = 0,010$) та особистісна тривожність ($\beta = -0,144$; $p = 0,024$), тобто під впливом депресивних симптомів в УБД зі схильністю до переживання тривоги відбувається зниження життєвого тону, втрата мотивації та зменшення рівня енергійності тощо. Проте не фіксується впливу когнітивних показників: уваги ($\beta = -0,008$; $p = 0,885$), пам'яті ($\beta = -0,037$; $p = 0,480$) на рівень активності.

Загалом, рівень активності у респондентів детермінується рівнем загальної психічної тривожності, депресії та особистісної тривожності, але не залежить від когнітивного потенціалу особистості.

Аналіз отриманих результатів (табл. 3.28) засвідчує негативний статистично значущий вплив на суб'єктивний настрій УБД загальної психічної тривожності ($\beta = -0,312$; $p < 0,001$), ситуативної тривожності ($\beta = -0,196$; $p = 0,001$), депресії ($\beta = -0,123$; $p = 0,034$), що зумовлено хронічним переживанням небезпеки, підвищеною настороженістю та труднощами емоційної адаптації.

Це означає, що респонденти із високими показниками загальної психічної та вираженим емоційним реагуванням на імовірно небезпечні, загрозливі ситуації, з вираженою депресивною симптоматикою зазвичай перебувають у незадовільному настрої. Проте не виявлено статистично значущого впливу особистісної тривожності на настрій ($\beta = -0,088$; $p = 0,142$), що вказує на відсутність впливу сформованої схильності до переживання тривоги на поточний емоційний стан УБД.

Аналогічно не продемонстровано статистично значущого впливу концентрації уваги на настрій ($\beta = -0,076$; $p = 0,092$), що вказує на можливу опосередковану взаємодію між когнітивною концентрацією та емоційним станом, але таке формулювання потребує додаткових досліджень із подальшою їх деталізацією.

З результатів регресійного аналізу (табл. 3.29) бачимо, що зафіксовано найбільш виражений негативний вплив на функціональний стан респондентів загальної психічної тривожності ($\beta = -0,283$; $p < 0,001$). Менш вираженим є вплив депресії ($\beta = -0,141$; $p = 0,018$) та ситуативної тривожності ($\beta = -0,154$; $p = 0,012$).

Це дає підстави констатувати, що УБД із високим рівнем загальної психічної тривожності та підвищеним реагуванням на імовірно ризикові та стресові ситуації, з симптомами депресії відчують виснаження, зниження працездатності та труднощі у підтриманні оптимального психофізичного стану.

Водночас у межах проведеного кореляційного аналізу не виявлено статистично значущого впливу на функціональний стан особистісної тривожності ($\beta = -0,109$;

$p = 0,079$) та показників уваги ($\beta = -0,035$; $p = 0,448$), тобто досліджувані зі сформованою схильністю до тривожних переживань та порушеннями концентрації уваги не відчують труднощів у підтриманні оптимального психофізичного стану.

У цілому, суб'єктивне відчуття функціонального стану УБД зумовлене рівнем загальної психічної тривожності, ситуативної тривожності та депресивних проявів.

Таблиця 3.28

Вивчення впливу емоційного стану та когнітивної концентрації на суб'єктивне сприйняття настрою респондентів

Незалежна змінна	B (нестандартизований)	Стандартна помилка	β (стандартизований)	t	p
Константа	7,574	0,308	–	24,624	< 0,001
Депресія	-0,016	0,007	-0,123	-2,134	0,034
Ситуативна тривожність	-0,022	0,006	-0,196	-3,317	0,001
Особистісна тривожність	-0,011	0,008	-0,088	-1,473	0,142
Загальна психічна тривожність	-0,042	0,007	-0,312	-5,659	< 0,001
Увага	-0,216	0,128	-0,076	-1,691	0,092

Примітка. Залежна змінна – настрої

Для вивчення особливостей впливу психоедукаційних заходів на психоемоційний стан та поведінку досліджуваного контингенту нами проведено pre-test / post-test на основі двох діагностичних показників – депресії (PHQ-9) і тривожності (GAD-7) відповідно до та після впровадження психоедукаційних заходів. Тестуванням охоплено експериментальну групу (332 респонденти) і контрольну групу (78 осіб). Отримані

результати pre-test за показними депресії (PHQ-9) в обох групах узагальнено на рис. 3.8, 3.9, 3.10.

Таблиця 3.29

Визначення впливу емоційних та когнітивних факторів на суб'єктивне відчуття функціональних можливостей респондентів

Незалежна змінна	B (нестандартизований)	Стд. помилка	β (стандартизований)	t	p
Константа	6,589	0,239	–	27,583	< 0,001
Депресія (Zung et al.)	-0,013	0,006	-0,141	-2,373	0,018
Ситуативна тривожність (С. Spilberger)	-0,013	0,005	-0,154	-2,518	0,012
Особистісна тривожність (С. Spilberger)	-0,011	0,006	-0,109	-1,764	0,079
Загальна психічна тривожність	-0,029	0,006	-0,283	-4,973	< 0,001
Увага	-0,076	0,099	-0,035	-0,760	0,448

Примітка. Залежна змінна – функціональний стан

На основі наведених на рис. 3.8 результатів попереднього тестування в основній групі було з'ясовано превалювання осіб із легким рівнем депресії (56,6 %). Наявність у значної кількості УБД легкого рівня депресії може пояснюватися тим, що у такої категорії осіб проявляються тільки первинні ознаки посттравматичного стресу, що зумовлено пережитим травматичним досвідом або адаптаційними труднощами в умовах цивільного життя після повернення з фронту.

Проте досить значною є кількість УБД із помірним рівнем депресії (19,3 %), що вказує на наявність деструктивних проявів у психоемоційному стані, що потребує корекційного втручання для поліпшення ситуації. Тільки у 1,2 % досліджуваних

фіксуються симптоми тяжкої депресії, що є ґрунтовним інсайтом для надання такої категорії досліджуваних кваліфікованої психіатричної допомоги через наявність підвищених ризиків розвитку або прогресування поточних серйозних психічних розладів.

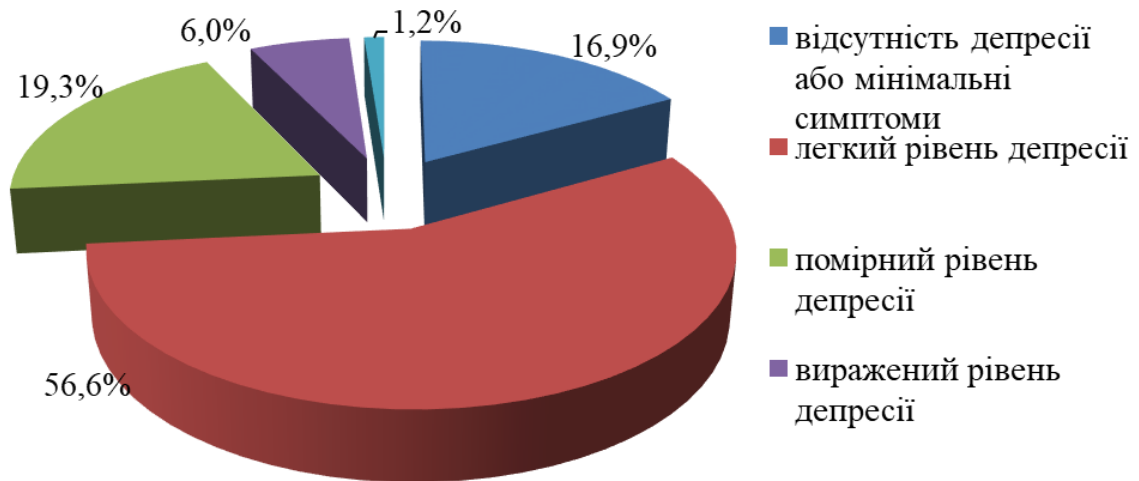


Рис. 3.8. Результати pre-test за показниками депресії (PHQ-9) в експериментальній групі

Позитивною тенденцією в аналізованій вибірці є наявність 16,9 % досліджуваних, у яких не реєструються складові депресивного симптомокомплексу, що засвідчує достатню психологічну стійкість таких респондентів. Також у 6 % досліджуваних виявлено ознаки вираженої депресії, що створює відповідні ризики подальшого поглиблення депресивної симптоматики та виникнення психічних розладів.

Результати психодіагностики симптомів депресії у контрольній групі засвідчують наявність у половини досліджуваних симптомів легкої депресії, які можуть бути сформовані під впливом бойового стресу або пов'язані із труднощами адаптації до військового / цивільного життя. Позитивним фактором є наявність у вибірці 24,4 % досліджуваних з мінімальними або відсутніми депресивними симптомами. Водночас у 19,2 % респондентів виявляються ознаки помірної депресії, що створює певні ризики для психоемоційного благополуччя УБД і потребує превентивного втручання. Про

негативні тенденції в аналізованій групі свідчать сформованість симптомів вираженої (3,8 % опитаних) і тяжкої (2,6 %) депресії, які потребують суттєвого корекційного втручання та психіатричного супроводу.

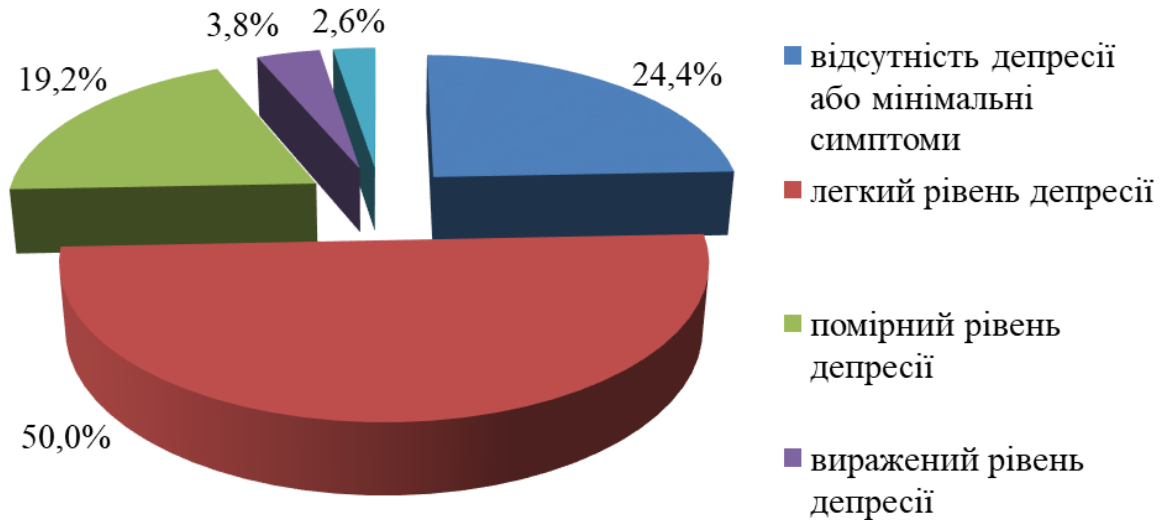


Рис. 3.9. Результати pre-test за показниками депресії (PHQ-9) в контрольній групі

За даними порівняльного аналізу, наведеними на рис. 3.10, можна констатувати, що респонденти експериментальної групи мають більш виражені депресивні симптоми, про що свідчать вищі показники легкого (50 і 56 % відповідно) і вираженого (3,8 і 6 %) рівнів. Водночас в обох групах фіксується низький відсоток осіб з тяжкою депресією, причиною чого може бути виявлення в УБД аналізованих контингентів лише перших проявів депресії, під час яких високу ефективність має психокорекційне втручання.

Отримані результати pre-test за показниками тривожності (GAD-7) в обох групах узагальнено на рис. 3.11, 3.12, 3.13.

Результати психодіагностики показників тривожності в основній групі засвідчують переважання в аналізованій вибірці осіб із легким (44 % опитаних) рівнем тривожності, що проявляється у відчутті напруженості і є наслідком переживання стресу після участі у бойових діях. Значною є група досліджуваного контингенту із помірним (37,7 % досліджуваних) рівнем тривожності, що є наслідком поглибленої емоційної реакції на перебування у зоні ведення бойових дій та потребує запровадження

психологічних інтервенцій із зазначеною вище групою респондентів. Виражений рівень тривожності продемонстрували 10,2 % досліджуваних, що є свідченням проявів психологічного виснаження та може слугувати підґрунтям для розвитку або прогресування психічних розладів та потребує психологічних інтервенцій або надання кваліфікованого психіатричного супроводу. Лише у незначній кількості досліджуваних виявлено мінімальні показники тривожності (8,1 % опитаних), що є підтвердженням притаманної їм відносної стійкості до стресових ситуацій, кращої адаптованості у бойових умовах, наявності психологічного ресурсу для подолання стресу.



Рис. 3.10. Порівняльний аналіз результатів pre-test за показниками депресії (PHQ-9) в експериментальній (червоним) та контрольній (синім) групах

Наявність в аналізованій вибірці осіб з вираженим і помірним рівнями тривожності засвідчує необхідність впровадження психоедукаційних програм. Окрім того, емпірично підтверджені легкий і помірний рівень тривожності є базисом для проведення ранніх психологічних інтервенцій в означеному напрямку.

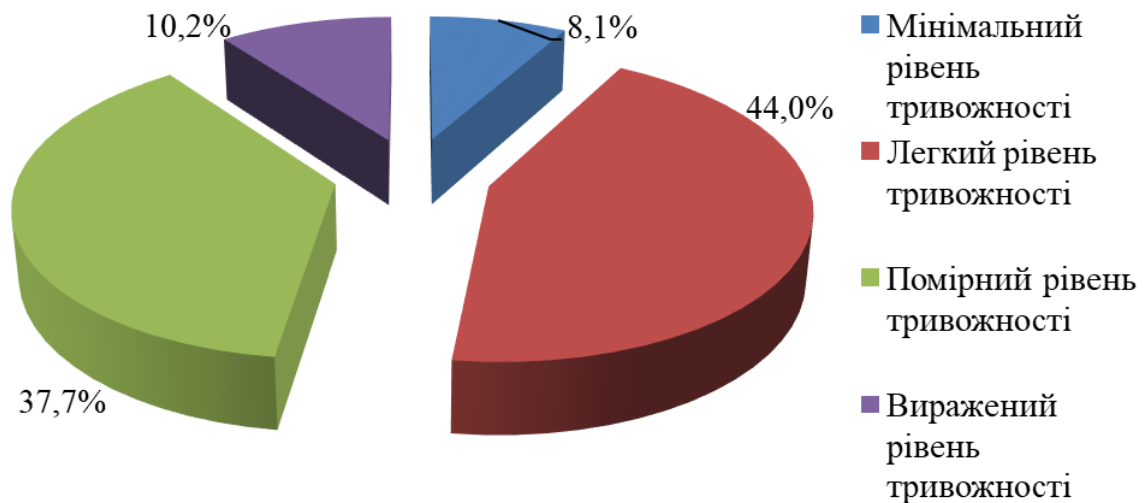


Рис. 3.11. Результати pre-test за показниками тривожності (GAD-7) в експериментальній групі

Результати pre-test за показниками тривожності у контрольній групі підтверджують, що легкий рівень тривожності притаманний найбільшій кількості досліджуваних (46,2 % опитаних), тобто у значної кількості респондентів наявні ознаки тривожності, але їхній вияв не має значного впливу на їхній загальний психічний стан. Це дає підстави стверджувати, що легкий рівень тривожності респондентів є результатом нормальної реакції індивіда на стресові ситуації, причому такий рівень тривожності не завжди у подальшому прогресує, тому не потребує спеціальних психологічних інтервенцій, за винятком систематичного моніторингу.

Також у значної кількості респондентів фіксується мінімальний рівень тривожності (32,1 % досліджуваних), тобто такі особи перебувають у відносно стабільному психічному стані, володіють достатнім психологічним ресурсом для подолання негативних наслідків травмівного, стресового впливу без серйозних емоційних або фізіологічних порушень. 14,1 % УБД продемонстрували помірний рівень тривожності, що є свідченням притаманної їм схильності до виражених переживань стосовно майбутнього, що має деструктивний вплив на їхню життєдіяльність. Такі

респонденти потребують дієвого психокорекційного втручання, спрямованого на зниження рівня тривожності та покращення емоційного стану.

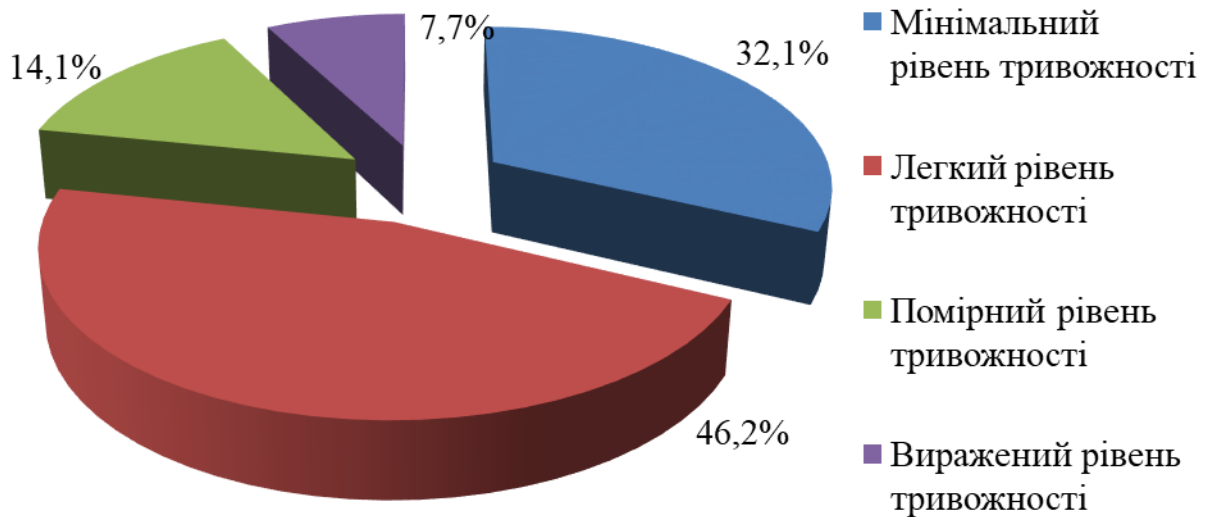


Рис. 3.12. Результати pre-test за показниками тривожності (GAD-7) у контрольній групі

Виявлений у 7,7 % УБД виражений рівень тривожності свідчить про наявність у таких осіб суттєвих психоемоційних труднощів, які можуть становити підґрунтя для розвитку більш суттєвих психопатологічних порушень. У таких респондентів також є високий ризик виникнення ПТСР або інших психічних розладів, тому такі прояви тривожності підлягають психологічній і в окремих випадках психіатричній корекції.

З наведеного на рис. 3.13 порівняльного аналізу бачимо, що в основній групі УБД спостерігаються вищі показники тривожності, зокрема фіксується більша кількість досліджуваних із помірним рівнем тривожності (37,7 % і 14,1 % відповідно). Також значна різниця виявлена за показниками мінімальної тривожності (8,1 % і 32,1 % відповідно), тобто в цілому тривожні тенденції є більш притаманними експериментальній, а не контрольній групі.

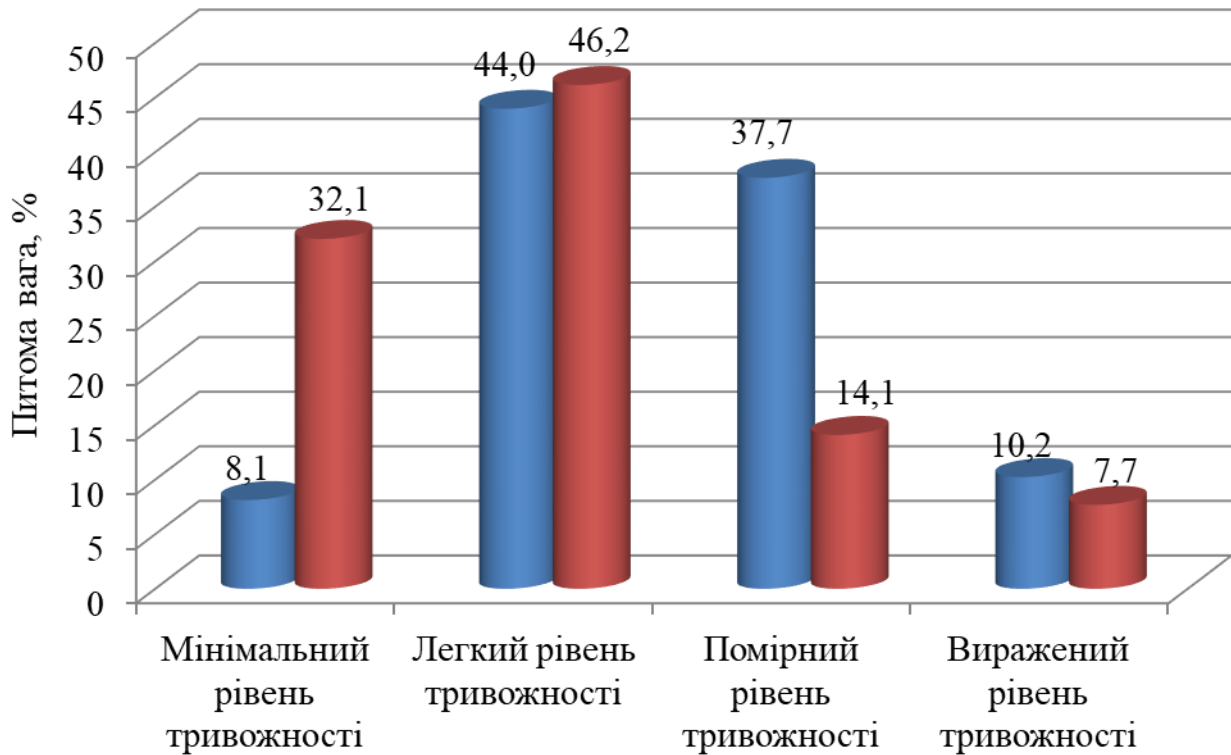


Рис. 3.13. Порівняльний аналіз результатів pre-test за показниками тривожності (GAD-7) в експериментальній (синім) та контрольній (червоним) групі

Виявлені закономірності психопатологічних змін в УБД визначає необхідність проведення поглибленого аналізу психічного стану військовослужбовців-УБД, оцінки психоемоційних наслідків участі у бойових діях, ґрунтовного аналізу посттравматичних реакцій і оцінки ризиків їх трансформації у депресивні та тривожні розлади. Результати такого аналізу є підґрунтям для розробки персоніфікованих програм психологічної корекції, включаючи психоедукаційні програми.

Висновки до розділу 3

Проведене дослідження нозологічної структури непсихотичних психічних розладів в УБД засвідчило значну поширеність психічної патології, зумовленої впливом бойового стресу, психотравмуючих подій та наслідків бойових травм.

У структурі психічних порушень переважали невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (45,2 %), друге місце посідали органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади (36,4 %). Афективні розлади були виявлені у 9,0 % обстежених, психічні та поведінкові розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, – у 6,3 %, а розлади особистості та поведінки у дорослому віці – у 3,1 % респондентів. Отримані результати свідчать про домінуючу роль бойового стресу та його наслідків у формуванні психічної патології даного контингенту.

У структурі органічних психічних розладів переважали органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад (38,9 %) та органічний тривожний розлад (22,8 %), що свідчить про вагомий внесок наслідків черепно-мозкових травм, контузій та інших органічних чинників у формування психічних порушень УБД. Для даної категорії пацієнтів були характерними астенічні, тривожні, афективні та когнітивні прояви, які часто поєднувалися між собою та ускладнювали процес соціально-психологічної адаптації.

Серед невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів домінували ПТСР (34,1 %) та розлади адаптації (27,0 %), сумарна частка яких становила понад 60 % усіх випадків даної нозологічної групи. Отримані дані підтверджують провідну роль психотравмуючих чинників бойової діяльності у формуванні психічних порушень та обґрунтовують необхідність впровадження спеціалізованих психотерапевтичних, психореабілітаційних і психоедукаційних заходів.

Афективні розлади в УБД були представлені переважно депресивними формами психопатології. У їх структурі переважали депресивний епізод (56,8 %) та рекурентний депресивний розлад (32,4 %). Для більшості пацієнтів були характерними поєднання депресивної симптоматики з тривожними, посттравматичними та адаптаційними порушеннями, що свідчить про високий рівень коморбідності психічної патології.

Встановлено, що однією з провідних клінічних характеристик непсихотичних психічних розладів в УБД є коморбідність. Коморбідні психічні розлади виявлено у 51,2 % обстежених. Найбільш поширеними були поєднання ПТСР з тривожними

розладами (32,4 %), ПТСР з депресивними розладами (24,8 %) та тривожно-депресивний синдромокомплекс (21,9 %). Отримані результати свідчать про полікомпонентний характер психічної патології та необхідність комплексного підходу до діагностики та лікування даного контингенту пацієнтів.

Синдромологічна структура психічних порушень характеризувалася домінуванням тривожного (72,7 %), депресивного (58,8 %), астеничного (52,2 %), посттравматичного (45,4 %) та когнітивного (40,7 %) синдромів. Висока частота поєднання декількох психопатологічних синдромів у межах одного клінічного випадку підтверджує складний характер психічної дезадаптації УБД та необхідність диференційованого психотерапевтичного і психоедукаційного втручання.

Психодіагностичне обстеження засвідчило наявність у значної частини респондентів порушень пам'яті та уваги, високих показників особистісної, ситуативної та загальної психічної тривожності, а також ознак депресивної симптоматики різного ступеня вираженості. Водночас у більшості обстежених зберігалися відносно задовільні показники самопочуття, активності та настрою, що свідчить про наявність ресурсного потенціалу для участі у психотерапевтичних і психоедукаційних програмах.

Результати кореляційного аналізу підтвердили наявність статистично значущих взаємозв'язків між тривожністю, депресивними проявами, показниками психофункціонального стану та когнітивними функціями. Встановлено, що підвищення рівня тривожності та депресії супроводжується погіршенням самопочуття, активності, настрою та загального функціонального стану респондентів. Виявлені взаємозв'язки підтверджують існування єдиного тривожно-депресивного симптомокомплексу у структурі непсихотичних психічних розладів УБД та обґрунтовують доцільність використання психоедукації як складової комплексної системи лікування і психосоціальної реабілітації даного контингенту пацієнтів.

Дані розділу 3 представлені у публікаціях [62, 245].

РОЗДІЛ 4

ПСИХОЕДУКАЦІЯ ЯК ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

4.1. Обґрунтування, засади, мета і цілі використання психоедукації у підвищенні ефективності терапії непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій

Результати проведеного клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження свідчать про високу поширеність непсихотичних психічних розладів серед УБД. У структурі виявлених порушень домінували тривожні, депресивні, посттравматичні, астеничні та когнітивні прояви, які супроводжувалися порушенням соціального функціонування та труднощами психосоціальної адаптації. Встановлено, що психопатологічні прояви мають комплексний взаємопов'язаний характер та формують стійкі патерни психічної дезадаптації, які потребують застосування багатокomпонентних лікувально-реабілітаційних втручань. Незважаючи на наявність сучасних психофармакологічних та психотерапевтичних підходів до лікування непсихотичних психічних розладів, проблема недостатньої прихильності пацієнтів до лікування залишається актуальною.

УБД нерідко демонструють недостатнє розуміння природи власних психічних порушень, схильність до уникнення професійної допомоги, недовіру до психіатричних, психотерапевтичних і психологічних втручань, а також труднощі у формуванні довгострокової мотивації до лікування та реабілітації. Додатковими чинниками, які ускладнюють процес терапії, виступають стигматизація психічних розладів, недостатня поінформованість про можливості сучасної допомоги у сфері ментального здоров'я, поширеність дисфункціональних переконань щодо психічного здоров'я та схильність до використання неадаптивних копінг-стратегій. У результаті навіть ефективні

терапевтичні втручання не завжди забезпечують достатній рівень залученості пацієнта до лікувального процесу.

У зв'язку з цим важливого значення набуває психоедукація як один з найбільш доступних та ефективних інструментів підвищення результативності комплексної терапії непсихотичних психічних розладів. Психоедукаційні втручання дозволяють не лише підвищити рівень обізнаності пацієнта щодо особливостей психічних порушень, але та сприяють формуванню активної позиції у процесі лікування, розвитку навичок самопостереження, саморегуляції та конструктивного подолання наслідків психотравматичного досвіду.

Теоретичною основою психоедукаційної програми стали положення біопсихосоціальної моделі психічних розладів, концепції психосоціальної реабілітації, принципи доказової психотерапії та сучасні уявлення про роль пацієнта як активного учасника лікувального процесу. Зазначений підхід передбачає розгляд психічного здоров'я як результату взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів, що обумовлює необхідність комплексного впливу на різні рівні функціонування особистості.

Під час розробки психоедукаційної програми враховувалися специфічні особливості УБД, зокрема висока поширеність посттравматичної симптоматики, труднощі емоційної регуляції, зниження довіри до оточення, наявність когнітивних спотворень, пов'язаних із травматичним досвідом, а також потреба у відновленні соціальної адаптації після завершення участі в бойових діях.

Основними принципами психоедукаційної програми були: наукова обґрунтованість і доказовість; доступність та зрозумілість інформації; активне залучення учасників до процесу навчання; орієнтація на практичне застосування отриманих знань; індивідуалізація психоедукаційного впливу залежно від провідного психопатологічного синдрому; поєднання інформаційного, мотиваційного та психокорекційного компонентів; спрямованість на відновлення психосоціального функціонування.

Метою психоедукаційної програми було підвищення ефективності комплексної терапії непсихотичних психічних розладів в УБД шляхом формування мотивації до лікування, підвищення психічної грамотності, розвитку навичок психологічної саморегуляції та покращення психосоціальної адаптації.

Для досягнення поставленої мети були визначені такі завдання:

- підвищення рівня поінформованості учасників щодо природи психічних розладів та наслідків бойового стресу;
- формування адекватного ставлення до власного психічного стану;
- подолання стигматизуючих уявлень щодо допомоги у сфері ментального здоров'я;
- підвищення прихильності до медикаментозного та психотерапевтичного лікування;
- розвиток навичок розпізнавання психопатологічних симптомів;
- формування адаптивних стратегій подолання стресу;
- навчання методам емоційної саморегуляції;
- покращення комунікативних навичок та соціального функціонування;
- профілактика хронізації психічних порушень і рецидивів симптоматики.

Покращення психічного стану пацієнтів у процесі психотерапії є результатом взаємодії низки факторів, які умовно можна поділити на загальні (неспецифічні), специфічні терапевтичні техніки, а також індивідуальні особливості пацієнта та фактори середовища. Водночас результати проведеного дослідження свідчать, що особливе місце серед цих чинників посідає психоедукація, яка виступає не лише допоміжним елементом, а інтегративним механізмом мотиваційної психокорекції, що опосередковує ефективність інших психотерапевтичних впливів.

До загальних (неспецифічних) факторів психотерапевтичного впливу традиційно відносять терапевтичний альянс, емпатію та безумовне прийняття, плацебо-ефект і позитивні очікування, емоційну підтримку, а також психоедукацію як форму цілеспрямованого інформування та залучення пацієнта до процесу лікування [57; 149].

Терапевтичний альянс розглядається як якісні відносини між терапевтом і пацієнтом, що ґрунтуються на довірі, співпраці та спільному визначенні цілей психотерапії. Саме в межах сформованого альянсу психоедукація набуває максимальної ефективності, оскільки сприяє усвідомленню пацієнтом логіки терапевтичного процесу та підвищує його активну участь у корекції власного стану [91].

Емпатія та безумовне прийняття з боку фахівця створюють психологічно безпечне середовище, у якому пацієнт здатний відкрито говорити про свої переживання та симптоми. Психоедукація в цьому контексті виконує нормалізувальну функцію, знижуючи рівень тривоги та страху перед власними симптомами шляхом їх раціонального пояснення [139].

Плацебо-ефект і позитивні очікування покращення також значною мірою підсилюються психоедукаційним впливом, оскільки інформування пацієнта про механізми виникнення розладів, прогноз і можливості корекції формує реалістичні, але водночас оптимістичні очікування щодо результатів терапії [78].

Емоційна підтримка є важливим чинником зниження суб'єктивного відчуття ізоляції та безпорадності. Психоедукація в цьому випадку дозволяє перевести емоційні переживання у когнітивно осмислену площину, що сприяє зменшенню дезадаптивних реакцій та підвищенню рівня контролю над власним психічним станом [29].

Специфічні фактори психотерапевтичного впливу визначаються методами та техніками, що застосовуються у процесі лікування. Зокрема, у когнітивно-поведінковій терапії психоедукація використовується для пояснення природи автоматичних негативних думок, когнітивних спотворень та механізмів підтримання тривоги і депресії, що підвищує мотивацію пацієнта до активного виконання терапевтичних завдань [92].

У психодинамічній терапії психоедукаційні елементи сприяють формуванню у пацієнта розуміння внутрішніх конфліктів і несвідомих механізмів реагування, що підвищує рівень усвідомленості та готовність до глибшої роботи [82; 83].

Гуманістичні методи психотерапії використовують психоедукацію для акцентування уваги на особистісному потенціалі, цінності суб'єктивного досвіду та можливостях саморозвитку, що є важливим чинником відновлення почуття власної ефективності [79].

Тілесно-орієнтовані техніки (дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація, методи соматичної стабілізації) поєднуються з психоедукаційним поясненням взаємозв'язку між психоемоційним станом і фізіологічними реакціями, що сприяє кращому засвоєнню навичок саморегуляції [105].

Важливу роль відіграють також групові форми психотерапії та психоедукаційні групи, які знижують рівень соціальної ізоляції, сприяють нормалізації переживань і формуванню підтримуючого соціального середовища [75; 76; 87; 157].

Ефективність психотерапевтичного впливу значною мірою залежить від індивідуальних характеристик пацієнта, зокрема рівня мотивації до змін, усвідомленості власного стану, психологічної резиліентності, наявності соціальної підтримки та особистісних рис [73; 110].

Психоедукація у цьому контексті виступає ключовим чинником підвищення мотивації, оскільки забезпечує пацієнта знаннями, необхідними для активного залучення до процесу психокорекції.

Фактори середовища також мають суттєве значення для досягнення стабільних терапевтичних результатів. Створення безпечного простору, врахування культурного контексту та можливість застосування набутих навичок у повсякденному житті підвищують ефективність психотерапії. Психоедукація сприяє перенесенню терапевтичних змін за межі кабінету фахівця, що є важливим для довготривалої стабілізації психічного стану [66; 93; 141].

Технологія психотерапевтичних впливів у роботі з УБД являє собою структурований, поетапний процес організації та реалізації психотерапевтичної допомоги, спрямованої на стабілізацію психоемоційного стану, зниження симптомів стрес-асоційованих розладів та відновлення адаптаційного потенціалу особистості. У

межах даного дослідження психоосвіта розглядається не як допоміжний елемент, а як системоутворювальний компонент психотерапевтичної технології, що інтегрується на всіх етапах психокорекційного процесу [6; 126].

Психотерапевтичний вплив реалізується через поєднання кількох взаємодоповнюючих компонентів.

Когнітивно-поведінковий компонент спрямований на виявлення та корекцію дезадаптивних когнітивних схем і поведінкових реакцій. Психоосвіта у цьому контексті забезпечує пояснення механізмів формування автоматичних негативних думок, зв'язку між мисленням, емоціями та поведінкою, а також навчає пацієнтів базовим навичкам самопостереження та самокорекції [98].

Тілесно-орієнтований компонент включає використання дихальних вправ, прогресивної м'язової релаксації, технік стабілізації вегетативного стану. Психоосвітні елементи дозволяють пацієнтам зрозуміти фізіологічні механізми тривоги та стресу, що підвищує ефективність тілесних практик і сприяє формуванню навичок саморегуляції.

Груповий компонент психотерапевтичного впливу реалізується у форматі психоосвітніх груп, груп підтримки та тематичних тренінгів. Групова психоосвіта створює умови для нормалізації переживань, зниження відчуття ізольованості, обміну досвідом і формування підтримуючого соціального середовища. Для УБД особливе значення має усвідомлення того, що їхні реакції є типовими наслідками травматичного досвіду, а не проявами особистісної слабкості [80].

Експресивні та підтримувальні методи (арт-терапія, терапевтичне письмо, елементи психотерапевтичного діалогу) доповнюють психоосвітній вплив, сприяючи глибшому емоційному опрацюванню травматичного досвіду та закріпленню отриманих знань на емоційно-поведінковому рівні.

Контроль ефективності психотерапевтичних впливів здійснюється шляхом регулярного психодіагностичного моніторингу, клінічного спостереження та зворотного зв'язку від пацієнтів. Повторне використання психометричних шкал дозволяє оцінити

динаміку психоемоційного стану та коригувати психоосвітню програму відповідно до актуальних потреб пацієнта.

Таким чином, психоедукація розглядалася як структурований багатокomпонентний психокорекційний вплив, інтегрований у систему комплексної психолого-психіатричної допомоги учасникам бойових дій. Її використання було спрямоване на підвищення ефективності терапії непсихотичних психічних розладів шляхом посилення мотивації до лікування, розвитку адаптивних психологічних ресурсів та покращення психосоціальної адаптації пацієнтів.

4.2. Структура і зміст психоедукаційних заходів в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами

У якості методів психокорекції було використано психоедукацію, яка у контексті реалізації методи і завдань дослідження передбачала розробку психоедукаційних заходів в процесі надання психотерапевтичної допомоги досліджуваному контингенту. Розроблені заходи спрямовувалися на підвищення мотиваційного ресурсу, розвиток навичок саморегуляції та зниження тривожно-депресивної симптоматики.

Використанням психоедукаційних впливів у психотерапевтичному лікуванні ми обрали за його ефективність, яка базується на комплексному підході до навчання пацієнта розпізнавати та усвідомлювати свої емоції, думки і поведінку, а також розуміти природу власних психічних складнощів. Основна мета такого підходу полягає не лише в зменшенні симптомів, а та формуванні в пацієнта навичок самоконтролю, адаптивного реагування та профілактики повторних загострень. Завдяки систематичному наданню інформації про механізми порушень, чинники, що сприяють їх виникненню, і способи їх подолання, особа активніше долучається до терапевтичного процесу і більш усвідомлено управляє своїм станом, тобто займає проактивну позицію. Застосування психоедукації підсилює терапевтичний ефект, оскільки сприяє підвищенню мотивації, зниженню тривоги, боротьбі зі стигмою, а також розвитку навичок ефективної

саморегуляції. Цей напрямок є ефективним при різних психічних станах, допомагає знизити симптоми і ризик рецидивів, забезпечуючи пацієнтам більш тривалу і стійку ремісію.

Психоедукаційна програма для УБД була розроблена на основі мультимодальної моделі подолання стресу BASIC Ph М. Лахада, яка передбачає використання шести основних каналів психологічного реагування: Belief (система переконань і цінностей), Affect (емоційне реагування), Social (соціальна підтримка), Imagination (уява та творчі ресурси), Cognition (когнітивне опрацювання інформації) та Physiology (фізіологічні механізми реагування на стрес). Програма була спрямована на зниження вираженості психоемоційного дистресу, проявів посттравматичної симптоматики, підвищення рівня психологічної адаптації та формування навичок емоційної саморегуляції у УБД.

Психоедукаційна програма реалізовувалася протягом 3 тижнів із періодичністю 3 заняття на тиждень. Загальна кількість занять становила 9, тривалість кожного заняття – 80–90 хвилин. Програма проводилася у груповому форматі (8–12 учасників) та включала психоедукаційні, психокорекційні та ресурсно-адаптаційні компоненти, побудовані на основі мультимодальної моделі BASIC Ph М. Лахада.

Основний психоедукаційний етап мав диференційований характер і модифікувався залежно від провідного психопатологічного синдрому. При домінуванні тривожного синдрому основний акцент робився на психоедукації щодо механізмів тривоги та фізіологічних реакцій стресу, формуванні навичок емоційної саморегуляції, використанні дихальних технік, заземлення, релаксації та методів зниження гіперактивації. У межах моделі BASIC Ph переважно залучалися компоненти Physiology, Affect та Cognition.

У випадках переважання депресивного синдрому психоедукаційна програма була спрямована на подолання емоційного виснаження, апатії, ангедонії та соціального уникнення. Застосовувалися елементи поведінкової активації, ресурсно-орієнтовані вправи, формування короткострокових цілей, активізація соціальної взаємодії та

психоедукації щодо депресивних реакцій. У даному випадку найбільш активно використовувалися компоненти Social, Belief та Affect.

При домінуванні посттравматичного синдрому основна увага приділялася психоедукації щодо природи психотравми та посттравматичних реакцій, нормалізації переживань, навчанню копінг-стратегіям, стабілізаційним технікам, методам контролю тригерів та елементам травма-фокусованої когнітивно-поведінкової психотерапії. У програму включалися майнд-фулнес технік, вправи на формування відчуття безпеки та зниження емоційної напруги. Найбільш задіяними компонентами моделі BASIC Ph були Cognition, Physiology, Affect та Imagination.

Очікуваними результатами реалізації психоедукаційної програми були зниження вираженості посттравматичної симптоматики, тривожних та депресивних проявів, а також підвищення мотивації до психотерапевтичної допомоги та лікування.

Технологія психотерапевтичних впливів у роботі з УБД являє собою структурований, поетапний процес організації та реалізації психотерапевтичної допомоги, спрямованої на стабілізацію психоемоційного стану, зниження симптомів стрес-асоційованих розладів та відновлення адаптаційного потенціалу особистості. У межах даного дослідження психоосвіта розглядається не як допоміжний елемент, а як системоутворювальний компонент психотерапевтичної технології, що інтегрується на всіх етапах психокорекційного процесу [6; 126].

Психоедукаційна програма була розроблена з урахуванням результатів клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження УБД, проведеного на попередніх етапах роботи. Підставою для її створення стали виявлені високі показники тривожної, депресивної та посттравматичної симптоматики, а також наявність когнітивних та психосоціальних порушень, що негативно впливали на процес лікування та реабілітації.

Програма реалізовувалася у груповому форматі та була розрахована на 3 тижні. Заняття проводилися двічі на тиждень, тривалістю 90 хвилин кожне. Чисельність груп

становила від 8 до 10 учасників, що забезпечувало можливість активної взаємодії між учасниками та створювало умови для групової підтримки.

Структура програми включала три послідовні змістові модулі: інформаційно-освітній, мотиваційно-психокорекційний та адаптаційно-реабілітаційний.

Перший тиждень. *Інформаційно-освітній модуль.* Метою першого етапу було формування базових знань про психічне здоров'я, механізми розвитку психічних порушень та наслідки бойового стресу.

Під час першого заняття учасникам надавалась інформація щодо психічного здоров'я, природи психічних розладів, особливостей реагування організму на екстремальний стрес та основних наслідків участі у бойових діях. Особлива увага приділялася нормалізації ставлення до психологічних реакцій після пережитого травматичного досвіду та подоланню стигматизуючих уявлень щодо звернення по психіатричну і психологічну допомогу.

Друге заняття було присвячене психоедукації щодо тривожних, депресивних та посттравматичних розладів. Учасники ознайомлювалися з основними симптомами зазначених порушень, чинниками їх розвитку, особливостями перебігу та сучасними підходами до лікування. Окремо обговорювалися питання прихильності до терапії та ролі пацієнта в процесі відновлення психічного здоров'я.

Другий тиждень. *Мотиваційно-психокорекційний модуль.* Метою другого етапу було формування мотивації до лікування та розвиток навичок психологічної саморегуляції.

Під час третього заняття учасники опановували знання щодо впливу думок, емоцій та поведінкових реакцій на перебіг психічних розладів. Розглядалися типові когнітивні спотворення, характерні для осіб, які пережили бойову психотравму, а також шляхи їх подолання. Значна увага приділялася формуванню відповідального ставлення до власного психічного здоров'я та підвищенню внутрішньої мотивації до лікування.

Четверте заняття було присвячене практичним навичкам управління стресом. Учасники навчалися технікам емоційної саморегуляції, контролю тривоги,

психофізіологічної релаксації та відновлення психологічної рівноваги. Опрацьовувалися навички конструктивного реагування на стресові ситуації та способи профілактики емоційного виснаження.

Третій тиждень. *Адаптаційно-реабілітаційний модуль.* Метою заключного етапу було покращення психосоціальної адаптації та закріплення отриманих знань і навичок.

П'яте заняття було спрямоване на розвиток навичок міжособистісної взаємодії та соціального функціонування. Розглядалися питання сімейної адаптації, конструктивного спілкування, відновлення соціальних зв'язків та використання ресурсів соціальної підтримки. Особлива увага приділялася труднощам повернення до мирного життя після участі в бойових діях.

Шосте заняття мало інтегративний характер та було присвячене підведенню підсумків психоедукаційної програми. Учасники узагальнювали отримані знання, формували індивідуальні плани підтримання психічного здоров'я, визначали власні ресурси психологічної стійкості та шляхи подальшого використання набутих навичок у повсякденному житті.

Усі заняття поєднували інформаційні повідомлення, групове обговорення, елементи когнітивно-поведінкового підходу, вправи на розвиток навичок саморегуляції, психоосвітні матеріали та зворотний зв'язок від учасників.

Зміст програми адаптувався залежно від провідного психопатологічного профілю учасників, що дозволяло враховувати особливості тривожної, депресивної, посттравматичної та астено-когнітивної симптоматики.

Таким чином, розроблена психоедукаційна програма являла собою структурований тритижневий комплекс психоосвітніх і мотиваційно-психокорекційних заходів, спрямованих на підвищення ефективності терапії непсихотичних психічних розладів, формування прихильності до лікування, розвиток навичок психологічної саморегуляції та покращення психосоціальної адаптації УБД.

Висновки до розділу 4

У результаті проведеного дослідження обґрунтовано доцільність використання психоедукації як складової комплексної терапії непсихотичних психічних розладів в УБД. Встановлено, що висока поширеність тривожних, депресивних, посттравматичних, астеничних і когнітивних порушень, а також недостатня прихильність частини пацієнтів до лікування зумовлюють необхідність застосування спеціалізованих психоедукаційних заходів, спрямованих на підвищення мотивації до лікування, покращення психічної грамотності та розвиток навичок саморегуляції.

Теоретичною основою розробленої програми стали положення біопсихосоціальної моделі психічних розладів, концепції психосоціальної реабілітації, принципи доказової психотерапії та сучасні уявлення про активну роль пацієнта у лікувальному процесі. Визначено, що психоедукація виконує не лише інформаційну, але та мотиваційну, психокорекційну та реабілітаційну функції, сприяючи формуванню терапевтичного альянсу, підвищенню комплаєнсу та активному залученню пацієнтів до процесу лікування.

Розроблено структуровану психоедукаційну програму для УБД, побудовану на основі мультимодальної моделі подолання стресу BASIC Ph M. Лахада. Програма реалізовувалася у груповому форматі та включала психоедукаційні, психокорекційні та адаптаційно-реабілітаційні компоненти, спрямовані на зниження вираженості психоемоційного дистресу, формування адаптивних копінг-стратегій, підвищення психологічної стійкості та покращення психосоціального функціонування УБД.

Встановлено доцільність диференційованого підходу до психоедукаційного впливу залежно від провідного психопатологічного синдрому. Для осіб із переважанням тривожної симптоматики основними напрямками роботи були психоедукація щодо механізмів тривоги, навчання методам саморегуляції та зниження психофізіологічної активації. При домінуванні депресивного синдрому психоедукаційні заходи були спрямовані на подолання апатії, підвищення поведінкової активності та відновлення

соціального функціонування. У випадках переважання посттравматичної симптоматики акцент робився на нормалізації посттравматичних реакцій, формуванні навичок контролю тригерів та розвитку адаптивних способів подолання наслідків психотравматичного досвіду.

Структура психоедукаційної програми включала три взаємопов'язані модулі: інформаційно-освітній, мотиваційно-психокорекційний та адаптаційно-реабілітаційний. Їх реалізація забезпечувала послідовне формування знань про психічне здоров'я, розвиток мотивації до лікування, опанування навичок психологічної саморегуляції та покращення психосоціальної адаптації УБД. Використання групового формату додатково сприяло зниженню соціальної ізоляції, нормалізації переживань та формуванню підтримуючого соціального середовища.

Покращення психічного стану пацієнтів забезпечується завдяки синергійній взаємодії загальних і специфічних компонентів психотерапевтичного впливу, особистісних ресурсів індивіда та сприятливих факторів зовнішнього середовища. Зокрема, результати проведеного дослідження дають підстави розглядати психоедукацію як ключовий механізм мотиваційної психокорекції, який деталізує і посилює терапевтичний альянс, сприяє підвищенню комплаєнсу та активізації внутрішніх резервів пацієнта, що сприяє формуванню проактивної позиції останнього. Цей механізм є фундаментальним для забезпечення тривалості і стійкості позитивних змін у психічному стані, отже, підвищує ефективність психотерапевтичного впливу, зокрема у роботі з УБД.

Застосована нами технологія психотерапевтичних впливів у роботі з УБД є комплексною, поетапною системою, у якій психоосвіта виступає ключовим механізмом підвищення ефективності психотерапії. Інтегративне поєднання психоедукаційних компонентів із різними психотерапевтичними техніками, створює оптимальні умови для максимізації ефективності лікувального процесу. Особливо це стосується роботи з УБД, де комплексний підхід є надзвичайно важливим. Застосування психоедукації у поєднанні з когнітивно-поведенковими, тілесно-орієнтованими та груповими

методиками не лише сприяє зменшенню проявів психопатології, а та активізує відповідальне ставлення пацієнтів до власного психічного здоров'я, зокрема через розвиток навичок самоконтролю та саморегуляції, отже, сприяє формуванню проактивної позиції.

Психоедукація відіграє ключову роль у значному зниженні рівня розвитку психічних розладів завдяки комплексному підходу, що включає систематичний моніторинг психічного стану, своєчасне виявлення патологічних проявів та підвищення поінформованості осіб щодо необхідності своєчасного звернення за професійною допомогою. Завдяки інформуванню пацієнтів про важливість ранньої діагностики та ефективного лікування в межах психоедукаційних програм забезпечується своєчасне отримання адекватної психотерапевтичної підтримки, що істотно зменшує ризик розвитку хронічних форм психічних захворювань та сприяє покращенню довгострокових прогнозів. Таким чином, психоедукація виступає не лише як профілактичний чинник, але та як важливий компонент раннього втручання, спрямованого на трансформацію клінічного перебігу психічних розладів у більш сприятливі форми.

Таким чином, запропонована технологія психотерапевтичного впливу у роботі з УБД репрезентує собою цілісну, поетапну систему, в якій психоедукація виконує роль основного каталізатора підвищення терапевтичної ефективності. Практична реалізація такої інтеграції демонструє високу клінічну результативність, що проявляється у значному зниженні рівнів депресивної, тривожної та посттравматичної симптоматики, а також у зміцненні психоемоційної стійкості, соціальної адаптації та мотивації до подальшої реабілітації. В цілому, психоедукація виступає не лише як допоміжний інструмент, а як фундаментальний компонент мотиваційної психокорекції, який забезпечує тривале закріплення терапевтичних результатів і визначає основу подальшої психологічної відновної роботи, спрямованої на повноцінну ресоціалізацію та підтримку психофізичного здоров'я УБД.

Отже, впровадження психоедукаційних програм продемонструвало високу ефективність у покращенні психічного стану УБД, що проявляється у зниженні рівнів депресії, тривожності та посттравматичних симптомів, підвищенні саморегуляції, соціальної адаптації та мотивації до лікування, де психоедукаційні інтервенції виступаю базовим механізмом мотиваційної психокорекції, який і забезпечує стійкість отриманих терапевтичних результатів і формує основу для подальшої психологічної реабілітації.

Дані розділу 4 представлені у публікації [60].

РОЗДІЛ 5

ДИНАМІКА ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ПСИХОЕДУКАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ

5.1. Динаміка клінічної симптоматики неспсихотичних психічних розладів при використанні психоедукації як засобу підвищення ефективності лікування

На першому етапі оцінки ефективності психоедукаційного втручання було проаналізовано динаміку провідних клінічних проявів неспсихотичних психічних розладів в УБД. Порівняння результатів клініко-психопатологічного обстеження до та після завершення психоедукаційної програми дозволило визначити зміни частоти основних психопатологічних симптомів, характерних для тривожних, депресивних та посттравматичних розладів. Результати аналізу представлені в табл. 5.1.

Таблиця 5.1

Динаміка основних психопатологічних проявів в УБД експериментальної групи до та після психоедукаційного втручання

Симптом	До психоедукації, n (%)	Після психоедукації, n (%)	p
Тривожність	241 (72,6%)	156 (47,0%)	<0,001
Порушення сну	198 (59,6%)	124 (37,3%)	<0,001
Нав'язливі спогади	171 (51,5%)	108 (32,5%)	<0,001
Гіперпильність	163 (49,1%)	95 (28,6%)	<0,001
Знижений настрій	195 (58,7%)	117 (35,2%)	<0,001
Емоційне виснаження	182 (54,8%)	102 (30,7%)	<0,001
Порушення концентрації уваги	136 (41,0%)	89 (26,8%)	0,002

Як видно з даних таблиці 5.1, після завершення психоедукаційної програми в УБД експериментальної групи спостерігалася статистично значуща позитивна динаміка основних психопатологічних проявів. Найбільш виражені зміни відзначалися щодо тривожної симптоматики, порушень сну, посттравматичних проявів та емоційного виснаження.

Частота тривожних проявів зменшилася з 72,6 % до 47,0 % ($p < 0,001$), що свідчить про зниження рівня психоемоційної напруги, внутрішнього неспокою та підвищеної настороженості. Одночасно відзначалося достовірне зменшення кількості учасників із порушеннями сну, які є одним із найбільш поширених клінічних проявів наслідків бойового стресу.

Важливим результатом психоедукаційного втручання стало зменшення поширеності посттравматичних симптомів. Частота нав'язливих спогадів про психотравмуючі події знизилася з 51,5 % до 32,5 %, а проявів гіперпильності – з 49,1 % до 28,6 % ($p < 0,001$). Отримані результати свідчать про позитивний вплив психоедукації на адаптацію до наслідків бойової психотравми та формування більш ефективних механізмів психологічного подолання стресу.

Позитивна динаміка була виявлена також щодо депресивної симптоматики. Частота скарг на знижений настрій зменшилася з 58,7 % до 35,2 %, а емоційного виснаження – з 54,8 % до 30,7 % ($p < 0,001$). Це може свідчити про покращення емоційного стану учасників, підвищення рівня психологічної активності та відновлення внутрішніх ресурсів особистості.

Окремої уваги заслуговують зміни когнітивного функціонування. Після завершення програми спостерігалася статистично значуще зменшення частоти порушень концентрації уваги, що може бути пов'язано як із редукцією тривожної та посттравматичної симптоматики, так і з формуванням навичок психологічної саморегуляції, отриманих під час психоедукаційних занять.

Загалом отримані результати свідчать, що використання психоедукації в структурі комплексної терапії УБД сприяє редукції основних психопатологічних проявів, покращенню емоційного стану та підвищенню адаптаційних можливостей пацієнтів, що підтверджує її ефективність як складової психолого-психіатричної допомоги при непсихотичних психічних розладах.

Аналіз клінічної симптоматики показав статистично значуще зниження частоти основних психопатологічних проявів після проходження психоедукаційної програми. Найбільш виражена позитивна динаміка спостерігалася щодо тривожної симптоматики, порушень сну, посттравматичних проявів та емоційного виснаження.

5.2. Динаміка афективної симптоматики при використанні психоедукації в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами

Після проведення психотерапевтичних інтервенцій було проведено в контингентів експериментальної і контрольної груп ретестування показників депресії (PHQ-9) і тривожності (GAD-7).

Отримані дані в експериментальній групі респондентів узагальнено на рис. 5.1, 5.2. Також було проведено порівняльний аналіз отриманих результатів (рис. 5.3, 5.4).

На основі результатів post-test за показниками депресії в експериментальній групі (рис. 5.1) можна констатувати переважання в аналізованому контингенті учасників бойових дій із легкою (41,3 %) і мінімальною (44 %) депресією. Це вказує на стабілізацію психоемоційного стану респондентів під впливом психоедукаційних заходів. Проте у 12,3 % досліджуваних все ще зберігався помірний рівень депресії, що засвідчує стійкість навіть після корекційних інтервенцій депресивних тенденцій особистості. У 2,4 % респондентів виявлено ознаки вираженої депресією. Позитивною тенденцією у вибірці є відсутність досліджуваних із симптомами тяжкої депресії.

Наведені на рис. 5.2. показники тривожності в експериментальній групі є свідченням позитивних тенденцій, які проявляються у превалюванні у досліджуваному

контингенті осіб із легким рівнем тривожності (65,7 %). Мінімальний рівень тривожності фіксується у 18,4 % респондентів. Описане вище є свідченням значного покращення емоційного стану частини досліджуваних після психоедукаційних заходів.

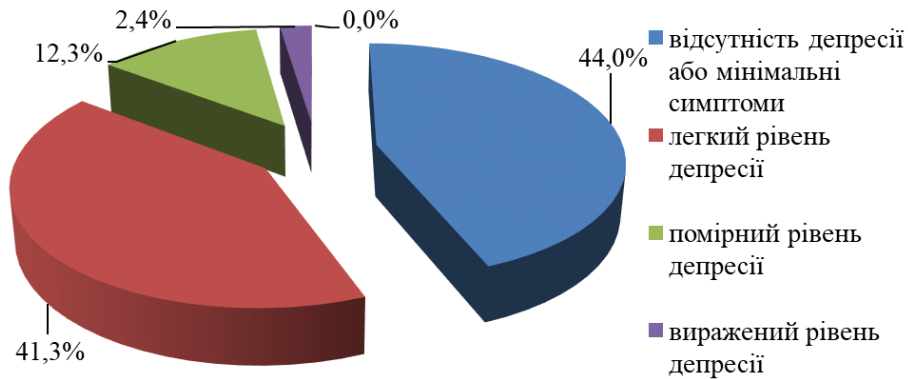


Рис. 5.1. Результати post-test за показниками депресії (PHQ-9) в експериментальній групі

Помірні прояви аналізованого показника характерні для 13,9 % учасників, що вказує на необхідність пролонгування заходів корекційного впливу на цю групу досліджуваних. У незначній кількості досліджуваних все ще зберігається виражений рівень тривожності (2,1 % учасників), що потребує подальшого психологічного та психотерапевтичного супроводу.

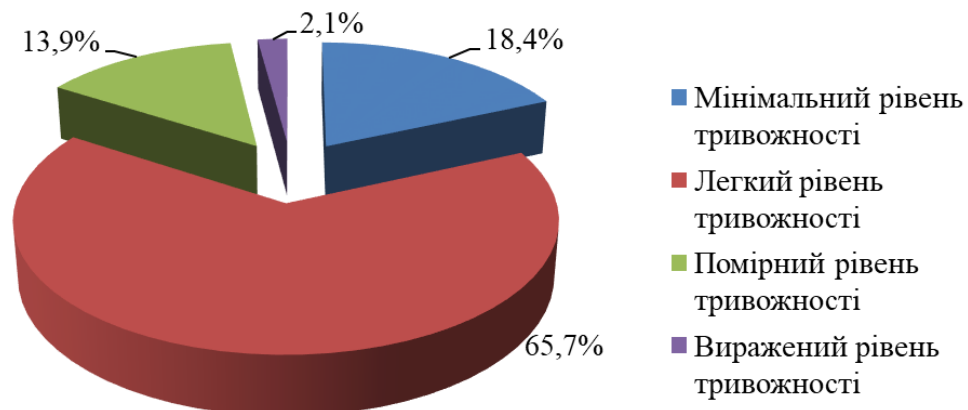


Рис. 5.2 Результати post-test за показниками тривожності (GAD-7) в експериментальній групі

Для фіксації динамічних змін в експериментальній групі у контексті оцінки ефективності впровадження психотерапевтичного втручання проведено порівняльний аналіз результатів post-test і pre-test за показниками депресії та тривожності в основній групі. Дані порівняльного аналізу узагальнено на рис. 5.3 і 5.4.

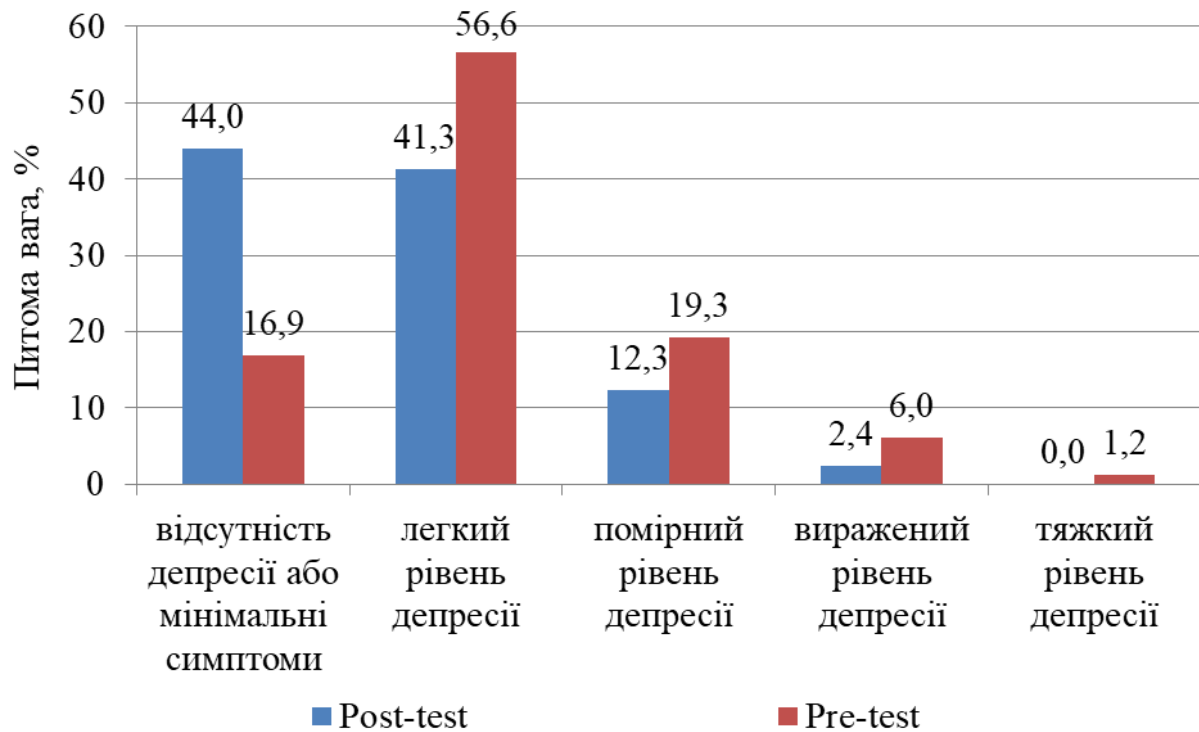


Рис. 5.3 Порівняльний аналіз результатів post-test і pre-test за показниками депресії (PHQ-9) в експериментальній групі

Проведеним порівняльним аналізом показників депресії за підсумками post-test і pre-test (рис. 5.3) підтверджено збільшення питомої ваги респондентів із мінімальними симптомами або відсутніми ознаками депресії (на 27,1 %), що вказує на суттєве покращення показників психоемоційного стану досліджуваного контингенту, підвищення його потенційної здатності до протидії стресовим чинникам і психотравмівному впливу.

Аналогічно спостерігається зменшення кількості респондентів із легкою депресією (на 15,3 %), що засвідчує послаблення депресивних тенденцій особистості у частини досліджуваних. Менш вираженою, але позитивною є тенденція до зменшення

кількості УБД із помірним рівнем депресії (на 3,6 %), скорочення кількості пацієнтів із тяжкими депресивними симптомами (1,2 %), зокрема останні уже не фіксуються після психотерапевтичного втручання.

Проведення порівняльного аналізу результатів post-test і pre-test за показниками тривожності в основній групі (рис. 5.4) слугує підставою для констатації низки позитивних зрушень у проявах тривожності у досліджуваному контингенті.

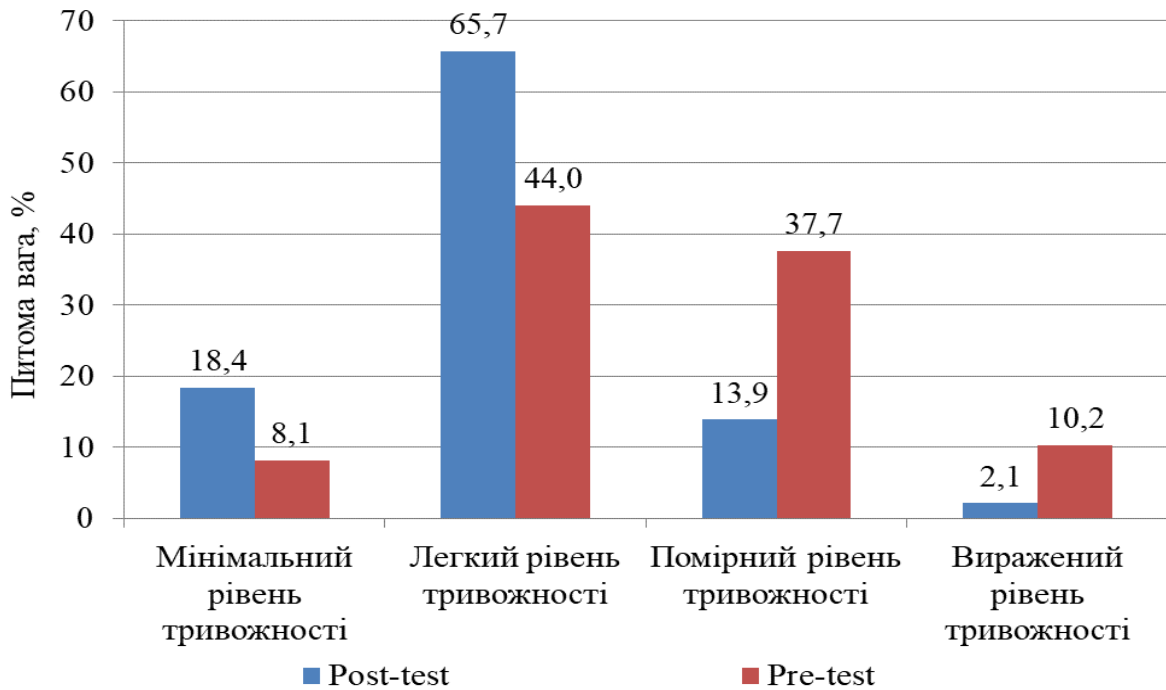


Рис. 5.4 Порівняльний аналіз результатів post-test і pre-test за показниками тривожності (GAD-7) експериментальній групі

Зокрема, позитивними аспектами є збільшення кількості досліджуваних із мінімальними ознаками тривожності (на 10,3 %), з легким рівнем тривожності (на 21,7 %), що вказує на зниження тривожної симптоматики в УБД під дією корекційних впливів. Аналогічно спостерігається зменшення кількості учасників із помірним (23,8 %) і вираженим (на 8,1) рівнями тривожності.

Отримані дані про прояви тривожності та депресії у контрольній групі, узагальнено на рис. 5.5, 5.6. Також було проведено порівняльний аналіз отриманих

результатів post-test і pre-test за показниками депресії та тривожності у контрольній групі (рис. 5.7).

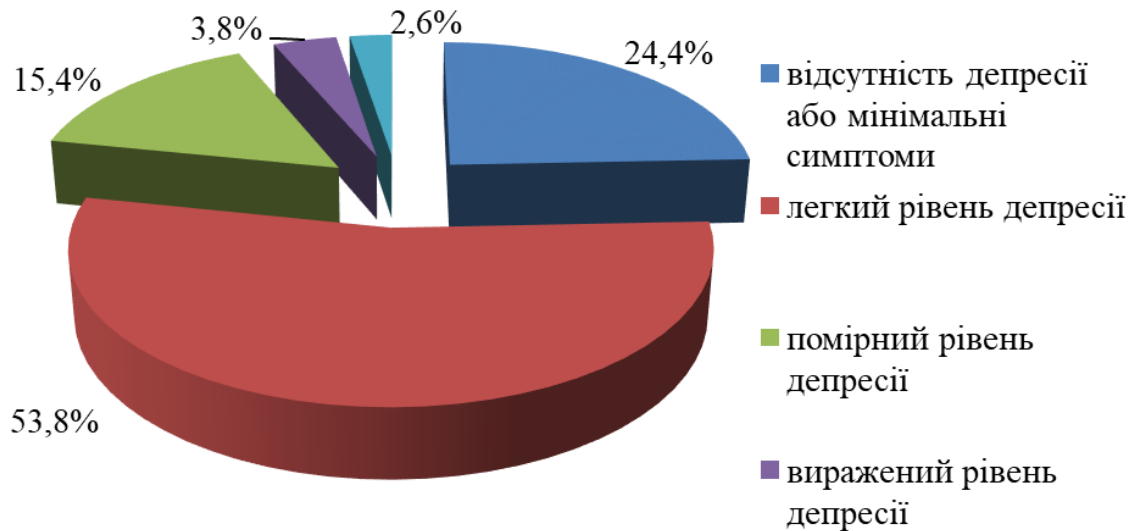


Рис. 5.5 Результати post-test за показниками депресії (PHQ-9) в контрольній групі

Результатами post-test за показниками депресії (PHQ-9) в групі порівняння (рис. 5.5) демонструють переважання у контингенті досліджуваних осіб із легким рівнем депресії (53,8 %), що свідчить про збереження психоемоційного напруження у частини пацієнтів, що могло відбутися внаслідок адаптації учасників до стресових умов, оскільки контрольна група корекційними інтервенціями не охоплювалася.

Другою за значимістю групою респондентів є особи із мінімальними депресивними симптомами (24,4 %), тобто значна частина контрольної групи учасників характеризується тенденцією до стабілізації психоемоційного стану. Помірні показники депресивної симптоматики фіксуються у 15,4 % досліджуваних, що слугує підтвердженням стійкості депресивних тенденцій особистості. У 3,8 % і 2,6 % респондентів виявлено виражений і тяжкий рівні депресії, що свідчить про необхідність впровадження дієвих психотерапевтичних інтервенцій з частиною учасників.

Результати post-test за показниками тривожності (GAD-7) в контрольній групі (рис. 5.6) показують переважання серед досліджуваних осіб із легким рівнем тривожності (53,8 %). Зафіксований у 26,9 % УБД мінімальний рівень тривожності є

підтвердженням проявів аналізованого параметра у більшій частині респондентів. 14,1 % і 5,1 % учасників проявили помірний і виражений рівні тривожності, що вказує на статичність цих проявів у досліджуваних і становить підґрунтя для включення їх до вибірки, яку планувалося охопити психокорекційною, психотерапевтичною роботою.

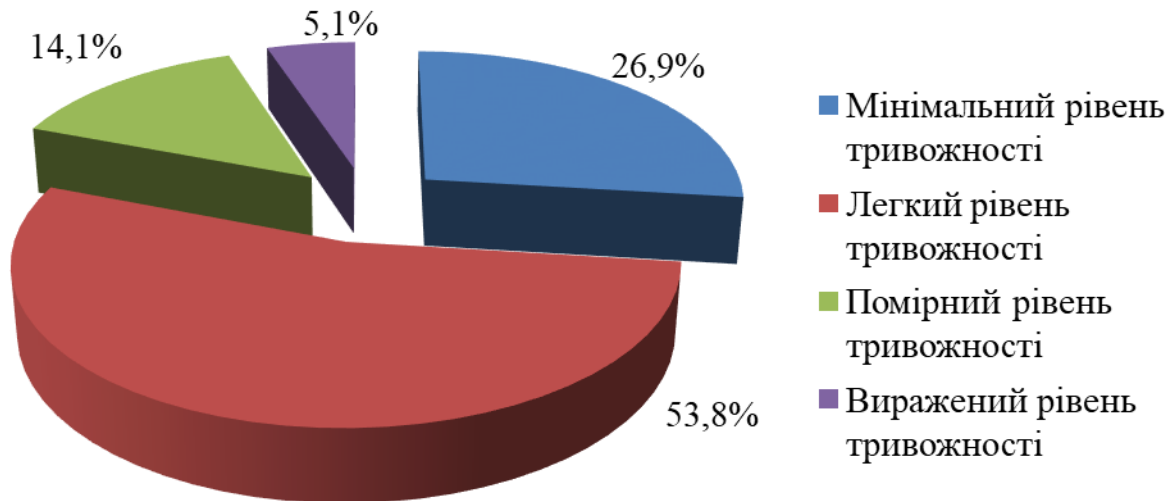


Рис. 5.6 Результати post-test за показниками тривожності (GAD-7) в контрольній групі

З метою оцінки динаміки змін у показниках депресії та тривожності у групі порівняння нами проведено порівняльний аналіз зазначених діагностичних конструктів за підсумками post-test і pre-test, що дає змогу природну зміну симптомів у відсутності спеціальних психокорекційних втручань і оцінити, наскільки самостійно або під впливом зовнішніх факторів вони змінюються.

Дані порівняльного аналізу результатів post-test і pre-test за показниками депресії у контрольній групі (рис. 5.7) демонструють статичність показників мінімального, помірної і вираженого рівнів депресії, адже під час початкового і підсумкового тесту вони залишаються стабільністю. Окрім цього, фіксується незначне збільшення учасників із легким рівнем депресії (на 3,8 %).

Аналогічно незначним є зменшення кількості досліджуваних із помірним рівнем депресії (на 3,8 %), основною причиною чого є відсутність цілеспрямованих психокорекційних або психотерапевтичних втручань у цій групі. Тому у досліджуваному контингенті практично статичними залишаються прояви депресії, які притаманні для УБД, що перебувають у стресових умовах військових операцій.

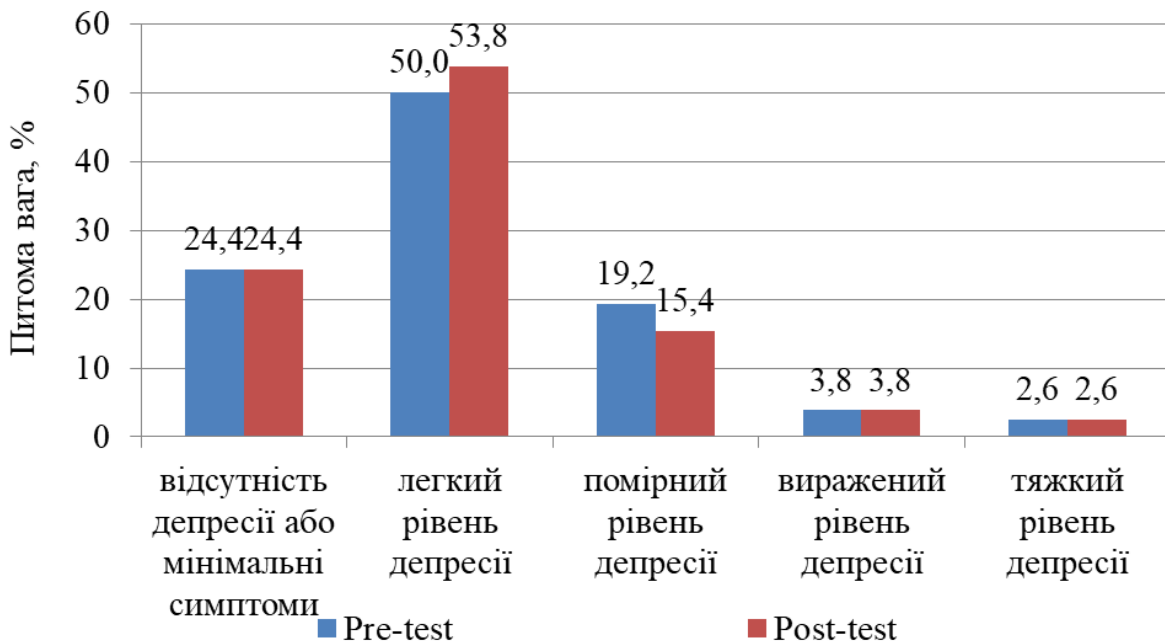


Рис. 5.7 Порівняльний аналіз результатів post-test і pre-test за показниками депресії (PHQ-9) в контрольній групі

Водночас емпірично встановлені зміни кількості учасників із легким (на 3,8 %) та помірним (на 3,8 %) рівнями депресії зумовлені природним процесом психологічної стабілізації частини респондентів без зовнішнього втручання, що відбулося завдяки функціонуванню адаптивних механізмів саморегуляції психіки, при яких частина досліджуваних у частковій мірі адаптувалися до стресових і психотравмівних впливів. Проте такі зміни відображають слабку позитивну динаміку та засвідчують важливість психотерапевтичних інтервенцій у роботі із УБД з проявами депресії.

Як показують результати post-test і pre-test за показниками тривожності (GAD-7) в групі порівняння (рис. 5.8), без наявності корекційних втручань і психотерапевтичних

впливів кількість респондентів із помірним рівнем тривожності залишився сталим, що вказує на збереження негативного впливу тривожності на їхній психічний стан і ризик поглиблення психопатологічних порушень у частини досліджуваних. Проте зафіксовано незначні коливання у кількості осіб із вираженою тривожністю, кількість яких зменшилася на 2,6 %, що зумовлено природнім посиленням адаптаційного потенціалу респондентів після участі у бойових діях або медикаментозною терапією, яку отримують досліджувані із вираженою психопатологією.

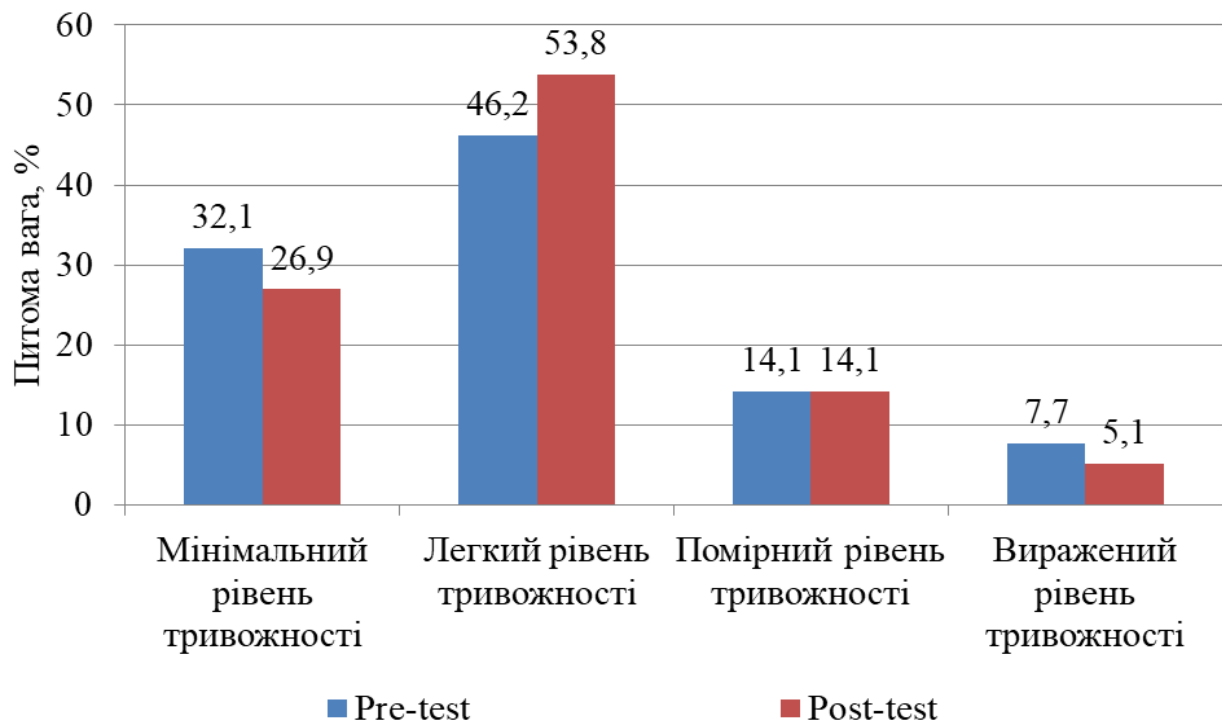


Рис. 5.8 Порівняльний аналіз результатів post-test і pre-test за показниками тривожності (GAD-7) в контрольній групі

Як показують результати post-test і pre-test за показниками тривожності (GAD-7) в групі порівняння (рис. 5.8), без наявності корекційних втручань і психотерапевтичних впливів кількість респондентів із помірним рівнем тривожності залишився сталим, що вказує на збереження негативного впливу тривожності на їхній психічний стан і ризик поглиблення психопатологічних порушень у частини досліджуваних. Проте зафіксовано незначні коливання у кількості осіб із вираженою тривожністю, кількість яких

зменшилася на 2,6 %, що зумовлено природнім посиленням адаптаційного потенціалу респондентів після участі у бойових діях або медикаментозною терапією, яку отримують досліджувані із вираженою психопатологією.

У межах порівняльного аналізу зафіксовано збільшення кількості осіб із мінімальною тривожністю (на 2,5 %) та зменшення кількості досліджуваних із легкою тривожністю (на 7,6 %), що пояснюється природним процесом психологічної стабілізації частини респондентів.

Для визначення статистично значущих відмінностей між основною і групою порівняння проведено непараметричний аналіз з використанням тесту Манна-Уїтні. Результати аналізу узагальнено у табл. 5.2.

Таблиця 5.2

Аналіз статистичної значущості відмінностей між експериментальною та контрольною групами за тестом Манна–Уїтні за результатами ретестування

Показник	Статистика U	p-значення
PHQ-9	11146.5	0.0504
GAD-7	8055.0	3.28×10^{-7}

Дані таблиці 5.2 свідчать, що за методикою PHQ-9 зафіксована тенденція до статистично значущих відмінностей ($p = 0.0504$), що є на межі стандартного рівня значущості ($p < 0.05$). Водночас за методикою GAD-7 p-значення значно менше 0.05 ($p = 3.28 \times 10^{-7}$), що свідчить про статистично значущі відмінності між групами.

У межах дослідження нами також проведено розрахунок статистичної значущості показників за результатами претесту та ретестування в основній групі та окремо у групі порівняння. Для цього було використано критерій Вілкоксона. Дані статистичного аналізу подано у таблицях 5.3 і 5.4.

Наведені у таблиці 5.3 результати показують статистично значущі зміни у показниках PHQ-9 та GAD-7 між пре- та ретестом у основній групі ($p < 0.001$), що свідчить про ефективність проведеного втручання.

Таблиця 5.3

**Аналіз статистично значущих відмінностей в основній групі за критерієм
Вілкоксона за даними пре- і ретестування**

Показник	N	Z-критерій	p (2-стороннє)
PHQ-9	332	-5,142	0,000
GAD-7	332	-5,142	0,000

Результати аналізу (табл. 5.4) показують відсутність статистично значущих змін у показниках PHQ-9 та GAD-7 ($p > 0.05$) у групі порівняння, що свідчить про статичність емоційного стану учасників, яким не виконувалося психоедукаційне втручання.

Таблиця 5.4

**Аналіз статистично значущих відмінностей у контрольній групі за критерієм
Вілкоксона за даними пре- і ретестування**

Показник	N	Z-критерій	p (2-стороннє)
PHQ-9	78	-0.832	0.406
GAD-7	78	-0.547	0.585

Для перевірки взаємозв'язку між депресією та тривожністю на кожному етапі тестування, відстеження його змін після психотерапевтичних інтервенцій було проведено кореляційний аналіз з використанням непараметричного методу рангових кореляцій Спірмена. У таблиці 5.5 наведено результати кореляційного аналізу між показниками тривожності та депресії в експериментальній групі на етапі претестування.

Таблиця 5.5

Результати кореляційного аналізу між показниками тривожності та депресії в експериментальній групі на етапі претестування

Показник		Депресія	Тривожність
Депресія	Коефіцієнт кореляції	1,000	0,723(**)
	Значення р (2-сторон.)	.	0,000
	N	332	332
Тривожність	Коефіцієнт кореляції	0,723(**)	1,000
	Значення р (2-сторон.)	0,000	.
	N	332	332

Примітка.** Кореляція значима на рівні 0.01 (2-стороння).

Наведений у таблиці 5.5 аналіз кореляційних зв'язків між тривожністю та депресією в експериментальній групі на етапі pre-test є підставою для констатації тісного сильного прямого статистично значущого зв'язку між показниками депресії та тривожності ($r = 0,723$). Такі дані свідчать про наявність в респондентів із високими показниками депресивних тенденцій особистості підвищених показників тривожності і слугує підтвердженням взаємопов'язаності емоційно-психологічних станів військовослужбовців-УБД, адже зміни в одному конструкті (депресія) супроводжуються пропорційними змінами в іншому (тривожність).

Дані таблиці 5.6 підтверджують статичність сильного прямого кореляційного зв'язку між депресією та тривожністю на етапі ретестування, що дає підстави підсумувати, що спрямовані на зниження проявів тривожності психологічні інтервенції матимуть також безумовний позитивний вплив на підтримання позитивної динаміки у зменшенні депресивних тенденцій особистості.

Таблиця 5.6

Результати кореляційного аналізу між показниками тривожності та депресії в експериментальній групі на етапі ретестування

Показник		Депресія	Тривожність
Депресія	Коефіцієнт кореляції	1,000	0,727(**)
	Значення р (2-сторон.)	.	0,000
	N	332	332
Тривожність	Коефіцієнт кореляції	0,727(**)	1,000
	Значення р (2-сторон.)	0,000	.
	N	332	332

Примітка.** Кореляція значима на рівні 0.01 (2-стороння).

Таблиця 5.7

Результати кореляційного аналізу між показниками тривожності та депресії в контрольній групі на етапі претестування

Показник		Депресія	Тривожність
Депресія	Коефіцієнт кореляції	1,000	0,762(**)
	Значення р (2-сторон.)	.	0,000
	N	78	78
Тривожність	Коефіцієнт кореляції	0,762(**)	1,000
	Значення р (2-сторон.)	0,000	.
	N	78	78

Примітка.** Кореляція значима на рівні 0.01 (2-стороння).

Як свідчать наведені у таблиці 5.7 дані статистичного аналізу, у контрольній групі під час претестування фіксується сильний прямий кореляційний зв'язок між тривожними і депресивними проявами в респондентів ($r=0,762$).

Дані таблиці 5.8 засвідчують збереженість сильного кореляційного зв'язку між показниками тривожності та депресії у респондентів навіть без впровадження психотерапевтичного впливу ($r = 0,800$). Тому в цілому, існує стійкий прямий сильний кореляційний зв'язок між депресивною і тривожною симптоматикою в УБД.

Таблиця 5.8

Результати кореляційного аналізу між показниками тривожності та депресії в контрольній групі на етапі ретестування

Показник		Депресія	Тривожність
Депресія	Коефіцієнт кореляції	1,000	0,800(**)
	Значення р (2-сторон.)	.	0,000
	N	78	78
Тривожність	Коефіцієнт кореляції	,800(**)	1,000
	Значення р (2-сторон.)	0,000	.
	N	78	78

Примітка.** Кореляція значима на рівні 0.01 (2-стороння).

Таким чином, результати формувального етапу показали статистично та психологічно значущу позитивну динаміку показників депресії (PHQ-9) і тривожності (GAD-7) в експериментальній групі після впровадження психоедукаційної програми, тоді як у групі порівняння суттєвих змін не зафіксовано. Це підтверджує ефективність психоедукації як механізму зниження тривожно-депресивної симптоматики та активізації мотиваційних ресурсів особистості. Проведеним дослідженням

підтверджено гіпотезу про наявність в УБД внаслідок стресу від участі в військових операціях взаємозв'язку тривожних, депресивних та когнітивних порушень. Також доведено ефективність застосування психоедукації як механізму мотиваційної психокорекції, оскільки вона сприяє зниженню рівня психічної тривожності, депресії та покращенню психофункціонального стану досліджуваних.

Висновки до розділу 5

З метою оцінки ефективності запропонованої психоедукаційної програми в покращенні результатів лікування непсихотичних психічних розладів в УБД відповідно до принципів доказовості у наукових дослідженнях нами було проведено порівняльний аналіз показників депресії і тривоги в динаміці лікування в основній та контрольній групах. До початку втручання групи були повністю спільномірними за соціально-демографічними і клініко-психопатологічними характеристиками.

На першому етапі оцінки було проаналізовано динаміку провідних клінічних проявів непсихотичних психічних розладів у УБД. Порівняння результатів клініко-психопатологічного обстеження до та після завершення психоедукаційної програми дозволило встановити після завершення психоедукаційної програми в УБД експериментальної групи наявність статистично значущої позитивної динаміки основних психопатологічних проявів: тривожної симптоматики, порушень сну, посттравматичних проявів та емоційного виснаження. Так, частота тривожних проявів зменшилася з 72,6 % до 47,0 % ($p < 0,001$), частота нав'язливих спогадів про психотравмуючі події знизилася з 51,5 % до 32,5 %, а проявів гіперпильності – з 49,1 % до 28,6 % ($p < 0,001$). Отримані результати свідчать про позитивний вплив психоедукації на адаптацію до наслідків бойової психотравми та формування більш ефективних механізмів психологічного подолання стресу. Встановлено також позитивну динаміку щодо депресивної симптоматики: частота скарг на знижений настрій зменшилася з 58,7 % до 35,2 %, а емоційного виснаження – з 54,8 % до 30,7 % ($p < 0,001$). У групі

втручання спостерігалось збільшення питомої ваги осіб з легкими формами депресії та відсутністю депресивних проявів, а також збільшення питомої ваги осіб з мінімальними ознаками тривожності і з легким рівнем тривожності. У контрольній групі позитивні зміни у психоемоційному стані були не суттєвими; при цьому статистичним аналізом підтверджено значущий характер відмінностей між групою втручання і контрольною групою після лікування щодо депресії і тривожності.

Кореляційним аналізом підтверджено наявність сильного прямого статистично значущого зв'язку між показниками депресії та тривожності, що підтверджує високий рівень коморбідності цих станів.

Результати формувального етапу показали статистично та психологічно значущу позитивну динаміку показників депресії (PHQ-9) і тривожності (GAD-7) в експериментальній групі після впровадження психоедукаційної програми у порівнянні з контрольною групою. Це підтверджує ефективність психоедукації як механізму зниження тривожно-депресивної симптоматики та активізації мотиваційних ресурсів особистості, оскільки вона сприяє зниженню рівня психічної тривожності, депресії та покращенню психофункціонального стану досліджуваних.

Дані розділу 5 представлені у публікаціях [61, 62].

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведене дослідження було спрямоване на оцінку ефективності психоедукації у системі комплексного лікування неспсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій та визначення її впливу на психоемоційний стан, рівень тривожної і депресивної симптоматики та показники психосоціальної адаптації. Отримані результати дозволили здійснити комплексний аналіз змін психічного стану респондентів, визначити основні механізми впливу психоедукації та узагальнити її значення у сучасній системі психіатричної, психотерапевтичної та медико-психологічної допомоги. У дослідженні взяли участь 410 учасників бойових дій, які були розподілені на експериментальну групу ($n = 332$) та контрольну групу ($n = 78$). Дослідження проводилося за дизайном повторних вимірювань (pre-test / post-test), що дозволило оцінити динаміку психоемоційного стану під впливом психоедукаційних інтервенцій.

На констатувальному етапі встановлено, що психічний стан респондентів характеризувався підвищеним рівнем тривожності та вираженою депресивною симптоматикою. Середні значення за шкалою депресії PHQ-9 становили $14,2 \pm 2,1$ бала, що відповідало помірно вираженому рівню депресії, тоді як показники тривожності за шкалою GAD-7 склали $13,5 \pm 2,0$ бала та свідчили про клінічно значущий рівень тривожних проявів. Отримані результати підтверджують наявність стійкого тривожно-депресивного симптомокомплексу в учасників бойових дій та узгоджуються з сучасними даними щодо психічних наслідків бойового стресу.

У ході формувального етапу дослідження після впровадження психоедукаційної програми в експериментальній групі було зафіксовано статистично значущу позитивну динаміку показників психоемоційного стану. Зокрема, рівень депресії за шкалою PHQ-9 знизився з $14,2 \pm 2,1$ до $8,1 \pm 1,8$ бала, що відповідало редукції симптоматики більш ніж на 40%. Аналогічно показники тривожності за шкалою GAD-7 зменшилися з $13,5 \pm 2,0$ до $7,4 \pm 1,7$ бала, що також свідчило про суттєве зниження клінічно значущих проявів

тривоги. Статистичний аналіз змін в експериментальній групі за критерієм Вілкоксона підтвердив достовірність отриманих результатів: для показників PHQ-9 та GAD-7 було отримано статистично значущі відмінності при рівні значущості $p < 0,001$. Таким чином, виявлена позитивна динаміка відображає реальний терапевтичний вплив психоедукаційного втручання.

У контрольній групі, де психоедукаційні заходи не застосовувалися, статистично значущих змін не виявлено. Показники депресії та тривожності залишалися відносно стабільними, що підтверджувалося результатами аналізу за критерієм Вілкоксона ($p > 0,05$) та свідчило про відсутність суттєвої спонтанної редукції симптоматики без цілеспрямованого психотерапевтичного втручання.

Отримані результати дозволяють констатувати, що психоедукація забезпечує суттєве зниження рівня тривожної та депресивної симптоматики, причому її ефект має не лише статистичне, а й клінічне значення. Зменшення показників за шкалами GAD-7 та PHQ-9 більш ніж на 5 балів свідчить про перехід частини респондентів із категорії клінічно значущих психічних розладів до субклінічного або помірному рівня проявів.

Узагальнення отриманих даних дозволяє розглядати психоедукацію як ефективний компонент комплексного лікування неспсихотичних психічних розладів, який сприяє зниженню рівня тривожної та депресивної симптоматики, підвищенню прихильності до лікування, формуванню адаптивних копінг-стратегій та покращенню психосоціального функціонування пацієнтів. Важливим аспектом її впливу є зміна когнітивних уявлень про власний психічний стан, зниження рівня невизначеності та катастрофізації, а також розвиток навичок саморегуляції та конструктивного подолання стресових ситуацій.

Отримані результати дозволяють розглядати психоедукацію не лише як допоміжний компонент терапії, а як важливий елемент комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги. По-перше, психоедукація забезпечує формування адекватного розуміння природи психічних розладів та механізмів їх розвитку, що сприяє зниженню тривоги та підвищенню психологічної визначеності. По-друге, вона підвищує

прихильність до лікування та залученість пацієнтів до терапевтичного процесу. По-третє, психоедукація сприяє формуванню адаптивних копінг-стратегій, розвитку навичок саморегуляції та підвищенню відповідальності за власне психічне здоров'я.

Важливим результатом дослідження є підтвердження того, що психоедукаційні втручання мають не лише симптом-редукційний ефект, але й позитивно впливають на більш глибокі механізми психічного функціонування, зокрема когнітивну, поведінкову та адаптаційну сфери особистості. Це дозволяє розглядати психоедукацію як ефективний інструмент комплексного лікування та психосоціальної реабілітації, який сприяє зменшенню ризику хронізації психічних розладів, покращенню адаптаційних можливостей та підвищенню якості життя учасників бойових дій.

Отримані результати мають важливе практичне значення для системи охорони психічного здоров'я. Вони обґрунтовують доцільність широкого впровадження психоедукаційних програм у структуру психіатричної, психотерапевтичної та медико-психологічної допомоги учасникам бойових дій, а також інтеграцію даного підходу у професійну підготовку фахівців, які працюють із ветеранами та військовослужбовцями.

Таким чином, проведене дослідження підтверджує, що психоедукація є ефективним, науково обґрунтованим та практично значущим компонентом комплексного лікування непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, який сприяє зниженню тривожної та депресивної симптоматики, покращенню психоемоційного стану, підвищенню прихильності до лікування, розширенню адаптаційних ресурсів особистості та підвищенню ефективності лікувально-реабілітаційних заходів.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено теоретичне обґрунтування і запропоновано нове вирішення актуальної задачі сучасної психіатрії щодо підвищення ефективності лікування непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій шляхом застосування психоедукації як інструменту залученості і підвищення прихильності до терапії.

1. Встановлено, що у нозологічній структурі непсихотичних психічних розладів на сучасному етапі переважають невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (45,2 %), що відображують вплив бойового стресу. При цьому виявлено значну ураженість учасників бойових дій органічними, включаючи симптоматичні, психічними розладами (36,4 %), що є наслідком радикальної зміни характеру бойових уражень з домінуванням вибухової травми (баротравми), і, як наслідок, значної коморбідності бойових поранень з черепно-мозковими травмами. Встановлено, що афективні розлади, психічні та поведінкові розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, а також розлади особистості та поведінки у дорослому віці складають відносно малу частку непсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій – 9,0 %, 6,3 % та 3,1 % відповідно. У структурі невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів переважають посттравматичних стресовий розлад (34,1 %), розлади адаптації (27,0 %), і генералізований тривожний розлад (20,0 %) при меншій питомій вазі змішаного тривожного і депресивного розладу (12,4 %) та соматоформних розладів (6,5 %). В структурі органічних психічних розладів найбільш поширеними є органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад (38,9 %), органічний тривожний розлад (22,8 %), постконтузійний синдром (18,1 %) і органічний афективний розлад (14,1 %) з меншою питомою вагою легкого когнітивного розладу (6,1 %). Афективні розлади в учасників бойових дій були представлені депресивним епізодом (56,8 %), рекурентним депресивним розладом (32,4 %) та стійкими афективними розладами (10,8 %).

Непсихотичним психічним розладам в учасників бойових дій притаманна висока коморбідність, представлена комбінацією ПТСР з тривожним розладом (32,4 %) та депресивним розладом (24,8 %), тривожного та депресивного розладу (21,9 %), і поєднанням органічного розладу з тривожним і депресивним розладом (15,2 %).

У синдромологічній структурі непсихотичних психічних розладів встановлено домінування тривожного (72,7 %), депресивного (58,8 %) та астенічного (52,2 %) синдромів при значній ураженості учасників бойових дій посттравматичним синдромом (45,4 %) і порушеннями когнітивного функціонування виявлені (40,7 %).

2. Встановлено, що учасникам бойових дій з непсихотичними психічними розладами притаманні переважно високі рівні особистісної тривожності (59,8%) при значній питомій вазі осіб з помірною особистісною тривожністю (34,8 %), тоді як рівень реактивної тривожності є переважно помірним (44,1 %) та низьким (39,3 %). При цьому рівень загальної тривожності в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами є переважно високим (36,3 %), середнім з тенденцією до високого (29,4 %) та середнім з тенденцією до низького (27,6 %). Встановлено, що переважна більшість учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами (70,3 %) зберігає відносно стабільний емоційний стан, що проявляється низькими показниками депресії, при значній (24,0 %) частці пацієнтів з ознаками невротичної депресії. Виявлено значну ураженість учасників бойових дій порушеннями когнітивного функціонування помірного (46,5 %) та легкого (40,2 %) ступеня, тоді як нормальний рівень когнітивного функціонування наявний лише у 9,0 % пацієнтів. Встановлено переважно задовільний рівень функціонального стану в учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами (77,5 %) при незначній питомій вазі осіб з гарним (14,7 %) і поганим (7,8 %) функціональним станом. Кластеризація посттравматичної симптоматики виявила переважання пацієнтів з відносно компенсованими та субклінічними проявами бойової психічної травми (50,6 %), що може бути детерміновано наявністю адаптивних механізмів психологічного захисту; при цьому значною є також частка пацієнтів з помірним рівнем посттравматичної симптоматики (44,0 %).

3. Встановлено і кількісно оцінено закономірності взаємозв'язків афективних та постстресових порушень, психофункціонального стану і когнітивного функціонування в рамках комплексної моделі психопатологічного реагування при непсихотичних психічних розладах в учасників бойових дій. Виявлені взаємозв'язки підтверджують існування єдиного тривожно-депресивного симптомокомплексу у структурі непсихотичних психічних розладів УБД та обґрунтовують доцільність використання психоедукації як складової комплексної системи лікування і психосоціальної реабілітації даного контингенту пацієнтів.

4. Встановлено, що зростання загального рівня психічної напруженості, внутрішнього неспокою та відчуття небезпеки в учасників бойових дій є предиктором посилення депресивної симптоматики ($\beta = 0,332$; $p < 0,001$), тоді як депресія є значущим предиктором загальної психічної тривожності ($\beta = 0,251$; $p < 0,001$) і особистісної тривожності ($\beta = 0,189$; $p < 0,001$). Доведено, що загальна психічна тривожність може розглядатися в якості предиктора особистісної тривожності ($\beta = 0,263$; $p < 0,001$) як механізму хронізації тривожних станів і формування стійких патохарактерологічних рис. Водночас, не підтверджено предиктивну роль ситуативної тривожності щодо розвитку депресії ($\beta = 0,114$; $p = 0,057$), доведено, що емоційні чинники не є предикторами порушень когнітивного функціонування в учасників бойових дій, а когнітивні порушення не можуть розглядатися в якості предикторів зниження рівня самопочуття ($\beta = 0,006$; $p = 0,909$). Обґрунтовано доцільність використання психоедукаційних технік як засобу покращення ефективності лікування через збільшення залученості пацієнта до терапії з використанням впливу на афективні, когнітивні та постстресові психологічні та психопатологічні механізми.

5. Науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено у практику охорони здоров'я програму психоедукації як інструменту збільшення ефективності лікування через покращення залученості і прихильності до терапії учасників бойових дій, що ґрунтується на положеннях біопсихосоціальної моделі психічних розладів, і спрямована на формування активної участі пацієнта в лікувально-реабілітаційному процесі.

Запропонована програма враховує специфічні особливості учасників бойових дій, зокрема високу поширеність посттравматичної симптоматики, труднощі емоційної регуляції, зниження довіри до оточення, наявність когнітивних спотворень, а також необхідність психосоціальної адаптації при переході до цивільного життя. Ефективність включення психоедукаційної програми до комплексу лікувальних заходів для учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами підтверджена значущим зменшенням рівнів депресії і тривожності у осіб, які пройшли курс психоедукації, що дає підстави рекомендувати зазначену програму для впровадження у практику охорони здоров'я.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Включати психоедукаційні програми за запропонованим алгоритмом до комплексу лікувально-реабілітаційних заходів для учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами для збільшення прихильності і залученості пацієнта до терапії, зменшення виразності депресивної та тривожної симптоматики і попередження ускладнень.

2. Для забезпечення найбільшого ефекту використовувати психоедукацію на початкових етапах надання психіатричної допомоги як базовий компонент втручання для зниження тривоги, підвищення обізнаності пацієнтів та формування мотивації до лікування.

3. Використовувати структуровані психоедукаційні програми (6–10 сесій), що включають інформаційний компонент, розвиток навичок саморегуляції та формування адаптивних копінг-стратегій.

4. Застосовувати стандартизовані психометричні інструменти (шкали PHQ-9, GAD-7, PCL-5) для оцінки динаміки психічного стану на етапах до та після втручання.

5. Використовувати психоедукацію як обов'язковий компонент роботи мультидисциплінарної команди з метою підвищення ефективності лікування, реабілітації та покращення адаптаційних можливостей учасників бойових дій з непсихотичними психічними розладами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв, Н. А., Кокун, О. М., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., Остапчук, В. В., & Ткаченко, В. В. (2016). *Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців*. Київ: НДЦ ГП ЗСУ. <https://surl.li/jalioc>
2. Акименко, Ю. Ф., & Сила, Т. І. (2017). *Як допомогти родині учасника бойових дій: Методичний посібник для соціальних працівників і психологів*. Десна Поліграф.
3. Блінов, О. А. (2016). *Психологія бойової психічної травми*. Талком.
4. Боярська, З. О., & Пінчук, Р. С. (2018). Динаміка тривожності учасників операції об'єднаних сил. *ScienceRise: Biological Science*, 5(14), 22–26. <https://doi.org/10.15587/2519-8025.2018.146930>
5. Бриндіков, Ю. Л. (2018). Організаційно-педагогічні умови дієвості реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних сил України, що брали участь у бойових діях. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Серія: Педагогіка і психологія*, 1(15), 69–75.
6. Буковська, О. О. (2015). Психологічна допомога сім'ям військовослужбовців, які повертаються із зони бойових дій. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки*, 128, 29–32.
7. Буряк, О. О., Гіневський, М. І., & Катеруша, Г. Л. (2015). Військовий синдром «АТО»: Актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*, 2, 176–181.
8. Вебер, Т. (2020). *Травмафокус. Спеціалізований психотерапевтичний метод для роботи зі стресом, травмою та хронічним болем*. Харків: Літера нова.
9. Волков, Д. С., & Абатурова, О. А. (2022). Особливості психічного здоров'я учасників бойових дій ЗС України. У *Current issues of science, prospects and challenges: Collection of Scientific Papers «SCIENTIA»* (Vol. 3, pp. 40–43). International Center of Scientific Research.

10. Волошин, П. В., & Марута, Н. О. (2015). Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: Сучасні можливості та перешкоди. *Український вісник психоневрології*, 23(1), 5–11.
11. Волошин, П. В., & Марута, Н. О. (2016). *Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика)*. Харків: Строков Д. В.
12. Гершанов, О. (2020). *Основи роботи з травмою: інформаційні матеріали для учасників тренінгів «Робота з травмою та втратою. Основи супервізії»*. Israel Trauma Coalition & Council of Europe. <https://rm.coe.int/ptsd-ukr/1680a0a10b>
13. Денисенко, М. М., Лакінський, Р. В., Шестопалова, Л. Ф., & Лінський, І. В. (2017). Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. *Український вісник психоневрології*, 25(2), 40–44. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_2_12
14. Єна, А. І., Маслюк, В. В., & Сергієнко, А. В. (2014). Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*, 1, 5–16. http://nbuv.gov.ua/UJRN/njmoz_2014_1_4
15. Журавльова, Н. Ю. (2020). Прояви ПТСР і вторинна травматизація: психотерапевтична допомога сім'ям ветеранів бойових дій. У *Психологія та педагогіка: необхідність впливу науки на розвиток практики в Україні* (Ч. 2, с. 113–117). Львів: Львівська педагогічна спільнота.
16. Кабінет Міністрів України. (2017). Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року (Розпорядження № 1018-р). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>
17. Кабінет Міністрів України. (2022). Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб (Постанова № 1338). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-%D0%BF#Text>

18. Кісарчук, З. Г., Омельченко, Я. М., Лазос, Г. П., Гурлева, Т. С., Плескач, Б. В., Гребінь, Л. О., Журавльова, Н. Ю., Литвиненко, Л. І., & Уркаєв, В. С. (2020). *Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу* (З. Г. Кісарчук, Ред.). Київ: Слово. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/722181/1/Monograph2020_labpsychother.pdf
19. Кожина, А. М., & Гайчук, Л. М. (2017). Психосвітні заходи в умовах гібридної війни. *Український вісник психоневрології*, 25, 1(90), 124.
20. Кокун, О. М., Агаєв, Н. А., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., & Остапчук, В. В. (2017). *Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник*. НДЦ ГП ЗСУ.
21. Колесніченко, О. С. (2018). *Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців*. Харків: Бровін О. В. <https://surl.li/fwkqhw>
22. Колесніченко, О. С., Приходько, І. І., & Мацегора, Я. В. (2021). *Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах*. Харків: НАНГУ.
23. Колесніченко, О. С., Приходько, І. І., Мацегора, Я. В., Юр'єва, Н. В., Лиман, А. А., & Байда, М. С. (2020). *Прикладна психодіагностика в Національній гвардії України* (І. І. Приходько, Ред.). Харків: Національна академія Національної гвардії України. <https://surl.li/ouhrhl>
24. Колеснік, Н. В., & Васильєва, Г. В. (2021). Емоційні та поведінкові порушення внаслідок ПТСР. *Габітус*, 30, 65–69. https://web.archive.org/web/20220114090355id_/http://habitus.od.ua/journals/2021/30-2021/10.pdf
25. Координаційний центр з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України. (2023). *Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?»*. <https://howareu.com/>
26. Кротюк, К. А. (2022). Рівень психологічної тривожності у військовослужбовців, які перебувають в зоні ООС. *Перспективи та інновації науки*, 2(7), 892–899.

27. Кудренко, О. В., & Афанасенко, В. С. (2018). Вплив стрес-факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовців повітряних сил (на основі досвіду АТО). *Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України*, 2(31), 137–144. <https://scholar.archive.org/work/fellrhm3s5hohjchsbkk6fysly>
28. Кучеренко, С. М., & Хоменко, Н. М. (2017). Організаційні особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, до умов мирного життя. *Проблеми екстремальної та кризової психології: Збірник наукових праць*, 21, 66–74.
29. Литвиненко, Л. І. (2016). Особливості психотерапевтичної взаємодії психолога з військовослужбовцями та ветеранами, що знаходяться на реабілітації після травмівних подій. В *Актуальні проблеми психології. Консультативна психологія і психотерапія* (Т. 3, вип. 12, с. 76–86). Вінниця: Рогальська І. О.
30. Литвиненко, Л. І. (2018). Інтегративна модель у роботі з проявами ПТСР у ветеранів та військовослужбовців. В *Актуальні проблеми психології. Консультативна психологія і психотерапія* (Т. 3, вип. 14, с. 77–98). Київ: Логос.
31. Мазур, О. В., Лемещук, М. В., Коваленко, І. В., Ордатій, Н. М., & Мацько, Н. Г. (2023). Лікування посттравматичного стресового розладу: огляд КПТ втручань на основі доказової медицини. *Наукові перспективи*, 9(39), 600–612. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-9\(39\)-600-612](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-9(39)-600-612)
32. Марута, Н. О., Федченко, В. Ю., Панько, Т. В., & Каленська, Г. Ю. Психічне здоров'я в умовах війни: сучасні виклики та напрями допомоги. *Український вісник психоневрології*, 30(4), 5–13.
33. Матвієць, Л. Г. (2017). Організація та моніторинг своєчасного надання медико-психологічної допомоги на первинному рівні при гострих та посттравматичних стресових розладах. *Сімейна медицина*, 5, 6–11.
34. Матейко, Н. М. (2021). Передумови формування саногенного мислення в учасників бойових дій. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*, 32(71), 1–6.

35. Міжнародна організація з міграції. (2024). *Соціальна реінтеграція ветеранів в Україні*. https://ukraine.iom.int/sites/g/files/tmzbd11861/files/documents/2024-01/veterans-social_reintegration_eng.pdf
36. Міністерство внутрішніх справ України. (2016). Про затвердження Положення про психологічне забезпечення в Національній гвардії України (Наказ № 1285). *Відомості Верховної Ради України*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0080-17#Text>
37. Міністерство охорони здоров'я України. (2016). *Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад*. Міністерство охорони здоров'я України. http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_121_PTZR/2016_121_YKPMO_PTZR.pdf
38. Міністерство охорони здоров'я України. (2022). Про затвердження Порядку надання психіатричної допомоги мобільною мультидисциплінарною командою (Наказ № 1600). *Верховна Рада України*. <https://zakon.rada.gov.ua/go/z1102-22>
39. Міністерство охорони здоров'я України. (2024). *Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації»* (Наказ № 1265). <https://surl.li/nkduug>
40. Національна служба здоров'я України. (2025). *Уряд розширює перелік медичних послуг для ветеранів війни на первинному рівні медичної допомоги*. <https://nszu.gov.ua/en/news/uriad-rozsiriuje-perelik-medicnix-poslug-dlia-veterani-3>
41. Нікітов, В. В. (2020). Психічне здоров'я та психологічна реабілітація учасників АТО. У *Розвиток наукової думки постіндустріального суспільства: сучасний дискурс: Матеріали міжнародної наукової конференції* (Т. 3, с. 16–17). Міжнародний центр наукових досліджень.

42. Олексенко, С. В. (2020). Психоедукація як засіб формування культури психологічного здоров'я у педагогічних працівників. *Технології розвитку інтелекту*, 4, 1(26). https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/32084/1/S_Oleksenko_TRI_1%2826%29_IPP_O.pdf
43. Олексюк, Н. (2009). Позитивна спрямованість сімейних взаємин як вагомий чинник життєдіяльності сімей військовослужбовців Збройних сил України. *Проблеми сучасної психології*, 4, 249–258.
44. Омелянович, В. Ю. (2019). Суспільні та сімейні аспекти діагнозу посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій. *Psychosomatic medicine and general practice*, 4,(1), e0401183. http://nbuv.gov.ua/UJRN/psmgrp_2019_4_1_6
45. Президент України. (2023, 8 лютого). *Маємо переплавити жахливий досвід на посттравматичне зростання – перша леді на Міжвідомчій координаційній раді з питань охорони психічного здоров'я*. <https://surl.li/ohcoym>
46. Приходько, І. І. (2018). Система профілактики та контролю бойового стресу у військовослужбовців. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*, 1. <https://surl.li/otyobj>
47. Приходько, І. І., Мацегора, Я. В., & Байда, М. С. (2023). Психологічне відновлення українських військовослужбовців після тривалої участі у бойових діях. *Честь і закон*, 4(87), 121–128. <https://doi.org/10.33405/2078-7480/2023/4/87/295208>
48. Пророк, Н., Царенко, Л., & Бойко, С. (2021). Адаптація, дезадаптація, розлади адаптації: питання термінології. *Грааль науки*, 9, 373–381. <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.22.10.2021.66>
49. Рибчук, О. (2020). Психогенні розлади військовослужбовців: історія та сучасність. *Вісник Національного університету оборони України*, 51(1), 118–123. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2019-51-1-118-123>

50. Саранча, І., & Стасюк, В. (2022). Соціально-психологічна адаптація учасників бойових дій до мирних умов життя. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія*, 71, 127–133. <https://doi.org/10.31652/2415-7872-2022-71-127-133>
51. Сергієнкова, О., Цюман, Т., & Справцева, К. (2025). Психоедукація вразливих верств населення з використанням соціальних мереж у воєнний час. *Наукові інновації та передові технології*, 7(47), 1382–1392. [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-7\(47\)-1382-1392](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-7(47)-1382-1392)
52. Стеблюк, В. В., & Проноза-Стеблюк, К. В. (2018). Травма та травмотерапія: історія та сьогодення. *Український вісник психоневрології*, 26(4), 82–86. <https://surl.li/qsdtku>
53. Ступницька, О. Г. (2025). Вплив бойового стресу на психоемоційний стан військовослужбовців. *Габітус*, 72(2), 141–146. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.72.2.23>
54. Ткач, А. В. (2022). Психоемоційний стан людини та самодопомога під час бойових дій. У *Березневі наукові читання: Збірник наукових матеріалів LXXXI міжнародної науково-практичної інтернет-конференції* (с. 41–42). el-conf.com.ua. https://el-conf.com.ua/wp-content/uploads/2022/03/Вінниця_березень_2022.pdf
55. Титаренко, Т. М. (2019). Технології відновлення психологічного здоров'я особистості в умовах війни: комплексний підхід. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, 43, 54–62.
56. Фільц, О. О., & Седих, К. В. (2024). *Основи психотерапії* (2-ге вид., доп.). Київ: Академія.
57. Цимбалюк, М., & Жигайло, Н. (2023). Психологічна адаптація до цивільного життя демобілізованих з лав ЗСУ та інших військових формувань. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, 16, 46–55. <https://doi.org/10.30970/PS.2023.16.7>

58. Чабан, О. С., & Хаустова, О. О. (2022). Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? *Український медичний часопис*, 4(150), 8–18. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.150.232297>
59. Шиделко, А. В. (2022). Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. *Перспективи та інновації науки*, 1(6), 476–486.
60. Шулякова, М. І. (2021). Роль психоедукації при наданні психотерапевтичної допомоги ветеранам та членам їх сімей. У *Перший крок в науку – 2021* (с. 562–563). Вінниця: Корзун Д. Ю.
61. Шулякова, М. І. (2023). Вплив психоедукації на рівень депресії в учасників бойових дій. У *Перший крок в науку – 2023* (с. 634–635). Вінниця.
62. Шулякова, М. І. (2025). Вплив психоедукації на рівень тривоги в учасників бойових дій. In *The functioning of healthcare in EU countries and Ukraine in maintaining sustainable developmen* (p. 39–40). Riga (Latvia).
63. Шулякова, М. І. (2025). Сучасні виклики в системі охорони психічного здоров'я та роль психоедукації у їх подоланні. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 10(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v10i4.697>
64. Шулякова, М. І. (2026). Психоедукація як ключовий компонент забезпечення психічної стійкості учасників бойових дій. У *Проблеми психології діяльності в особливих умовах* (с. 148–149).
65. Шулякова, М. І. (2026). Феноменологічна структура психічних порушень в учасників бойових дій. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 11(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v11i1.714>
66. Шулякова, М. І., & Рациборинська-Полякова, Н. В. (2024). Вплив хронічного стресу на організм людини та роль психоедукації у редукції його проявів. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i1.490>

67. Aburn, G., Gott, M., & Hoare, K. (2016). What is resilience? An integrative review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, *72*(5), 980–1000. <https://doi.org/10.1111/jan.12888>
68. Adams, R. E., Santo, J. B., & Bukowski, W. M. (2017). Social support, help-seeking, and mental health outcomes among veterans in non-VA facilities. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*(9), 1117–1128. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1402-5>
69. Adler, A. B., & Gutierrez, I. A. (2022). Acute Stress Reaction in Combat: Emerging Evidence and Peer-Based Interventions. *Curr. Psychiatry Rep.*, *24*, 277–284. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01335-2>
70. Adler, A. B., & Gutierrez, I. A. (2022). Preparing soldiers to manage acute stress in combat: acceptability, knowledge and attitudes. *Psychiatry*, *85*(1), 30–37. <https://doi.org/10.1080/00332747.2021.2021598>
71. Ahern, J., Worthen, M., Masters, J., Lippman, S. A., Ozer, E. J., & Moos, R. (2015). The challenges of Afghanistan and Iraq veterans' transition from military to civilian life and approaches to reconnection. *PLOS ONE*, *10*(7), e0128599. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128599>
72. Akil, H., & Nestler, E. J. (2023). The neurobiology of stress: Vulnerability, resilience, and major depression. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *120*(49), e2312662120. <https://doi.org/10.1073/pnas.2312662120>
73. American Psychological Association. (2019). Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
74. Ames, D., Erickson, Z., Youssef, N. A., Arnold, I., Adamson, C. S., Sones, A. C., Yin, J., Haynes, K., Volk, F., Teng, E. J., Oliver, J. P., & Koenig, H. G. (2019). Moral injury, religiosity, and suicide risk in US veterans and active-duty military with PTSD symptoms. *Military Medicine*, *184*(3–4), e271–e278. <https://doi.org/10.1093/milmed/usy148>

75. Anderson, C. M., Reiss, D. J., & Hogarty, G. E. (1986). *Schizophrenia and the family: A practitioner's guide to psychoeducation and management*. New York: Guilford Press.
76. Assonov, D. (2022a). *Correlates and predictors of resilience in veterans with persistent traumatic brain injury symptoms*. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 31(3), 103–113. <https://doi.org/10.5114/ppn.2022.120600>
77. Assonov, D. (2022b). Efficacy of two-step resilience-oriented intervention for veterans with a remote traumatic brain injury. *Ukrainian Scientific Medical Youth Journal*, 131(2), 32–43. [https://doi.org/10.32345/USMYJ.2\(131\).2022.32-43](https://doi.org/10.32345/USMYJ.2(131).2022.32-43)
78. Baez, S., Santamaria-Garcia, H., & Ibanez, A. (2019). Disarming ex-combatants' minds: Toward situated reintegration process in post-conflict Colombia. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 73. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00073>
79. Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making — The pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>
80. Bartone, P. T., & Homish, G. G. (2020). Influence of hardiness, avoidance coping, and combat exposure on depression in returning war veterans: A moderated-mediation study. *Journal of Affective Disorders*, 265, 511–518. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.127>
81. Batmaz, S., & Özdel, K. (2015). Psychoeducation for depression and anxiety disorders: Review of the literature. *Current Approaches in Psychiatry*, 7(3), 223–230.
82. Bauml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2016). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(S1), S1–S9. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl017>
83. Belanger, H. G., Kretzmer, T. S., Vanderploeg, R. D., Bowles, A. O., Lindsay, M. A., & Cooper, D. B. (2015). Chapter 2. Psychoeducational interventions for persistent post-concussion symptoms following combat-related mild traumatic brain injury. In

- The study of cognitive rehabilitation effectiveness for mild traumatic brain injury. <https://health.mil/Reference-Center/Publications/2020/08/04/SCORE-Chapter-2>
84. Bezsheiko, V. (2016). Adaptation of the clinician-administered PTSD scale and PTSD checklist for Ukrainian population. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 1(1), e010108. <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>
 85. Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
 86. Botbol, M. (2021). Psychoanalysis and psychodynamic psychiatry in France. *Psychodyn Psychiatry*, 49(1), 19–23. <https://doi.org/10.1521/pdps.2021.49.1.19>
 87. Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379–1391. <https://doi.org/10.1037/pas0000254>
 88. Boyd, J. E., Lanius, R. A., & McKinnon, M. C. (2018). Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 43(1), 7–25. <https://doi.org/10.1503/jpn.170021>
 89. Brewin, C. R. (2025). Post-traumatic stress disorder: Evolving conceptualization and treatment. *World Psychiatry*, 24(1), 25–40. <https://doi.org/10.1002/wps.21269>
 90. Bryant, R. A., Schnurr, P. P., & Pedlar, D. (2022). Addressing the mental health needs of civilian combatants in Ukraine. *The Lancet Psychiatry*, 9(5), 346–347. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00097-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00097-9)
 91. Bryngeirsdottir, H. S., & Halldorsdottir, S. (2022). The challenging journey from trauma to post-traumatic growth: Lived experiences of facilitating and hindering factors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(3), 752–768. <https://doi.org/10.1111/scs.13037>

92. Burlingame, G. M., Strauss, B., & Joyce, A. S. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., p. 640–689). Wiley.
93. Burns, P., Kellett, S., & Donohoe, G. (2016). “Stress Control” as a large group psychoeducational intervention at Step 2 of IAPT services: acceptability of the approach and moderators of effectiveness. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(4), 431–443. <https://doi.org/10.1017/S1352465815000491>
94. Bustos, D., Guedes, J. C., Vaz, M. P., Pombo, E., Fernandes, R. J., Costa, J. T., & Baptista, J. S. (2021). Non-invasive physiological monitoring for physical exertion and fatigue assessment in military personnel: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8815. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168815>
95. Caldwell, J. A., Knapik, J. J., Shing, T. L., Kardouni, J. R., & Lieberman, H. R. (2019). The association of insomnia and sleep apnea with deployment and combat exposure in the entire population of U.S. Army soldiers from 1997 to 2011: A retrospective cohort investigation. *Sleep*, 42(8), zsz112. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz112>
96. Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
97. Chumachenko, D., & Chumachenko, T. (2022). Ukraine war: The humanitarian crisis in Kharkiv. *BMJ*, 376, o796. <https://doi.org/10.1136/bmj.o796>
98. Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., ... Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357–1366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)

99. Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge University Press.
100. Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., Martínez-Arán, A. (2003). Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disorders*, 6(4), 294–298. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00128.x>
101. Corbett, C., Egan, J., & Pilch, M. (2019). A randomised comparison of two ‘Stress Control’ programmes: progressive muscle relaxation versus mindfulness body scan. *Mental Health & Prevention*, 15, e200163. <https://doi.org/10.1016/j.mph.2019.200163>
102. Cricenti, C., Mari, E., Barchielli, B., Quagliari, A., Burrari, J., Pizzo, A., D'Alessio, I., Giannini, A. M., Ferracuti, S., & Lausi, G. (2022). Can emotion regulation affect aggressive responses? A study on the Ukrainian–Russian conflict in a non-directly exposed sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6189. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106189>
103. Cristea, I. A., Huibers, M. J. H., David, D., Hollon, S. D., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2015). The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 62–71.
104. Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15(3), 245–258. <https://doi.org/10.1002/wps.20346>
105. Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2020). Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 700–707. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164>

106. Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological treatment of depression in primary care: Recent developments. *Current Psychiatry Reports*, *21*(12), 129. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>
107. Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, *15*, 207–231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
108. Curtiss, J. E., Levine, D. S., Ander, I., & Baker, A. W. (2021). Cognitive-behavioral treatments for anxiety and stress-related disorders. *Focus*, *19*(2), 184–189. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200045>
109. Dallos, R., & Vetere, A. (2021). *Systemic therapy and attachment narratives: applications in a range of clinical settings* (2nd ed.). London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003080152>
110. Delgadillo, J., Kellett, S., Ali, S., McMillan, D., Barkham, M., Saxon, D., Donohoe, G., Stonebank, H., Mullaney, S., Eschoe, P., Thwaites, R., & Lucock, M. (2016). A multi-service practice research network study of large group psychoeducational cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *87*, 155–161. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.010>
111. Dell'Osso, L., Carpita, B., Cremone, I. M., Gesi, C., D'Ermo, A., De Iorio, G., Massimetti, G., Aguglia, E., Bucci, P., Carpiniello, B., Fagiolini, A., Roncone, R., Siracusano, A., Vita, A., Carmassi, C., & Maj, M. (2021). Autism spectrum in patients with schizophrenia: Correlations with real-life functioning, resilience, and coping styles. *CNS Spectrums*, *27*(4), 457–467. <https://doi.org/10.1017/S1092852921000353>
112. Dell'Osso, L., Lorenzi, P., Nardi, B., Carmassi, C., & Carpita, B. (2022). Post traumatic growth (PTG) in the frame of traumatic experiences. *Clinical Neuropsychiatry*, *19*(6), 390–393. <https://doi.org/10.36131/cnforitieditore20220606>
113. Demirci, Ö., & Çetin, M. (2024). Neurobiological insights into post-traumatic stress disorder. *Journal of Experimental and Basic Medical Sciences*.

114. Dolan, N., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Siddell, E., & Delgadillo, J. (2021). Effectiveness of stress control large group psychoeducation for anxiety and depression: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, *60*(3), 375–399. <https://doi.org/10.1111/bjc.12288>
115. Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. *BMC Medicine*, *7*, 79. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>
116. Donoho, C. J., Bonanno, G. A., Porter, B., Kearney, L., & Powell, T. M. (2017). A decade of war: Prospective trajectories of posttraumatic stress disorder symptoms among deployed U.S. military personnel and the influence of combat exposure. *American Journal of Epidemiology*, *186*(12), 1310–1318. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx318>
117. Druss, B. G., & Walker, E. R. (2011). Mental disorders and medical comorbidity. *The Synthesis Project Research Synthesis Report*, *21*, 1–26.
118. Dulin, A. J., Dale, S. K., Earnshaw, V. A., Fava, J. L., Mugavero, M. J., Napravnik, S., Hogan, J. W., Carey, M. P., & Howe, C. J. (2018). Resilience and HIV: A review of the definition and study of resilience. *AIDS Care*, *30*(sup5), S6–S17. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1515470>
119. Dursa, E. K., Reinhard, M. J., Barth, S. K., & Schneiderman, A. I. (2016). Prevalence of a positive screen for PTSD among OEF/OIF and OEF/OIF-era veterans in a large population-based cohort. *Journal of Traumatic Stress*, *29*(6), 542–549. <https://doi.org/10.1002/jts.22134>
120. Eikenaar, T. (2022). Relating to moral injuries: Dutch mental health practitioners on moral injury among military and police workers. *Social Science & Medicine*, *298*, 114876. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114876>
121. Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2025). *Learning emotion-focused therapy: a comprehensive guide* (2nd ed.). American Psychological Association.

122. Fani, N., Currier, J. M., Turner, M. D., Guelfo, A., Kloess, M., Jain, J., Mekawi, Y., Kuzyk, E., Hinrichs, R., Bradley, B., Powers, A., Stevens, J. S., Michopoulos, V., & Turner, J. A. (2021). Moral injury in civilians: Associations with trauma exposure, PTSD, and suicide behavior. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), Article 1965464. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1965464>
123. Feder, A., Fred-Torres, S., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2019). The biology of human resilience: Opportunities for enhancing resilience across the life span. *Biological Psychiatry*, *86*(6), 443–453. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.07.012>
124. Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Prapat, A., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2017). The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, *16*(3), 287–298. <https://doi.org/10.1002/wps.20472>
125. Firth, N., Delgadillo, J., Kellett, S., & Lucock, M. (2020). The influence of socio-demographic similarity and difference on adequate attendance of group psychoeducational cognitive behavioural therapy. *Psychotherapy Research*, *30*(3), 362–374. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1589652>
126. Fleming, W. H. (2021). Moral injury and the absurd: The suffering of moral paradox. *Journal of Religion and Health*, *60*(5), 3012–3033. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01227-4>
127. Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry*, *14*(2), 137–150. <https://doi.org/10.1002/wps.20235>
128. Forbes, D., Bisson, J. I., Monson, C. M., & Berliner, L. (2020). Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). New York: Guilford Press.
129. García-Estela, A., Cantillo, J., Angarita-Osorio, N., Mur-Milà, E., Anmella, G., Pérez, V., Vieta, E., Hidalgo-Mazzei, D., & Colom, F. (2022). Real-world implementation of a smartphone-based psychoeducation program for bipolar disorder: observational

- ecological study. *Journal of Medical Internet Research*, 24(2), e31565. <https://doi.org/10.2196/31565>
130. Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>
 131. Goldstein, L. A., Mehling, W. E., Metzler, T. J., Cohen, B. E., Barnes, D. E., Choucroun, G. J., Silver, A., Talbot, L. S., Maguen, S., Hlavin, J. A., Chesney, M. A., & Neylan, T. C. (2018). Veterans group exercise: A randomized pilot trial of an integrative exercise program for veterans with posttraumatic stress. *Journal of Affective Disorders*, 227, 345–352. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.002>
 132. Gonçalves, M., Gonçalves, T., Santos, C., Sousa, B., & Maia, Â. (2026). Psychotherapeutic Interventions for older, non-active military veterans with PTSD: an integrative review of types, effectiveness, and clinical outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380261433011>
 133. Goto, R., Guerrero, A. P. S., Speranza, M., Fung, D., Paul, C., & Skokauskas, N. (2022). War is a public health emergency. *The Lancet*, 399(10332), 1302. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00479-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00479-2)
 134. Gunaydin, N., & Barlas, G. U. (2017). Effectiveness of a group and brochure psychoeducation intervention to improve depression level and treatment continuity among adults with depression in Turkey: a controlled study. *Biomedical Research*, 28(4), 1493–1499. <https://surl.li/wicpcd>
 135. Halych, M., & Halych, Y. (2023). Determinants of appearance and features of manifestations of mental behavioral disorders under military conditions. *Legal psychology*, 1(32), 51–59. <https://doi.org/10.33270/03233201.51>
 136. Harvey, C. (2018). Family psychoeducation for people living with schizophrenia and their families. *BJPsych Advances*, 24(1), 9–19. <https://doi.org/10.1192/bja.2017.4>

137. Harwood-Gross, A., Stern, N., & Brom, D. (2023). Exposure to combat experiences: PTSD, somatization and aggression amongst combat and non-combat veterans. *International Journal of Psychology*, 58(5), 424–432. <https://doi.org/10.1002/ijop.12917>
138. Hasselquist, L., Eddy, M. D., Mitchell, K. B., Brown, S. A., McNamara, J., Hancock, C. L., & Caruso, C. (2018). *Assessing the impact of clothing and individual equipment (CIE) on soldier physical, biomechanical, and cognitive performance. Part 1: Test methodology* (Technical Report NATICK/TR-18/004). U.S. Army Natick Soldier Research, Development and Engineering Center.
139. Haydabrus, A., Santana-Santana, M., Lazarenko, Y., & Giménez-Llort, L. (2022). Current war in Ukraine: Lessons from the impact of war on combatants' mental health during the last decade. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10536. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710536>
140. Herrera, S. N., Sarac, C., Phili, A., Gorman, J., Martin, L., Lyallpuri, R., Dobbs, M. F., DeLuca, J. S., Mueser, K. T., Wyka, K. E., Yang, L. H., Landa, Y., & Corcoran, C. M. (2023). Psychoeducation for individuals at clinical high risk for psychosis: a scoping review. *Schizophrenia Research*, 252, 148–158. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.01.008>
141. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2014). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
142. Hoge, C. W., Grossman, S. H., Auchterlonie, J. L., Riviere, L. A., Milliken, C. S., & Wilk, J. E. (2014). PTSD treatment for soldiers after combat deployment: Low utilization of mental health care and reasons for dropout. *Psychiatric Services*, 65(8), 997–1004. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300307>
143. Hoskins, M., Pearce, J., Bethell, A., Dankova, L., Barbui, C., Tol, W. A., van Ommeren, M., de Jong, J., Seedat, S., Chen, H., & Bisson, J. I. (2015). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-

- analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 206(2), 93–100. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148551>
144. Hozak, S. V., Yelizarova, O. T., Stankevych, T. V., Chorna, V. V., Tovkun, L. P., Lebedynets, N. V., Parats, A. M., Bondar, O. Yu., & Chmel, L. L. (2023). Mental health and lifestyles of students during the war. *Reports of Vinnytsia National Medical University*, 27(4), 628–634. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27\(4\)-17](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27(4)-17)
145. Human Rights Watch. (2024). *World report 2024*. <https://www.hrw.org/world-report/2024/>
146. Jain, N., Prasad, S., Czerth, Z., Chodnekar, S. Y., Mohan, S., & Savchenko, E. (2022). War psychiatry: identifying and managing the neuropsychiatric consequences of armed conflicts. *Journal of Primary Care & Community Health*, 13. <https://doi.org/10.1177/21501319221106625>
147. James, K. A., Stromin, J. I., Steenkamp, N., & Combrinck, M. I. (2023). Understanding the relationships between physiological and psychosocial stress, cortisol and cognition. *Frontiers in Endocrinology*, 14, 1085950. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1085950>
148. Jensen, A. E., Bernards, J. R., Hamilton, J. A., Markwald, R. R., Kelly, K. R., & Biggs, A. T. (2022). Don't shoot me: Potential consequences of force-on-force training modulate the human stress response. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 38(1), 151–159. <https://doi.org/10.1519/JSC.0000000000004481>
149. Joas, E., Bäckman, K., Karanti, A., Sparding, T., Colom, F., Pålsson, E., & Landén, M. (2020). Psychoeducation for bipolar disorder and risk of recurrence and hospitalization – a within-individual analysis using registry data. *Psychological Medicine*, 50(6), 1043–1049. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001053>
150. Johnson, K., Asher, J., Kisielewski, M., & Lawry, L. (2012). Former combatants in Liberia: The burden of possible traumatic brain injury among demobilized

- combatants. *Military Medicine*, 177(5), 531–540. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-11-00185>
151. Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
152. Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2018). Road to resilience: A systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*, 8(6), e017858. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017858>
153. Kalaitzaki, A., Goodwin, R., Kurapov, A., Vintila, M., Lazarescu, G., Lytvyn, S., et al. (2024). The mental health toll of the Russian–Ukraine war across 11 countries: Cross-sectional data on war-related stressors, PTSD and CPTSD symptoms. *Psychiatry Research*, 342, 116248.
154. Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: A review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 167–181. <https://doi.org/10.2147/NDT.S10389>
155. Kellett, S., Bee, C., Aadahl, V., Headley, E., & Delgado, J. (2020). A pragmatic patient preference trial of cognitive behavioural versus cognitive analytic guided self-help for anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(1), 104–111. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000442>
156. Kellezi, B., & Reicher, S. (2014). The double insult: Explaining gender differences in the psychological consequences of war. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 20(4), 491–504. <https://doi.org/10.1037/pac0000043>
157. Kibris, A., & Goodwin, R. (2024). The long-term effects of war exposure on psychological health: An experimental study with Turkish conscript veterans. *Social Science & Medicine*, 340, 116453. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116453>

158. Kis, O. (2020). Women's experience of the Holodomor: Challenges and ambiguities of motherhood. *Journal of Genocide Research*, 24(2), 187–206. <https://doi.org/10.1080/14623528.2020.1834713>
159. Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Meron Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., & Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
160. Koenig, H. G., Youssef, N. A., Ames, D., Teng, E. J., & Hill, T. D. (2020). Examining the overlap between moral injury and PTSD in US veterans and active duty military. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(1), 7–12. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000798>
161. Koksall, B. (2022). Is cognitive ability a factor in explaining differences in physiological and psychological stress responses? *Archives of Medical Science*, 18(2), 553–558. <https://doi.org/10.5114/aoms/145940>
162. Kokun, O., Agayev, N., Pischko, I., & Stasiuk, V. (2020). Characteristic impacts of combat stressors on posttraumatic stress disorder in Ukrainian military personnel who participated in the armed conflict in Eastern Ukraine. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 20(3), 315–326.
163. Kokun, O., Pischko, I., & Lozinska, N. (2022). Military personnel's stress reactivity during pre-deployment in a war zone. *Psychology, Health & Medicine*, e2341–2352. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2104882>
164. Koven, S. G. (2018). Veteran treatments: PTSD interventions. *Healthcare*, 6(3), 94. <https://doi.org/10.3390/healthcare6030094>
165. Krauss, S. W., Zust, J., Frankfurt, S., Kumparatana, P., Riviere, L. A., Hocut, J., Sowden, W. J., & Adler, A. B. (2021). Distinguishing the effects of life threat, killing enemy combatants, and unjust war events in U.S. service members. *Journal of Traumatic Stress*, 34(2), 357–366. <https://doi.org/10.1002/jts.22635>

166. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
167. Lahad, M. (2017). From victim to victor: the development of the BASIC PH model of coping and resiliency. *Traumatology*, 23(1), 27–34. <https://doi.org/10.1037/trm0000105>
168. Lambert, C. E., Jr., & Lambert, V. A. (1999). Psychological hardiness: State of the science. *Holistic Nursing Practice*, 13(3), 11–19. <https://doi.org/10.1097/00004650-199904000-00004>
169. Langer, P. C., Dymczyk, A., Brehm, A., & Ronel, J. (2023). Trauma concepts in research and practice: an overview (1st ed.). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-40484-0_3
170. Lawrence, S., & Scofield, R. H. (2024). Post-traumatic stress disorder associated hypothalamic–pituitary–adrenal axis dysregulation and physical illness. *Brain, Behavior, & Immunity – Health*, 41, 100849. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2024.100849>
171. Leon, D. A., Jdanov, D., Gerry, C. J., Grigoriev, P., Jasilionis, D., McKee, M., Meslé, F., Penina, O., Twigg, J., Vallin, J., & Vågerö, D. (2022). The Russian invasion of Ukraine and its public health consequences. *The Lancet Regional Health – Europe*, 15, 100358. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100358>
172. Levi-Belz, Y., Ben-Yehuda, A., & Zerach, G. (2023). Suicide risk among combatants: The longitudinal contributions of pre-enlistment characteristics, pre-deployment personality factors and moral injury. *Journal of Affective Disorders*, 324, 624–631. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.160>
173. Lewis, C., Roberts, N. P., Simon, N., Bethell, A., & Bisson, J. I. (2020). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(6), 508–521. <https://doi.org/10.1111/acps.13218>

174. Lim, I. C. Z., Tam, W. W. S., Chudzicka-Czupala, A., McIntyre, R. S., Teopiz, K. M., Ho, R. C. M., & Ho, C. S. H. (2022). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war- and conflict-afflicted areas: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 978703. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.978703>
175. Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research, 96*(1–3), 232–245. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.07.006>
176. Lippa, S. M., Fonda, J. R., Fortier, C. B., Amick, M. M., Kenna, A., Milberg, W. P., & McGlinchey, R. E. (2020). Deployment-related psychiatric and behavioral conditions and their association with functional disability in OEF/OIF/OND veterans. *Journal of Traumatic Stress, 33*(4), 531–541. <https://doi.org/10.1002/jts.22519>
177. Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review, 29*(8), 695–706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
178. Lucksted, A., McFarlane, W. R., Downing, D., & Dixon, L. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(1), 101–121. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00256.x>
179. Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2018). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 4*(3), 205–225. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019>
180. Lushchak, O., Velykodna, M., Bolman, S., Strilbytska, O., Berezovskyi, V., & Storey, K. B. (2024). Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: A nationwide cross-sectional study. *The Lancet Regional Health – Europe, 36*, 100773.

181. Magill, M., & Hallgren, K. A. (2019). Mechanisms of behavior change in motivational interviewing: Do we understand how MI works? *Current Opinion in Psychology, 30*, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.010>
182. Magill, M., Martino, S., & Wampold, B. (2021). The principles and practices of psychoeducation with alcohol or other drug use disorders: a review and brief guide. *Journal of Substance Abuse Treatment, 126*, e108442. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108442>
183. Marcisz-Dyla, E., Dąbek, J., Irzyniec, T., & Marcisz, C. (2022). Personality traits, strategies of coping with stress and psychophysical wellbeing of surgical and non-surgical doctors in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(3), 1646. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031646>
184. Markova, M. V., Aliieva, T. A., Markov, A. R., Korop, O. A., Lisova, O. V., Babych, V. V., & Viazmitinova, S. O. (2022). Disorders of adaptation of combatants and their medical and psychological rehabilitation at the sanatorium stage of treatment. *Wiadomości Lekarskie, 75*(2), 444–450.
185. Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., ... Pilling, S. (2020). Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: A network meta-analysis. *Psychological Medicine, 50*(4), 542–555. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000070>
186. Mbiydzennyuy, N. E., Toloza, F. J. K., & Kinyua, A. W. (2024). Stress, hypothalamic–pituitary–adrenal axis and neurobiology of stress-related disorders: Recent advances. *Molecular Neurobiology*. <https://doi.org/10.1007/s11011-024-01393-w>
187. McFarlane, W. R. (2016). Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review. *Family Process, 55*(3), 460–482. <https://doi.org/10.1111/famp.12235>
188. Miller, S. M., Pedersen, E. R., & Marshall, G. N. (2017). Combat experience and problem drinking in veterans: Exploring the roles of PTSD, coping motives, and perceived stigma. *Addictive Behaviors, 66*, 90–95. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.11.011>.

189. Mobbs, M. C., & Bonanno, G. A. (2018). Beyond war and PTSD: The crucial role of transition stress in the lives of military veterans. *Clinical Psychology Review, 59*, 137–144. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.007>
190. Molendijk, T. (2022). Warnings against romanticising moral injury. *The British Journal of Psychiatry, 220*(1), 1–3. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.114>
191. Moore, M. J., Shawler, E., Jordan, C. H., & Jackson, C. A. (2023, August 17). Veteran and military mental health issues. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572092/>
192. Morriss, R., Garland, A., Nixon, N., Guo, B., James, M., Kaylor-Hughes, C., ... Yang, M. (2019). Efficacy and acceptability of educational interventions in the treatment of depression and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 140*(6), 476–489. <https://doi.org/10.1111/acps.13087>
193. Motlova, L. B., Balon, R., Beresin, E. V., Brenner, A. M., Coverdale, J. H., Guerrero, A. P. S., Louie, A. K., & Roberts, L. W. (2017). Psychoeducation as an opportunity for patients, psychiatrists, and psychiatric educators: why do we ignore it? *Academic Psychiatry, 41*(4), 447–451. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0728-y>
194. Mott, J. M., Stanley, M. A., Street, R. L., Grady, R. H., & Teng, E. J. (2014). Increasing engagement in evidence-based PTSD treatment through shared decision-making: a pilot study. *Military Medicine, 179*(2), 143–149. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00363>
195. Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., & Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 465–497. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620>
196. Mueser, K. T., Glynn, S. M., Cather, C., Xie, H., Gottlieb, J. D., Wolfe, R., Finkelstein, S. N. (2015). A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophrenia Bulletin, 39*(3), 658–672. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs027>

197. Mughairbi, F. A., Abdulaziz, A. A., & Hamid, A. (2020). Effects of psychoeducation and stress coping techniques on posttraumatic stress disorder symptoms. *Psychological Reports*, 123(3), 710–724. <https://doi.org/10.1177/0033294118825101>
198. Mutamba, B. B., Kane, J. C., de Jong, J. T. V. M., Okello, J., Musisi, S., & Kohrt, B. A. (2018). Psychological treatments delivered by community health workers in low-resource government health systems: Effectiveness of group interpersonal psychotherapy for caregivers of children affected by nodding syndrome in Uganda. *Psychological Medicine*, 48(15), 2573–2583. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000193>
199. Na, P. J., Schnurr, P. P., & Pietrzak, R. H. (2023). Mental health of U. S. combat veterans by war era: results from the National health and Resilience in veterans study. *Journal of Psychiatric Research*, 158, 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.12.019>
200. Nandi, C., Crombach, A., Bambonye, M., Elbert, T., & Weierstall, R. (2015). Predictors of posttraumatic stress and appetitive aggression in active soldiers and former combatants. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), Article 26553. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.26553>
201. Nash, W. P., & Litz, B. T. (2013). Moral injury: a mechanism for war-related psychological trauma in military family members. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(4), 365–375. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0146-y>
202. National Center for PTSD. (2024). *Combat exposure*. U.S. Department of Veterans Affairs. https://www.ptsd.va.gov/understand/types/combat_exposure.asp
203. National Collaborating Centre for Mental Health. (2024). NHS Talking therapies for anxiety and depression manual (Version 7.1). NHS England & Royal College of Psychiatrists. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/nhs-talking-therapies-manual-v7.1-updated.pdf>
204. National Health Service. (n.d.). Cognitive behavioural therapy (CBT). <https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/cognitive-behavioural-therapy-cbt/>

205. National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder (NICE Guideline NG116)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
206. National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: Management (CG113)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
207. National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Shared decision making (NICE Guideline NG197)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>
208. National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Depression in adults: Treatment and management (NG222)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
209. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
210. Norrholm, S. D., Maples-Keller, J. L., Rothbaum, B. O., & Tossell, C. C. (2023). Remote warfare with intimate consequences: Psychological stress in service member and veteran remotely-piloted aircraft (RPA) personnel. *Journal of Mental Health and Clinical Psychology*, 7(3), 37–49. <https://doi.org/10.29245/2578-2959/2023/3.1289>
211. Nowacka-Chmielewska, M., Grabowska, K., Grabowski, M., Meybohm, P., Burek, M., & Malecki, A. (2022). Running from stress: Neurobiological mechanisms of exercise-induced stress resilience. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(21), 13348. <https://doi.org/10.3390/ijms232113348>
212. O'Donnell, M. L., Agathos, J. A., Metcalf, O., Gibson, K., & Lau, W. (2019). Adjustment disorder: Current developments and future directions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2537. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142537>
213. Office of the President of Ukraine. (2023, November 28). Mental health of our people is the legendary Ukrainian resilience that needs support – Olena Zelenska summarizes the implementation of the National Mental Health Program in 2023. <https://www.president.gov.ua/en/news/psihichne-zdorovya-nashih-lyudej-ce-ta-legendarna-ukrayinska-87313>

214. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021, June 8). A new benchmark for mental health systems: tackling the social and economic costs of mental ill-health. <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>
215. Osgood, J. M., Finan, P. H., Hinman, N. G., Dana, L. M., & Soeken, K. L. (2018). Combat exposure, post-traumatic stress symptoms, and health among military veterans. *Military Behavioral Health*, *6*(4), 317–325.
216. Pagen, L. H. G., Smeets, T., Schmiedek, L., Yassa, M. A., Verhey, F. R. J., & Jacobs, H. I. L. (2021). Elevated activity of the sympathetic nervous system is related to diminished practice effects in memory: A pilot study. *Journal of Alzheimer's Disease*, *80*(4), 1675–1685. <https://doi.org/10.3233/JAD-200783>
217. Pallia, A., Kontoangelosab, K., Richardsonac, C., & Economou, M. P. (2015). Effects of group psychoeducational intervention for family members of people with schizophrenia spectrum disorders: Results on family cohesion, caregiver burden, and caregiver depressive symptoms. *Economou International Journal of Mental Health*, *44*(4), 277–289. <https://doi.org/10.1080/00207411.2015.1076291>
218. Pavlova, I., Graf-Vlachy, L., Petrytsa, P., Wang, S., & Zhang, S. X. (2022). Early evidence on the mental health of Ukrainian civilian and professional combatants during the Russian invasion. *European Psychiatry*, *65*(1), e79. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1914>
219. Petrushenko, V. V., & Chorna, V. V. (2024). Restoration and development of the health care system of Ukraine and implementation of the who mental/psychology health promotion guidelines. *Reports of Vinnytsia National Medical University*, *28*(4), 723–731. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2024-28\(4\)-25](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2024-28(4)-25)
220. Pidlisnyi, Yu. (2023). Psychological features of combat psychotrauma experienced by combatants. *Legal psychology*, *2*(33), 113–119. <https://doi.org/10.33270/03233302.113>

221. Pinchuk, I., Yachnik, Y., Goto, R., & Skokauskas, N. (2025). Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. *International journal of mental health systems*, 19(11). <https://doi.org/10.1186/s13033-025-00667-9>
222. Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Bender, W., Engel, R. R., Wagner, M., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: Results of the Munich Psychosis Information Project Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(3), 443–452. <https://doi.org/10.4088/JCP.v67n0316>
223. Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 73–92. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861>
224. Poldrack, R. A., Monahan, J., Imrey, P. B., Reyna, V. F., Raichle, M. E., Faigman, D. L., & Buckholz, J. W. (2018). Predicting violent behavior: What can neuroscience add? *Trends in Cognitive Sciences*, 22(2), 111–123. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2017.11.003>
225. Porter, B., Hoge, C. W., Tobin, L. E., Donoho, C. J., Castro, C. A., Luxton, D. D., & Faix, D. (2018). Measuring aggregated and specific combat exposures: Associations between combat exposure measures and posttraumatic stress disorder, depression, and alcohol-related problems. *Journal of Traumatic Stress*, 31(2), 296–306. <https://doi.org/10.1002/jts.22273>
226. Possemato, K., Bergen-Cico, D., Buckheit, K., Ramon, A., McKenzie, S., Smith, A. R., Wade, M., Beehler, G. P., & Pigeon, W. R. (2022). Randomized clinical trial of brief primary care-based mindfulness training versus a psychoeducational group for veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 84(1), 22m14510. <https://doi.org/10.4088/JCP.22m14510>
227. Predko, V., Schabus, M., & Danyliuk, I. (2023). Psychological characteristics of the relationship between mental health and hardiness of Ukrainians during the war. *Frontiers in Psychology*, 14, 1282326. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1282326>

228. Proescher, E., Aase, D. M., Passi, H. M., Greenstein, J. E., Schroth, C., & Phan, K. L. (2020). Impact of perceived social support on mental health, quality of life, and disability in post-9/11 U.S. military veterans. *Armed Forces & Society, 48*(1), 115–135. <https://doi.org/10.1177/0095327X20919922>
229. Rabelo, J. L., Cruz, B. F., Ferreira, J. D. R., Viana, B. M., & Barbosa, I. G. (2021). Psychoeducation in bipolar disorder: a systematic review. *World Journal of Psychiatry, 11*(12), 1407–1424. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i12.1407>
230. Raise-Abdullahi, P., Alzoubi, K. H., Khabour, O. F., & Al-Eitan, L. N. (2023). Hypothalamus and post-traumatic stress disorder: A review. *Brain Sciences, 13*(7), 1010. <https://doi.org/10.3390/brainsci13071010>
231. Richards, L. K., Goetter, E. M., Wojtowicz, M., & Simon, N. M. (2016). Stigma and health services use among veterans and military personnel. In *Stigma and prejudice: touchstones in understanding diversity in healthcare* (c. 203–226). Totowa (NJ): Humana Press.
232. Rivera, A. C., LeardMann, C. A., Rull, R. P., Cooper, A., Warner, S., Faix, D., Deagle, E., Neff, R., Caserta, R., & Adler, A. B. (2022). Combat exposure and behavioral health in U.S. Army Special Forces. *PLoS ONE, 17*(6), e0270515. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270515>
233. Rudzinski, K., McDonough, P., Gartner, R., & Strike, C. (2017). Is there room for resilience? A scoping review and critique of substance use literature and its utilization of the concept of resilience. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 12*(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0125-2>
234. Rus-Calafell, M., Teismann, T., Kullmann, F., Alatas, D., Ballero-Reque, C., Holewa, J., Rüsberg, M., Brüne, M., Paino, M., & Schneider, S. (2024). Internet-based psychoeducation and support programme for relatives of young people with early psychosis: results of the first German-language intervention. *Frontiers in Psychiatry, 15*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1248526>

235. Saei, E., & Lee, R. T. (2024). Psychological hardiness, social support, and emotional labor among nurses in Iran during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 7, 100249. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100249>
236. Sanderson, B., & Brewer, M. (2017). What do we know about student resilience in health professional education? A scoping review of the literature. *Nurse Education Today*, 58, 65–71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.07.018>
237. Sarkhel, S., Singh, O. P., & Arora, M. (2020). Clinical practice guidelines for psychoeducation in psychiatric disorders: general principles of psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(2), 319–323. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7001357/>
238. Schuurmans, A. A. T., Nijhof, K. S., Cima, M., Scholte, R., Popma, A., & Otten, R. (2021). Alterations of autonomic nervous system and HPA axis basal activity and reactivity to acute stress: A comparison of traumatized adolescents and healthy controls. *Stress*, 24(6), 876–887. <https://doi.org/10.1080/10253890.2021.1900108>
239. Seidman, A. J., Wade, N. G., Vogel, D. L., & Armistead-Jehle, P. (2019). The impact of stigma on behavioral health care utilization among active duty service members. *Military Psychology*, 31(1), 11–17. <https://doi.org/10.1080/08995605.2018.1522927>
240. Semenenko, O., Dobrovolskyi, U., Yarmolchuk, M., Stolinet, S., & Tarasov, O. (2024). PTSD treatment of Joint Forces Operation combatants: A case study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 212(10), 535–540. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001801>
241. Shahmiri Barzoki, H., Ebrahimi, M., Khoshdel, A., Noorbala, A. A., Rahnejat, A. M., Avarzamani, L., Shahed Hagh Ghadam, H., & Avakh, F. (2021). Studying the prevalence of PTSD in veterans, combatants and freed soldiers of Iran-Iraq war: A systematic and meta-analysis review. *Psychology, Health & Medicine*, 28(3), 812–818. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1981408>

242. Shalev, A., Gevonden, M., & Ratanatharathorn, A. (2024). Neurobiology and treatment of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, *181*(11), 969–985. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240536>
243. Shapiro, F. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures (3rd ed.). New York: Guilford Press.
244. Sharp, M.-L., Fear, N. T., Rona, R. J., Wessely, S., Greenberg, N., Jones, M., & Goodwin, L. (2015). Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. *Epidemiologic Reviews*, *37*(1), 144–162. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxu012>
245. Shuliakova, M., & Ratsyborynska-Poliakova, N. (2024). The effect of psychoeducation on the level of anxiety and depression in combat participants. In *Topical aspects of modern scientific research: proceedings of VII International scientific and practical conference* (p. 38–43). Tokyo: CPN Publishing Group.
246. Sirois, F. M. (2023). Procrastination and stress: A conceptual review of why context matters. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(6), 5031. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065031>
247. Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., & Tambone, V. (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. *Medicina*, *55*(11), 745. <https://doi.org/10.3390/medicina55110745>
248. Slade, M. (2017). Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry*, *16*(2), 146–153. <https://doi.org/10.1002/wps.20412>
249. Soo, S. A., Zhang, Z. W., Khong, S. J., Low, J. E. W., Thambyrajah, V. S. O., Alhabsyi, S. H. B. T., Chew, Q. H., Sum, M. Y., Sengupta, S., Vieta, E., McIntyre, R. S., & Sim, K. (2018). Randomized controlled trials of psychoeducation modalities in the management of bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, *79*(3), e17r11750. <https://doi.org/10.4088/JCP.17r11750>
250. Spilg, E. G., McNeill, K., Sabri, E., Duffy, M. C., Ananny, L., Graham, J. D., LeBlanc, V., & Wells, P. S. (2021). A cross-sectional study of the interrelationship between

- burnout, empathy and resilience in academic physicians. *Psychology, Health & Medicine*, 27(5), 1181–1188. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1954670>
251. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
252. Srivastava, P., & Panday, R. (2016). Psychoeducation an effective tool as treatment modality in mental health. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(1), 123–130. <https://doi.org/10.25215/0401.153>
253. Stainton, A., Chisholm, K., Kaiser, N., Rosen, M., Upthegrove, R., Ruhrmann, S., & Wood, S. J. (2019). Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4), 725–732. <https://doi.org/10.1111/eip.12726>
254. Stanton, K. M., Wylie, L., Kotchetkova, I., Coy, A. M. Y., Carroll, G., La Gerche, A., & Celermajer, D. S. (2022). Soldiers' heart: A prospective study of cardiac remodeling in soldiers undergoing progressive intensity exercise training. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 54(12), 2011–2019. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000003006>
255. Stergiou, M., Robles-Perez, J. J., Rey-Mota, J., Tornero-Aguilera, J. F., & Clemente-Suarez, V. J. (2023). Psychophysiological responses in soldiers during close combat: Implications for occupational health and fitness in tactical populations. *Healthcare*, 12(1), 82. <https://doi.org/10.3390/healthcare12010082>
256. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781483326931>
257. Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., & Taku, K. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315527451>
258. Tedla, A., Asnakew, S., Legas, G., Munie, B. M., Tareke, M., & Beka, M. (2024). Post-traumatic stress disorder among military personnel admitted at the Northwest Command Level Three Military Hospital, Bahir Dar, Ethiopia, 2022: an institution-

- based cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, e1410630. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1410630>
259. Terpou, B. A., Lloyd, C. S., Densmore, M., McKinnon, M. C., Théberge, J., Neufeld, R. W. J., Jetly, R., & Lanius, R. A. (2022). Moral wounds run deep: Exaggerated midbrain functional network connectivity across the default mode network in posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 47(1), E56–E66. <https://doi.org/10.1503/jpn.210117>
260. Throner, V., Coenen, M., Schuh, A., Jung-Sievers, C., & Kus, S. (2023). A multimodal prevention program for stress reduction. *Deutsches Ärzteblatt International*, 120(43), 721–728. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0179>
261. Tornero-Aguilera, J. F., Fernandez-Elias, V. E., & Clemente-Suárez, V. J. (2022). Ready for combat: Psychophysiological modifications in a close-quarter combat intervention after an experimental operative high-intensity interval training. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 36(3), 732–737. <https://doi.org/10.1519/JSC.0000000000003495>
262. Torous, J., Bucci, S., Bell, I. H., Kessing, L. V., Faurholt-Jepsen, M., Whelan, P., Carvalho, A. F., Keshavan, M., Linardon, J., & Firth, J. (2021). The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. *World Psychiatry*, 20(3), 318–335. <https://doi.org/10.1002/wps.20883>
263. Twamley, E. W., Jak, A. J., Delis, D. C., Bondi, M. W., & Lohr, J. B. (2018). Cognitive impairment in veterans with posttraumatic stress disorder and mild traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 40(3), 223–234. <https://doi.org/10.1080/13803395.2017.1321102>
264. United Nations. (2024). Peace and security. <https://www.un.org/en/global-issues/peace-and-security/>
265. U.S. Department of Veterans Affairs. (2023). VA/DoD clinical practice guidelines. Management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>

266. Van de Poll, Y., Cras, Y., & Ellender, T. J. (2023). The neurophysiological basis of stress and anxiety: Comparing neuronal diversity in the bed nucleus of the stria terminalis (BNST) across species. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, *17*, 1225758. <https://doi.org/10.3389/fncel.2023.1225758>
267. Vasterling, J. J., Jacob, S. N., & Rasmusson, A. M. (2018). Traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder: Conceptual, diagnostic, and therapeutic considerations in combat veterans. *Annual Review of Clinical Psychology*, *14*, 467–492. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084903>
268. Venkatesan, U. M., & Ramanathan-Elion, D. M. (2022). Psychoeducation as precision health in military-related mild traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *103*(6), 1222–1232. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.08.012>
269. Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at [ptsd.va.gov](https://www.ptsd.va.gov)
270. Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, *20*, 100317. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>
271. Wong, S. Y. S., Yip, B. H. K., Mak, W. W. S., Mercer, S., Cheung, E. Y. L., Ling, C. Y. M., Lui, W. W. S., Tang, W. K., Lo, H. H. M., Wu, J. C. Y., Lee, T. M. C., Gao, T., Griffiths, S. M., Chan, P. H. S., & Ma, H. S. W. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *209*(1), 68–75. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.166124>
272. World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

273. World Health Organization. (2021). Ukraine. WHO Special Initiative for Mental Health. <https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health/ukraine>
274. World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
275. World Health Organization. (2024, May 27). *Post-traumatic stress disorder*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>
276. World Health Organization. (2025, February 24). Three years of war: rising demand for mental health support, trauma care and rehabilitation. <https://www.who.int/europe/news/item/24-02-2025-three-years-of-war-rising-demand-for-mental-health-support-trauma-care-and-rehabilitation>
277. Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011, updated evidence used through recent reviews). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD002831. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>
278. Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). Basic Books.
279. Yancey, J. R., Carson, C. N., McGlade, E. C., & Yurgelun-Todd, D. A. (2023). A literature review of mental health symptom outcomes in U.S. veterans and servicemembers following combat exposure and military sexual trauma. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(2), 1334–1350. <https://doi.org/10.1177/15248380231178764>
280. Young, G. (2022). Psychotherapeutic change mechanisms and causal psychotherapy: Applications to child abuse and trauma. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(3), 911–923. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00438-5>
281. Zantvoord, J. B., Zhutovsky, P., Ensink, J. B., Op den Kelder, R., van Wingen, G. A., & Lindauer, R. J. L. (2021). Trauma-focused psychotherapy response in youth with posttraumatic stress disorder is associated with changes in insula volume. *Journal of*

- Psychiatric Research*, 132, 207–214.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.037>
282. Zaretsky, A., Lancee, W., Miller, C., Harris, A., & Parikh, S. V. (2008). Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), 441–448.
<https://doi.org/10.1177/070674370805300705>
283. Zasiiekina, L., Duchyminska, T., Bifulco, A., & Bignardi, G. (2024). War trauma impacts in Ukrainian combat and civilian populations: Moral injury and associated mental health symptoms. *Military Psychology*, 36(5), 555–566.
<https://doi.org/10.1080/08995605.2023.2235256>
284. Zasiiekina, L., & Kozihora, M. (2022). Cultural adaptation and standardization of military injury symptoms scale. *Psychological Prospects Journal*, 39, 139–152.
<https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-zas>
285. Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., & Jayaram, M. B. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD010823. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010823.pub2>

ДОДАТОК А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Шулякова М. І., Рациборинська-Полякова Н. В. (2024). Вплив хронічного стресу на організм людини та роль психоедукації у редукції його проявів. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(1), 1-6. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i1.490>

Рациборинська-Полякова Н.В. – адміністрування проєкту.

2. Шулякова М. І. (2025). Сучасні виклики в системі охорони психічного здоров'я та роль психоедукації у їх подоланні. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 10(4), 1-5.

<https://doi.org/10.26766/pmgrp.v10i4.697>

3. Шулякова М. І. (2026). Феноменологічна структура психічних порушень в учасників бойових дій. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 11(1), 1-9.

<https://doi.org/10.26766/pmgrp.v11i1.714>

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

4. Shuliakova M., Ratsyborynska-Poliakova N. (2024) The effect of psychoeducation on the level of anxiety and depression in combat participants. *Proceedings of VII International Scientific and Practical Conference "Topical aspects of modern scientific research"* (21-23 March 2024, Tokyo, Japan). P. 38-43.

Рациборинська-Полякова Н.В. – адміністрування проєкту.

Наукові праці, які засвідчують апробацію дисертації:

5. Шулякова М. І. Роль психоедукації при наданні психотерапевтичної допомоги ветеранам та членам їх сімей. *Матеріали XVII науково-практичної конференції*

студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Перший крок в науку–2021», 15-17 квітня 2021 р., м. Вінниця, С. 562-563.

6. Шулякова М. І. Вплив психоедукації на рівень депресії в учасників бойових дій. *Матеріали XX науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Перший крок в науку–2023»*, 21-22 квітня 2023 р., м. Вінниця, С. 634-635.

7. Шулякова М. І. Вплив психоедукації на рівень тривоги в учасників бойових дій. *Materials of International scientific conference “The functioning of healthcare in EU countries and Ukraine in maintaining sustainable development”*, March 19-20, 2025. Riga the republic of Latvia. P. 39-40.


8. Шулякова М. І. Психоедукація як ключовий компонент забезпечення психічної стійкості учасників бойових дій. *Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю “Проблеми психології діяльності в особливих умовах”*, 21-22 квітня 2026 р., С. 148-149.

Апробація результатів дисертації:


- The Pre-congress course “6th Research Course for Early Carrier Mental Health Specialists and Students” (Warsaw, Poland, 23.02.2023) - доповідь;
- The 7th Ukrainian Psychiatric Association Research Course for Early Carrier Mental Health Specialists and Students (Krakow, Poland, 31.08.2023) - доповідь;
- The 8th Ukrainian Psychiatric Association Research Course for Early Carrier Mental Health Specialists and Students (Oslo, Norway, 5-8.11.2024) - доповідь;
- The 10th Ukrainian Psychiatric Association Research and Leadership Skills Course for Early Carrier Mental Health Specialists and Students (Prague, Czech Republic, 2-9.09.2026) - доповідь;
- XI Щорічна конференція Асоціації психіатрів України з міжнародною участю «Психічне здоров'я в Україні: управління в умовах війни, планування для миру» (Київ, Україна, 16-17.04.2026) - доповідь.

ДОДАТОК Б

Додаток 1

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Перший проректор
 Херсонського державного
 університету
 професор **Сергій Омельчук**
 « 13 »  2026р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів виконання наукового дослідження і розробки



1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Психоедукація як засіб та механізм мотиваційної психокорекції».
2. **Ким запропоновано, виконавці, адреса:** Шулякова Марія Іванівна, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра психіатрії, наркології та психотерапії, 21018 м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.
3. **Джерело інформації:** стаття - Шулякова М. І. (2026). Феноменологічна структура психічних порушень в учасників бойових дій. *Психосоматична медицина та загальна практика, том 11 №1*, 1-9.
 DOI: 10.26766/pmgr.v11i1.714
4. **Актуальність дослідження:** важливість та своєчасність реалізації підходу «Психоедукація як засіб і механізм мотиваційної психокорекції» визначається зростаючою поширеністю психічних і поведінкових розладів серед населення, особливо серед учасників бойових дій, які перебувають у стані тривалого психоемоційного напруження та мають підвищену вразливість до розвитку тривожних, депресивних і посттравматичних станів. Умови воєнного періоду в Україні створюють суттєве навантаження на систему охорони психічного здоров'я, що зумовлює потребу у впровадженні результативних, доступних і науково підтверджених методів психокорекційної допомоги. Дані наукових досліджень свідчать, що значна частка осіб, які зазнали впливу психотравматичних подій, характеризується недостатньою мотивацією до звернення по фахову допомогу, низьким рівнем дотримання лікування та обмеженим усвідомленням власного психічного стану. Це, у свою чергу, знижує результативність терапевтичних втручань і ускладнює процес відновлення. Психоедукація, що розглядається як системний процес інформування та формування навичок саморегуляції, посідає важливе місце у сучасних психотерапевтичних підходах, оскільки сприяє підвищенню рівня психічної обізнаності, зменшенню стигматизації психічних порушень і мобілізації внутрішніх ресурсів особистості. Застосування психоедукації як інструменту мотиваційної психокорекції забезпечує не лише глибше розуміння пацієнтом власного стану, а й посилює його залученість до терапевтичного процесу, що безпосередньо позначається на ефективності лікування. Таким чином, впровадження цього підходу є обґрунтованим і необхідним, оскільки сприяє підвищенню результативності психокорекційної роботи, більш раціональному використанню ресурсів системи охорони здоров'я та покращенню якості життя пацієнтів.

5. Форма впровадження: застосування методики психоедукації в освітньому процесі на кафедрі медицини під час викладання ОК Психіатрія, наркологія для здобувачів ОП Медицина .

6. Суть впровадження полягає в тому, що психоедукація використовується як засіб мотиваційної психокорекції в межах освітнього процесу через поєднання відповідних теоретичних положень із практичними складовими у системі підготовки здобувачів вищої освіти. Практична реалізація передбачає інтегрування психоедукаційних компонентів у зміст навчальних дисциплін та освітніх програм, які орієнтовані на формування здатності до усвідомлення власного психічного стану, розвитку навичок саморегуляції, підвищення стійкості до стресу та виховання відповідального ставлення до психічного здоров'я. Такий підхід забезпечує підвищення рівня психологічної обізнаності здобувачів освіти, розширення їхніх адаптаційних можливостей і зростання ефективності освітньої діяльності.

7. Початок впровадження: травень 2026

8. Зауваження та пропозиції: не вносились.

9. Соціально-економічний аспект впровадження розкривається через його вплив на освітнє середовище та стан здобувачів освіти: використання психоедукації як інструменту мотиваційної психокорекції дає змогу зменшити прояви стресу й психоемоційного виснаження, що, своєю чергою, позитивно позначається на здатності здобувачів адаптуватися до навчального процесу та підтримувати належний рівень академічної результативності. У соціальному вимірі це знаходить відображення у формуванні більш високого рівня психологічної культури, розвитку умінь керувати власним емоційним станом, подоланні упередженого ставлення до психічних розладів і загальному покращенні психоемоційного самопочуття студентської молоді. Економічний ефект проявляється опосередковано — через скорочення втрат, пов'язаних із погіршенням успішності, перервами у навчанні, потребою у спеціалізованій допомозі та нераціональним використанням навчального часу, а також через підвищення ефективності освітнього процесу без необхідності залучення значних додаткових ресурсів. Важливо, що реалізація такого підходу не потребує вагомих фінансових витрат і може бути здійснена в межах уже наявних освітніх програм.

10 Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри медицини ХДУ
кандидатка біологічних наук, доцентка



Ольга ТАРАСОВА

+380507582938

«14» травня 2026 р.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Перший проректор
 Херсонського державного
 університету
 професор Сергій Омелявчук
 «15» 05 2026р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів виконання наукового дослідження і розробки

1. Найменування пропозиції для впровадження: «Ефективність психоедукації при хронічному стресі».

2. Ким запропоновано, виконавці, адреса: Рациборинська-Полякова Наталія Володимирівна, Шулякова Марія Іванівна, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра психіатрії, наркології та психотерапії, 21018 м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

3. Джерело інформації: стаття - Шулякова М. І., Рациборинська-Полякова Н. В. (2024). Вплив хронічного стресу на організм людини та роль психоедукації у редукції його проявів. *Психосоматична медицина та загальна практика, том 9 №1*, 1-6. DOI: [10.26766/pmpg.v9i1.490](https://doi.org/10.26766/pmpg.v9i1.490)

4. Актуальність дослідження: Актуальність напрямку дослідження «Ефективність психоедукації при хронічному стресі» визначається значною поширеністю хронічного стресу серед здобувачів закладів вищої освіти в умовах тривалого психоемоційного напруження. Тривалий стрес зумовлює зниження когнітивної продуктивності, ускладнює адаптаційні процеси та підвищує ймовірність виникнення психічних розладів, що негативно позначається на навчальних досягненнях. Психоедукація, як підхід із науковим підґрунтям, сприяє розвитку навичок саморегуляції та зміцненню психологічної стійкості, що обґрунтовує необхідність її інтеграції в освітній процес.

5. Форма впровадження: реалізується в межах освітнього процесу через інтеграцію психоедукаційних елементів у зміст навчальних дисциплін (ОК Психіатрія, наркологія), організацію тематичних занять і тренінгів, орієнтованих на розвиток умінь саморегуляції та подолання проявів хронічного стресу. Результати дослідження застосовуються під час підготовки здобувачів закладів вищої освіти, а також у проведенні просвітницьких заходів, спрямованих на підвищення рівня психологічної обізнаності та стресостійкості.

6. Суть впровадження: полягає у застосуванні психоедукації як засобу зменшення проявів хронічного стресу через включення відповідних теоретичних і практичних складових до освітнього процесу. Реалізація передбачає надання здобувачам освіти знань щодо механізмів виникнення та розвитку хронічного

стресу, формування у них навичок саморегуляції, а також опанування адаптивних копінг-стратегій, що у підсумку сприяє підвищенню рівня психологічної стійкості та результативності навчальної діяльності.

7. Початок впровадження: травень 2026

8. Зауваження та пропозиції: не вносились.

9. Соціально-економічний аспект полягає в тому, що впровадження психоедукації при хронічному стресі підвищує рівень психологічної стійкості здобувачів освіти, зменшує інтенсивність психоемоційного напруження та сприяє зростанню навчальної продуктивності. Соціальний результат виражається у зміцненні психічного здоров'я та розширенні адаптаційних можливостей студентської молоді. Економічний ефект забезпечується через скорочення непрямих витрат, пов'язаних із погіршенням успішності, перериванням освітнього процесу та втратою навчального часу, при цьому не потребуючи значного додаткового ресурсного забезпечення.

10 Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри медицини ХДУ
кандидатка біологічних наук, доцентка

 Ольга ТАРАСОВА
+380507582938

«14» травня 2026 р.



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор ЗВО з науково-педагогічної та післядипломної освіти

Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

д.мед.н., проф. Олександр НАЗАРЧУК

«23» 04 2026 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** “Впровадження результатів дослідження щодо психоедукаційного супроводу у навчальний процес”.
2. **Автор:** Шулякова Марія Іванівна.
3. **Установа-розробник:** Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра психіатрії, наркології та психотерапії, 21018 м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.
4. **Джерело інформації:** стаття Шулякова М. І. (2026). Феноменологічна структура психічних порушень в учасників бойових дій. *Психосоматична медицина та загальна практика, том 11 №1*, 1-9. DOI: [10.26766/pmgrp.v11i1.714](https://doi.org/10.26766/pmgrp.v11i1.714)
5. **Базова установа, яка проводить впровадження:** Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, ННІ психології та ментального здоров'я.
6. **Форма впровадження:** Реалізація через включення психоедукаційних компонентів до змісту навчальних дисциплін та освітніх програм, спрямованих на формування навичок усвідомлення психічного стану, саморегуляції, стресостійкості та відповідального ставлення до власного психічного здоров'я.
7. **Результати впровадження:** Застосування результатів дослідження сприяє підвищенню рівня теоретичної підготовки та практичних навичок фахівців у сфері психічного здоров'я щодо психоедукаційного супроводу учасників бойових дій.
8. **Строк впровадження:** 2025-2026 року навчальні роки.
9. **Зауваження та пропозиції:** не вносились.
10. Затверджено на засіданні кафедри медичної психології та психіатрії від 28.04.2026 р., протокол № 12.
11. **Відповідальний за впровадження:** доктор медичних наук, професор О.О. Белов

В. о. завідувача кафедри медичної психології та психіатрії ВНМУ імені М. І. Пирогова
доктор медичних наук, професор

Олександр БЕЛОВ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор

КНП «ВОКГВВ ВОР»

Бабійчук В. В.

Керівник установи, де проведено впровадження

« 10 » 01 2022р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Психоедукація в психотерапевтичному процесі.
найменування пропозиції для впровадження
2. Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, 21018, м.Вінниця, вул.Пирогова, 56, Шулякова М.І.
установа, що розробила, її поштова адреса, прізвище, ім'я по батькові авторів
3. Джерело інформації: Шулякова М.І. Роль психоедукації при наданні психотерапевтичної допомоги ветеранам та членам їх сімей / М.І. Шулякова // Матеріали XVII науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Перший крок в науку-2021». (15-17 квітня 2021 р., м. Вінниця). – С. 561-562.
назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційного листа, вихідні дані статті, № а.с. і т.п.
4. Впроваджено: клінічні відділення КНП «ВОКГВВ ВОР»
найменування лікувально-профілактичного закладу
5. Термін впровадження: вересень 2021р. – січень 2022р.
6. Загальна кількість спостережень 88 (вісімдесят вісім)
7. Ефективність впровадження у відповідності з критеріями викладеними у джерелі інформації (п.3) Використання результатів наукових досліджень дозволяє підвищити ефективність психотерапевтичних програм у даного контингенту.
8. Зауваження, пропозиції: запропонований спосіб слід широко впроваджувати в стаціонарах.
9. Відповідальний за впровадження: Шулякова М.І.

Директор
КНП «ВОКГВВ ВОР»

« 10 » 01 2022 р.

Бабійчук В.В.

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
Начальник “ДУ ТМО МВС
України по Хмельницькій
області”
Володимир СЕМПНИЦЬКИЙ
2026 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** “Психоедукація як засіб та механізм покращення психоемоційного стану”.
- 2. Автор:** Шулякова Марія Іванівна.
- 3. Установа-розробник:** Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра психіатрії, наркології та психотерапії, 21018 м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.
- 4. Джерело інформації:** стаття
Шулякова М. І. (2025). Сучасні виклики в системі охорони психічного здоров'я та роль психоедукації у їх подоланні. *Психосоматична медицина та загальна практика, том 10 №4, 1-5.*
DOI: 10.26766/pmgp.v10i4.697
- 5. Актуальність дослідження:** зумовлена зростанням поширеності психоемоційних розладів, зокрема тривожних і депресивних станів, в умовах тривалого стресу та соціально-психологічних викликів. Сучасна система охорони психічного здоров'я потребує ефективних, доступних та науково обґрунтованих методів психокорекції, спрямованих на зниження психопатологічної симптоматики та підвищення адаптаційних можливостей особистості. Психоедукація як комплексний психосоціальний підхід сприяє підвищенню психологічної обізнаності, формуванню навичок саморегуляції та зміцненню резильєнтності, що обґрунтовує доцільність її впровадження у практику психічного здоров'я.

- 6. Форма впровадження:** впровадження здійснюється через проведення групових та індивідуальних психоедукаційних занять.
- 7. Суть впровадження:** полягає у використанні психоедукації як комплексного психосоціального методу, спрямованого на покращення психоемоційного стану шляхом підвищення рівня психологічної обізнаності, формування навичок саморегуляції та розвитку адаптивних копінг-стратегій.
Реалізація впровадження передбачає застосування диференційованого підходу з урахуванням провідної психопатологічної симптоматики, що сприяє зниженню рівня тривожності та депресії.
- 8. Назва відділення (підрозділу), у якому будуть впроваджуватись результати:** Медичний центр психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору.
- 9. Початок впровадження:** 27 квітня 2026 року.
- 10. Зауваження та пропозиції:** не вносились.
- 11. Соціально-економічний аспект:** Впровадження психоедукаційних програм сприяє зниженню рівня психоемоційних розладів, зокрема тривожних і депресивних станів, що позитивно впливає на якість життя пацієнтів та їх соціальне функціонування. Застосування психоедукації як доступного та малозатратного методу дозволяє оптимізувати використання ресурсів системи охорони психічного здоров'я, зменшити потребу у тривалому медикаментозному лікуванні та стаціонарній допомозі. Таким чином, впровадження психоедукації має як клінічну, так і соціально-економічну доцільність, сприяючи підвищенню ефективності надання допомоги та зниженню витрат у сфері охорони психічного здоров'я.

12. Відповідальний за впровадження:

Бушицька О.В.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** "Психоедукація як компонент профілактики дезадаптивних психічних станів в учасників бойових дій".
2. **Автор:** Рациборинська-Полякова Наталія Володимирівна, Шулякова Марія Іванівна.
3. **Установа-розробник:** Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра психіатрії, наркології та психотерапії, 21018 м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.
4. **Джерело інформації:** стаття
Shuliakova M., Ratsyborynska-Poliakova N. The effect of psychoeducation on the level of anxiety and depression in combat participants. *Proceedings of VII International Scientific and Practical Conference "Topical aspects of modern scientific research"* (21-23 March 2024, Tokyo, Japan). P. 38-43.
Шулякова М. І. Психоедукація як ключовий компонент забезпечення психічної стійкості учасників бойових дій. Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю "Проблеми психології діяльності в особливих умовах", 21-22 квітня 2026 року, С. 148-149.
5. **Форма впровадження:** Впровадження у консультативну та психокорекційну роботу з учасниками бойових дій.
6. **Суть впровадження:** Застосовано психоедукаційні та психокорекційні підходи для профілактики дезадаптивних психічних станів.
7. **Результати впровадження:** використання запропонованих підходів сприяє покращенню психоемоційного стану та мотивації до психологічної допомоги в учасників бойових дій.
8. **Початок впровадження:** травень 2026 р.
9. **Зауваження та пропозиції:** не вносились.

10. **Відповідальний за впровадження:** завідувач відділення
Рациборинська-Полякова Наталія Володимирівна, Шулякова Марія Іванівна
 м-р Дієв А. П. Д. 7366

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор ЗВО з науково-педагогічної та післядипломної освіти
Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

доктор медичних наук, професор

Олександр НАЗАРЧУК

« 20 » 05 2026 р.



ЗАТВЕРДЖУЮ

Генеральний директор
Університетської клініки
Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова
(лікувально-навчально-наукового центру)
доктор медичних наук, професор

Андрій ВЕРБА

« 20 » 05 2026 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- Найменування пропозиції для впровадження:** "Удосконалення системи психоедукаційного супроводу учасників бойових дій".
- Автор:** Шулякова Марія Іванівна.
- Установа-розробник:** Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра психіатрії, наркології та психотерапії, 21018 м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.
- Джерело інформації:** стаття Шулякова М. І. (2024). Сучасні виклики в системі охорони психічного здоров'я та роль психоедукації у їх подоланні. *Психосоматична медицина та загальна практика, том 10 №4*, 1-5. [10.26766/pmgr.v10i4.697](https://doi.org/10.26766/pmgr.v10i4.697)
- Форма впровадження:** Психоедукаційні матеріали та рекомендації використовуються у консультативній, психокорекційній та психотерапевтичній роботі з учасниками бойових дій.
- Суть впровадження:** У практичну діяльність впроваджено підходи психоедукаційного супроводу учасників бойових дій, спрямовані на покращення психоемоційного стану, підвищення рівня психічної стійкості та формування адаптивних копінг-стратегій.
- Результати впровадження:** використання запропонованих підходів сприяє підвищенню обізнаності щодо психічного здоров'я, покращенню прихильності до допомоги у сфері ментального здоров'я та оптимізації психоемоційного стану пацієнтів.
- Початок впровадження:** травень 2026р.
- Зауваження та пропозиції:** не вносились.
- Відповідальний за впровадження:** завідувач відділення реабілітації Кувікова І.П.

Завідувач відділення реабілітації

Інна КУВІКОВА