

Л.В. Рахман, О.Ю. Плевачук,
Я.В. Шпильовий, М.О. Дзісь

Львівський національний медичний
університет імені Данила
Галицького

РОЗУМІННЯ ТРИВОЖНОГО СТАНУ В СИТУАЦІЇ ГУМАНІТАРНОЇ КАТАСТРОФИ

Резюме. Ситуація розгортання російської агресії на території України набула масштабів надзвичайної гуманітарної катастрофи з масивним травматичним впливом на широкі верстви населення, включаючи військових, їхні родини та цивільне населення. Стресові чинники є множинними, реакції на стресову ситуацію можуть бути різноманітними як за змістовним наповненням, так і за траєкторією розвитку. У роботі розглянуто стан тривоги як нормальну емоційну реакцію на травматичний досвід, проаналізовано структуру й динаміку проявів тривоги, наведено дані щодо способів та технік опанування тривоги. Також тривога може трансформуватися в патологічний стан у структурі власне тривожних розладів або спостерігатися як симптом іншої психіатричної патології. Наведено дані щодо критеріїв патологічної тривоги, сучасні методи терапії тривожних станів.

Ключові слова: гуманітарна катастрофа, стрес, тривога, техніки опанування, методи лікування.

Ситуація російсько-української війни та гаряча її фаза має багатовимірне значення й екзистенційну сутність за означенням багатьох аналітиків. Так, у доповіді Українського інституту майбутнього «Україна 2022. Як не втратити свій шанс стати сильною державою» від 22.04.2022 року визначені складові надзвичайної гуманітарної катастрофи. Масові вбивства, нелюдські безчинства, мародерства, зруйновані міста, села, історичні пам'ятки та національні символи, скалічені долі тисяч людей російськими окупантами — це трагедія кожного українця. Безсумнівно, ця війна залишить відбиток не лише в нашій колективній національній пам'яті, а й вплине на розвиток усього цивілізованого світу [1]. Світоглядно даний період буде опрацьовуватися багатьма поколіннями як українських, так і світових експертів на різних рівнях, включаючи медичний аспект, і передусім психічний. Факторами, які значною мірою змінюють психічне функціонування людей у ситуаціях гуманітарних катастроф, є зміни або ж руйнування суспільної свідомості, відсутність можливостей (ресурсів) подолати зовнішній стресовий стимул, зміна життєвих орієнтирів і стереотипів із формуванням макро- та мікросоціальних кризових ситуацій. До груп ризику соціально-стресових впливів належать як безпосередньо військові, так і їхні родичі й широкі верстви цивільного населення, незалежно від перебування в зоні бойових дій [2]. Війна, що, по суті, є надзвичайною гуманітарною катастрофою, викликає в психічному функціонуванні різноманітні реакції. Спектр їх доволі широкий: від соціального напруження та

порушень психосоціальної адаптації до розвитку клінічно окреслених форм патології. Серед усіх цих проявів домінуючою є тривога, яка виникає в переважній кількості випадків в осіб, що перебувають у ситуації надзвичайної гуманітарної катастрофи [3].

Визначення поняття травми й травматичного досвіду є не завжди однозначними. Переживання травматичного спектра охоплюють континуум від легкої та помірної тривожності, яка може незначно впливати на щоденне функціонування, до важких психотичних станів, які потребують тривалого лікування. Серед основних видів травм, які спричиняють порушення у сфері психічного здоров'я, фахівці виокремлюють сексуальне й фізичне скривдження дітей, масове міжособистісне насильство, пожежі та опіки, масштабні транспортні аварії й дорожньо-транспортні пригоди, згвалтування та сексуальне насильство, катування, участь у бойових діях, переживання загрозливих для життя подій медичного характеру, катувань, ситуації, у яких люди стають свідками вбивств і самогубств тощо [4]. Аналогічно, як лікарі стикаються з поняттям політравми у хірургічній практиці, так і психологічна травма може бути множинною. Упродовж воєнного періоду ми маємо окремі статистичні дані, які стосуються вимушеного переселення всередині країни, а також дані щодо людей, які виїхали за межі України. Однак слід зауважити, що ці дані щодо внутрішнього переміщення дуже приблизні, оскільки деякі люди мігрують досі з одного регіону в інший, шукаючи краще житло та роботу. Проте статистичних даних, які вказували

© Л.В. Рахман, О.Ю. Плевачук, Я.В. Шпильовий, М.О. Дзісь

б на поширеність травматичного досвіду чи типи конкретних травматичних реакцій, наразі ми не маємо, оскільки період воєнних дій триває недовго з перспективи проведення досліджень. Саме тому спроби передбачити та визначити напрямки розвитку посттравматичних станів, з якими доведеться працювати фахівцям медичної сфери, можливі лише на підставі попереднього досвіду досліджень, які проводилися серед внутрішньо переміщених осіб унаслідок початку воєнних дій на території України з 2014 року. Результати одного з досліджень показали, що поширеність посттравматичного стресового розладу серед таких осіб становила 32%, депресії — 22%, порушень тривожного спектра — 17%. Також було визначено, що 74% респондентів, які потребували психіатричної допомоги, не отримували її впродовж 12 місяців [5]. Інше масштабне дослідження показало, що у 20,2% внутрішньо переміщених осіб фіксувався помірний чи важкий рівень тривоги, у 25% виявлялася депресія, а в 16% поєднувалися тривожні та депресивні прояви [6]. Враховуючи ці дані, ми можемо говорити про потенційну травму, яка може розвинути ще щонайменше у 25% внутрішньо переміщених осіб. Проте потенційні наслідки травми в суспільстві, очевидно, будуть набагато більшими.

Тривога, яка розвивається внаслідок травматичних чинників, які діють в умовах військового стану, є природною й закономірною реакцією. Вона допомагає вчасно реагувати на небезпеку та захистити себе і своїх близьких. Види реакції на загрозову ситуацію, які визначаються поведінковими патернами — «втікати», «завмирати» чи «нападати», є фізіологічно зумовленими та допомагають вижити в ситуації небезпеки. Власне, реальність небезпечного чинника, його інтенсивність і тривалість дії, а також особистісні детермінанти особи, яка його переживає, може визначати також тип та пролонгованість цих реакцій. Науково доведено, що ризик виникнення посттравматичних розладів розвиватиметься далеко не в усіх людей, що пережили психотравмуючу подію. Ризик розвитку таких станів, за різними науковими даними, не перевищуватиме 20-25% [7]. Проте ризик розвитку інших психічних порушень, а саме депресивних та тривожних розладів, залежностей, розладів адаптації, зростатиме, якщо дія небезпечних чинників триватиме довгий час.

Відмінності в способі переживання травми внаслідок війни в Україні можуть визначатися кількома важливими, на нашу думку, факторами, одним з яких є характер бойових дій на різних територіях країни. В одних регіонах це активні бойові дії, які вписуються в певною мірою «лінійне» розуміння війни як лінії фронту, яка пере-сувається з одного місця до іншого. Це «видима»

загроза, яка існує тут і зараз. Однак в інших регіонах відбуваються ракетні обстріли міст, де немає бойових дій. Це створює відчуття постійно існуючої «невидимої» загрози, яку неможливо передбачити та від якої неможливо захиститися. Тривала дія такого тригера формує ґрунт для виникнення розладів тривожного спектра, а саме панічних атак і станів, що супроводжуються генералізованою тривогою, постійним «очікуванням на катастрофу», а також тривалими порушеннями сну та циркадних ритмів загалом, оскільки повітряні тривоги часто оголошуються саме вночі.

Також слід виділити окремі вразливі групи населення, серед яких діти й підлітки, що стали свідками бомбардувань, загибелі рідних, зокрема батьків, а також опинилися зовсім самотні, без опіки, і у зв'язку із цим також спостерігаються тривожні стани та розлади адаптації. Серед вразливих груп населення також люди старшого віку, які через стан соматичного здоров'я не можуть покинути території воєнних дій. Зі свідчень лікарів, які працюють у цих зонах, у людей старшого віку спостерігаються депресивні реакції на стресову ситуацію. Слід виокремити також групи волонтерів, які численні й активно працюють по всій Україні. Зараз спостерігається «синдром емоційного вигорання» серед волонтерів. Також не слід забувати за пацієнтів, які хворіють на важкі психічні захворювання багато років. Це пацієнти із шизофренією, біполярним афективним розладом тощо. На тлі стресової ситуації спостерігаються епізоди загострення та необхідність у госпіталізації. Будинки підтриманого проживання (інтернати), у яких проживають люди з важкими психічними захворюваннями, також евакуйовані в західні регіони України. Така ситуація посилює навантаження на стаціонарні установи профільного й непрофільного характеру та знову ж таки потребує від спеціалістів-медиків уважного ставлення до проблем психіки в даній категорії пацієнтів [8].

Тривога є до певної міри нормальною та психологічно адекватною емоцією в небезпечній ситуації. Людина при цьому відчуває внутрішній неспокій, переповнення думками про наближення чогось неприємного, поєднання із страхом, на тілесному рівні — пришвидшене дихання та серцебиття, дискомфортні відчуття в тілі (за грудниною, у спині, животі, кінцівках). Тривога є комбінуванням таких емоцій, як страх, сум, сором, провина [9]. Водночас тривога не є стабільним станом, а розвивається за певними закономірностями. Цей феномен логічно розглядати як послідовність когнітивних, афективних і поведінкових реакцій, що актуалізуються в результаті впливу на людину стресових чинників. При цьому стресові подразники можуть мати як зовнішній характер, так і бути зумовленими

деякими внутрішніми чинниками, що інтерпретується суб'єктом як небезпечні або загрозливі. Когнітивна оцінка небезпеки, таким чином, актуалізує стан тривоги або зростання рівня інтенсивності цього стану. Отже, стан тривоги можна включити в структуру загального процесу тривоги, який складається з таких компонентів, що розгортаються в певному часовому проміжку: стрес — сприйняття загрози — стан тривоги [10]. Якщо ж ресурсність у подоланні або уникненні стресу є недостатньою, включаються механізми психологічного захисту, функція яких полягає в зменшенні переживання тривоги. Основне завдання цих механізмів — трансформація сприйняття стимулу, який викликає тривогу. Таким чином, у такому разі стан тривоги передбачає таку послідовність етапів: стан тривоги — когнітивна переоцінка — використання наявних ресурсів або психологічного захисту [11, 12].

Роль тривоги як індикатора небезпеки є відповідною та в кінцевому результаті визначальною щодо пошуку загрози й стимуляції захисних механізмів в організмі. Слід також відмітити, що сигнальна функція тривоги поширюється далеко за межі реальної ситуації та враховує досвід минулого індивіда, а також працює відповідно до його уявлень про майбутнє [13]. Напруження механізмів психологічної адаптації як результат тривожної реакції відіграє також мотиваційну роль, що спонукає до ефективного пристосування. Усі вищезазначені твердження відповідають основним постулатам теорії Ганса Сельє щодо регування організму на стресову ситуацію. Вчений зазначав, що під дією стресового фактора в організмі відбуваються зміни у вигляді трьох послідовних стадій: тривоги, опору й виснаження [14]. Саме від запуску та динаміки першої стадії, стадії тривоги, залежить можливість адекватної психологічної адаптації й проходження реакції психіки людини по траєкторії збереження нормального психічного функціонування та ефективного вирішення актуальних життєвих проблем [15, 16]. При цьому змінюються психічні функції: активуються психічні процеси, уся увага концентрується на подразнику, виявляється підвищений особистісний контроль ситуації, запускаються системи психологічного захисту та допінг-стратегії. Поняття копінгу (від англійського слова «соре» — «перебороти», «впоратися», «подолати») розуміється як когнітивні, емоційні та поведінкові зусилля, спрямовані на подолання труднощів у стресовій ситуації. При цьому слід зазначити, що кожна зі складових має своє певне «навантаження». Так, когнітивні зусилля особи скеровано на аналіз проблеми, складання можливого плану дій, пошук альтернативних варіантів виходу із ситуації тощо. За допомогою емоційних зусиль людина контролює свої переживання, шукатиме емоційну

підтримку в оточення. Поведінкові зусилля дають змогу особі досягти бажаного результату [17]. При розгляді ролі копінг-стратегій у забезпеченні психологічного здоров'я суттєвим є їх порівняння з механізмами психологічного захисту. У літературі зазначається, що основна відмінність між цими феноменами полягає в тому, що стратегії копінг-поведінки використовуються особистістю свідомо і можуть змінюватися залежно від обставин, а механізми психологічного захисту не усвідомлюються і в разі їх закріплення стають дезадаптивними [18]. Маркерами ефективного копінгу є стабільне виконання завдань, контроль емоційного стану, реалістичне уявлення про себе та інших, здатність зберігати позитивну самооцінку, здатність підтримувати «винагороджуючі» міжособистісні контакти, перемикатися та відволікатися [19, 20].

У разі дії на людину значного травмуючого чинника необхідним є застосування превентивних методів щодо розвитку патологічних станів у коротко- та довгостроковий період. Із цією метою добре зарекомендували себе техніки самопомоги, які повинен опанувати кожен. Серед загальних рекомендацій слід відмітити: встановлення й дотримання режиму дня, підтримка розумової та фізичної активності, практика вдячності, помічати й обмежувати тригери тривоги, спиратися на достовірні джерела новин [21]. Фахівці Міжнародного інституту зцілення травм, Ізраїль, розробили 5-крокову модель допомоги в критичних ситуаціях:

Крок 1. Обійми метелика: схрестити руки на грудях і покласти долоні на плечі. Поплескати 25-30 разів долонями по плечах. Подихати спокійно. Повторити 2-3 рази вправу.

Крок 2. Основне заземлення. Міцно поставити ноги на землі, аби відчуті її опору. Озирнутися навколо та назвати по 10 різних предметів одного кольору, потім однієї форми, після цього однакової фактури. Мета: відновити орієнтацію в просторі та когнітивні функції.

Крок 3. Заспокоєння й регуляція. Покласти одну руку на груди, а другу — на живіт. Стежити за своїм диханням. Мета: стабілізація дихання і заспокоєння.

Крок 4. Заспокоєння. Сконцентруватися поступово на кожному своєму відчутті в тілі. Не поспішати, повністю усвідомити одне відчуття і потім переходити на інше. Поступово стабілізується дихання. З'явиться полегшення у вигляді глибокого дихання, позіхання, поколювання, тепло, відчуття «мурашок», сміх, плач.

Крок 5. Ресурси. Подумати про когось або щось приємне, що заспокоює та розслабляє чи зміцнює [22]. Часто люди після перенесеного травматичного досвіду можуть впоратися самотійно та не будуть потребувати спеціалізованої

допомоги, при цьому важливими моментами є підтримка рідних, можливість обговорити з близькими хвилюючі моменти, якомога швидше повернення до рутини, виділення часу для себе, наявність хобі, суспільне визнання жертви гуманітарної катастрофи. Випадки тривалості тривожного стану більше ніж 1 місяць або менше ніж 1 місяць із негативним впливом на якість життя людини потребують уваги фахівців.

Від моменту коли тривога як психологічний феномен починає впливати на якість життя людини, перешкоджаючи реалізації її як особистості на персональному та соціальному рівнях, вона переходить у ранг патологічної (дезадаптивної). Патологічна тривога не пов'язана з реальною загрозою і не адекватна значущості ситуації, характеризується сильною вираженістю та спричиняє важкі суб'єктивні переживання, призводить до зниження продуктивної діяльності і, як правило, залучає всі сфери життя людини. Водночас вона є одним із найпоширеніших психопатологічних симптомів у клініці різного рівня психічних захворювань: від м'яких підпорогових невротичних розладів до тяжкої психотичної патології [23]. У випадку військових дій на території незалежно від перебування особи в зоні бойових дій чи поза нею існують предриспонує чинники, які впливають на розвиток патологічної тривоги. Насамперед йдеться про характеристики травматичної події: інтенсивність, експозиція, поширеність, особистісна значущість, рівень жорстокості, ймовірність загрози життю, непередбачуваність, супутні життєві проблеми. Істотним предриспонує механізмом виступають особистісні характеристики: наявність травматичного досвіду в минулому, структура особистості та її психологічні особливості, властиві копінг-стратегії, психічні розлади в анамнезі, а також біологічні фактори. Безсумнівно, значущим є соціальне середовище — відсутність соціальної підтримки, дисфункціональна родинна взаємодія, соціальні умови загалом до виникнення травматичної події, доступність превентивних і терапевтичних програм [24].

При переживанні масивного травмуючого досвіду патологічна тривога або повністю вичерпує клінічну картину захворювання, або входить у структуру більш складних психопатологічних синдромів, надаючи їм своєрідного забарвлення, або виступає як підґрунтя, на якому формуються психопатологічні чи психосоматичні прояви [25]. Тривога — один із найпоширеніших проявів психічної патології і частий симптом при депресії, гострих галюцинаторно-маячних, органічних розладах, алкоголізмі та інших залежних розладах. Коли тривога й депресія супроводжують одна одну, йдеться про змішаний тривожно-депресивний розлад, проте якщо симптоми тривоги

та депресії стають однаково важкими — про коморбідний розлад [26].

Відповідно до МКХ-10 до власне тривожних розладів відносять такі нозології: генералізований тривожний розлад, панічний розлад, специфічні фобії, соціальний тривожний розлад, агорафобію, обсессивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад. Слід чітко зазначити, що відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу» встановлення діагнозу психічного розладу (рубрики F00–99 за МКХ-10) є виключною компетенцією лікаря-психіатра чи комісії лікарів-психіатрів [27]. Лікарі інших спеціальностей, які працюють із пацієнтами, що виявляють ознаки патологічної тривоги, повинні означити тривогу як симптом, встановити синдромальний діагноз (тривожний синдром або ж поєднаний з іншими проявами при рівнозначній інтенсивності та впливі на стан особи), скерувати на огляд до лікаря-психіатра, проводити заходи терапії відповідно до клінічних настанов та уніфікованих протоколів у випадку легкого або середньої важкості тривожного стану (встановлення синдромального діагнозу передбачає можливість призначення протитривожних засобів за синдромальним принципом), проводити лікування відповідно до рекомендацій та сумісно із лікарем-психіатром [28].

Досвід війни, масові порушення прав людини й вимушене або ж примусове переміщення осіб можуть мати глибокий вплив на те, як люди, які вижили, бачать світ. Цей вплив виходить далеко за межі конструкта безпосередньо посттравматичного стресового стану. Терапевтичні програми повинні включати комплекс когнітивних, поведінкових, міжособистісних і соціальних втручань, а в разі потреби залучати психофармакотерапевтичний метод [29]. Вибір інтервенції насамперед залежить від часу, що минув від моменту травматичної події. У перші дні фахівці радять надавати першу психологічну допомогу, метою якої є забезпечити невідкладні базові й конкретні потреби людини, налагодити контакт із рідними та слухати. Надалі, згідно з даними сучасних досліджень, можуть застосовуватися методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ та її різновид — травмофокусована КПТ), EMDR-терапія (Eye Movement Desensibilization and Reprocessing) — десенсибілізація та репроцесуалізація (опрацювання травми) рухом очей [30]. Беручи до уваги широкий спектр розладів, пов'язаних із психотравмою, можливість коморбідних розладів і високої ймовірності соціальні проблеми, напрацювання алгоритму терапії передбачає індивідуальний підхід із можливим залученням членів родини та соціальними інтервенціями. У довгостроковій перспективі можливе застосування інших методів психотерапії: раціональна психотерапія,

гештальт-терапія, психоосвітня робота з пацієнтом та його сім'єю, сімейна терапія, автотренінг, методи особистісного зростання, тренінг соціальних і комунікаційних навичок, терапія зайняттю [31-33].

З медикаментозних засобів при тривожному розладі призначають селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну (СІЗЗСН); рівень відповіді на терапію даними препаратами коливається від 43 до 71% з оцінкою через 12 тижнів. Лікування СІЗЗС та СІЗЗСН має тривати щонайменше від 6 до 12 місяців. Фармакологічною альтернативою щодо СІЗЗС і СІЗЗСН можуть бути фенелзин, інгібітори моноаміноксидази або протиепілептичні препарати (габапентин та прегабалін). Сучасні дослідження й потужні інновації майбутнього включають персоналізовану терапію, засновану на клінічних характеристиках тривожного розладу, і фармакологічно доповнену психотерапію

з використанням ефективних ліків та інтерактивних пристроїв [34-37].

Повномасштабна війна, яку розпочала РФ проти України, є подією, яку прирівнюють до акту геноциду українського народу. Наслідком цієї війни є не лише комбінована та множинна травма, яку переживають і переживатимуть сотні тисяч людей, але й, можливо, поява нових видів та способів переживання травматичного досвіду, які стануть предметом досліджень фахівців у сфері психічного здоров'я впродовж наступних років і десятиліть. Масштабність впливу травми на населення нашої країни приводить до розуміння того, що кожен із фахівців сфери охорони здоров'я в певний момент своєї професійної діяльності змушений буде взаємодіяти з людьми, що пережили травматичний досвід, та надавати допомогу. Робота з травмою стане частиною професійного досвіду лікарів різних спеціальностей, соціальних і педагогічних працівників, що спонукає нас поглибити вже існуючі знання про травму та її наслідки для різних груп населення.

Список використаної літератури

1. Довповідь Українського інституту майбутнього «Україна 2022. Як не втратити свій шанс стати сильною державою» від 22.04.2022 року. Режим доступу: <https://uifuture.org/publications/ukrayina-2022-yak-ne-vtratyty-svij-shans-staty-silnoyu-derzhavoyu/>
2. Волошин, ПВ. Соціальний стрес та його медико-психологічні наслідки / ПВ Волошин, НО Марута. — С. 5-22. В моногр.: Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) / ПВ Волошин [та ін.]; за ред. ПВ Волошина, НО Марути. Харків: Строчков Д.В., 2016:335.
3. Hassan, G, Ventevogel, P, Jefe-Bahloul, H, Barkil-Oteo, A, Kirmayer, L. Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2016;25(2):129-141.
4. Брієр Д, Скот К. Основи травмафокусованої терапії. Львів: Свічадо, 2015:448.
5. Roberts, B, Makhshvili, N, & Javakhishvili, J. Hidden burdens of conflict: Issues of mental health and access to services among internally displaced persons in Ukraine. 2017.
6. Kuznetsova, Irina, Mikheieva, Oksana, Catling, Jon, Round, John, & Babenko, Svitlana. The Mental Health of IDPs and the general population in Ukraine. Zenodo. 2019. Режим доступу: <https://doi.org/10.5281/zenodo.2585564>
7. Підкоритов, ВС. Особливості клініки, формування та комплексного лікування віддалених проявів посттравматичного стресового розладу / ВС Підкоритов, ЛФ Шестопалова, ЮС Бучок. — С. 209-229. В моногр.: Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) / ПВ Волошин [та ін.]; за ред. ПВ Волошина, НО Марути. Харків: Строчков Д.В., 2016:335.
8. Плевачук ОЮ. Допомога у сфері психічного здоров'я для населення у період гуманітарної надзвичайної ситуації / ОЮ Плевачук, ОБ Сувало, ЛВ Рахман // Матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції «Філософсько-психологічні аспекти духовності сталого розвитку людства». Львів, 2022:170-172.
9. Галієва, ОМ. Диференціація понять «тривога» та «тривожність». *Психологія та соціальна робота*. 2019;24, 1(49):32-48.
10. Іванова, Т. Тривога як психологічний феномен. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2020;6:72-78.
11. Spielberger, CD. Anxiety: Current Trends in Theory and Research. Elsevier. 2013:485.
12. Коць ЄМ. Феномен соціальної тривожності як наукова проблема / ЄМ Коць. *Психологічні перспективи*. 2017;29:27-35.
13. Schneiderman N, Ironson G, & Siegel SD. Stress and Health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:607-628
14. Selye H. *Stress without distress*. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott Co, 1974.
15. Pitman R, Rasmusson A, Koenen K, Shin LM, Orr SP, Gilbertson MW, Milad MR, Liberzon I. Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Neuroscience*. 2012 Nov 1;13(11):769-87.
16. Silove, D. The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. *Intervention*. 2013;11(3):237-248.
17. Олєфір ВО. Взаємозв'язок життєстійкості, допінг-стратегій та психологічного благополуччя. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія: Психологія*. 2011;981(47):168-172.
18. Карамушка, ЛМ, & Снігур, ЮС. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені ГС Костюка НАПН України*. 2020;55(1):23-30.
19. Шибанова, ВІ. Копінг-поведінка і механізми подолання стресу. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2011;26:289-296.
20. Stanislowski, K. The coping circumplex model: an integrative model of the structure of coping with stress. *Frontiers in psychology*. 2019;10:694.
21. Whalley, M, & Kaur, H. *Living with worry and anxiety amidst global uncertainty*. Psychology Tools Limited. 2020. Режим доступу: <https://www.psychologytools.com>
22. 5 кроків, які допоможуть Вам впоратися з критичними ситуаціями, впоратися зі своїми почуттями та реакціями. Повна версія. Режим доступу: https://emotionaid.com/wp-content/uploads/2022/04/EmotionAid_A4_Ukrainian.pdf

23. Марута НО. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / НО Марута. *Здоров'я України*. 2012;3(22):6-8.
24. Романчук, ОІ. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. 2012. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://neuronews.com.ua/page/psihotravma>
25. Марута, НО, Панько, ТВ, Каленська, ГЮ, Федченко, ВЮ, & Денисенко, ММ. Патопсихологічні особливості тривоги у структурі невротичних розладів. *Медична психологія*. 2015;10(3):43-47.
26. Хаустова ОО. Психосоматичні маски тривоги / ОО Хаустова. *Український медичний часопис*. 2019;4(1):53-60.
27. Про психіатричну допомогу. Закон України від 22.02.2000 № 1489-III Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>
28. Чабан ОС, Хаустова ОО. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). К.: ДСГ Лтд, 2004:96.
29. NICE. National institute for health and clinical excellence (nice). *Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists*. 2011. Режим доступу: www.nice.org.uk
30. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. 2009. Режим доступу: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd-guide.pdf
31. Barkowski, S, Schwartz, D, Strauss, B, Burlingame, GM, & Rosendahl, J. *Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis*. *Psychotherapy Research*. 2020;30(8):965-982.
32. Kim, HS, & Kim, EJ. *Effects of relaxation therapy on anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis*. *Archives of psychiatric nursing*. 2018;32(2):278-284.
33. Sonne, C, Carlsson, J, Bech, P, Mortensen, EL. *Pharmacological treatment of refugees with trauma-related disorders: What do we know today?* *Transcultural Psychiatry*. 2017;54(2):260-280.
34. Slee, A, Nazareth, I, Bondaronek, P, Liu, Y, Cheng, Z, & Freemantle, N. *Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis*. *The Lancet*. 2019;393(10173):768-777.
35. Pelissolo, A, Abou Kassm, S, & Delhay, L. *Therapeutic strategies for social anxiety disorder: where are we now? Expert review of neurotherapeutics*. 2019;19(12):1179-1189.
36. Karpfhammer Hans-Peter. *Patient-reported outcomes in post-traumatic stress disorder. Part II: Focus on pharmacological treatment*, *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2014;16(2):227-23.
37. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA, Christmas DM, Davies S, Fineberg N, Lidbetter N, Malizia A, McCrone P, Nabarro D, O'Neill C, Scott J, van der Wee N, Wittchen HU. *Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the british association for psychopharmacology*. *J psychopharmacol*. 2014;28:403-439.

Надійшла до редакції 18.04.2022

UNDERSTANDING OF ANXIETY STATES IN THE SITUATION OF A HUMANITARIAN CATASTROPHE

L.V. Rakhman, O.Yu. Plevachuk, I.V. Shpylovyi, M.O. Dzis

Abstract. The situation of Russian aggression on the territory of Ukraine has reached the level of an extraordinary humanitarian catastrophe with a massive traumatic impact on broad segment of the population, including the combatants, their families and civilians. Stress factors are multiple, reactions to a stressful situation can be different both in content and in the trajectory of development. The paper considers the state of anxiety as a normal emotional reaction to traumatic experience, analyzes the structure and dynamics of manifestations of anxiety, provides data on methods and techniques of coping with anxiety. Anxiety can also be transformed into a pathological condition in the structure of the anxiety disorders or can be observed as a symptom of another psychiatric pathology. Data on the criteria of pathological anxiety, modern methods of treatment of anxiety are presented.

Keywords: humanitarian catastrophe, stress, anxiety, management techniques, methods of treatment.