

О.С. Чабан, О.О. Хаустова

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, м. Київ

УДК: 616.891.6(075.8)

АНТИСТРЕСОВА ПОВЕДІНКА
В УМОВАХ ВІЙНИ. ОСНОВИ
ФАРМАКОТЕРАПІЇ ТРИВОГИ*

Резюме. У статті наведено рекомендації щодо антистресової поведінки в умовах війни та визначено основи фармакотерапії тривоги. **Мета** дослідження — «збільшити дистанцію між стресом і дистресом», тобто допомогти мінімізувати вплив факторів військового стресу на нашу поведінку й оптимізувати виживання.

Когнітивна психотерапія спрямована на корекцію зафіксованих помилкових уявлень хворих, відповідно до яких на незагрозливій для життя соматичні відчуття вони дають гіперболізовані реакції.

Ефективна терапія тривожних розладів передбачає обов'язкове поєднане застосування психоосвіти, психотерапевтичної методики та в більшості випадків психофармакотерапевтичних препаратів, адекватний вибір яких зумовлений індивідуальною клінічною картиною захворювання й актуальною життєвою стратегією кожного конкретного пацієнта.

Ключові слова: тривога, стрес, антистресова поведінка, війна, фармакотерапія.

Військовий стрес має безліч різних конфігурацій: від стресового впливу новин про війну по телебаченню або чуток, у міру їх появи, до втрати близьких, руйнувань, вимушеного переселення, нестачі харчів, насилля та жорстокості, смерті й зруйнованих долей.

Фактори стресу та психотехніки. Усі фактори військового стресу мають дещо спільне та призводять до:

- великих, несподіваних і неминучих змін у житті;
- втрати різних типів: втрати життя, безпеки, приналежності, соціального положення та статусу, продовольчої безпеки;
- невизначеності щодо того, що відбувається, де взяти їжу, що відбувається з близькими, чим можуть закінчитися бойові дії;
- непередбачуваності щодо свого коротко- й довготривалого існування, наступних подій, правил, положень та очікуваної поведінки вороже налаштованих інших;
- впливу гротескних сцен смерті й руйнувань або через особистий досвід, або через засоби масової інформації.

Вплив страждань, голоду, холоду. Люди не реагують на стрес пасивно — вони негайно починають чинити опір, пристосовуються й отримують ту міру контролю над військовими подіями та наслідками, яка можлива. Матері заспокоюють немовлят і задовбрюють дітей, люди швидко

намагаються отримати інформацію (про джерела їжі, безпеки, шляхи порятунку), а рятувальники швидко гасять пожежі та доставляють постраждалих до лікувальних закладів.

Усе це відбувається спонтанно і завжди: природа людини бути стійкою й справлятися. Де б ви не були і що б із вами не трапилося, у вас негайно виникне реакція, яка допоможе вам і тим, хто вас оточує. Стійкість та вміння справлятися з труднощами закладені в наших генах.

Проте фактори стресу через війну можуть призвести до непереборних втрат і проблем, люди можуть запанікувати, втратити орієнтацію в часі і просторі, піддатися сильним емоціям або бути паралізованими страхом. Таким чином, хоча в кожному з нас є насіння стійкості, це насіння іноді потрібно вирощувати, активувати, захищати та підтримувати діями, рішеннями й надією.

Мета таких зусиль — «збільшити дистанцію між стресом та дистресом». Інакше кажучи, такі зусилля повинні допомогти нам мінімізувати вплив факторів військового стресу на нашу поведінку й оптимізувати виживання.

Люди переживають катастрофічний стрес, швидко пристосовуючись до будь-якої ситуації, з якою стикаються:

- Ми відразу починаємо інформувати себе, захищати себе (і своїх близьких), орієнтуватися, оцінювати ресурси, розглядати альтернативи й приймати рішення.
- У міру того, як ми вчимося і формуємо образ чи карту нашої нової реальності, якою б катастрофічною вона не була (наприклад, зараз

*Детальніше матеріали наведено у виданні: «Практична психосоматика: тривога». Навчальний посібник / За заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. — К.: Видавничий дім Медкнига, 2022. Замовлення: <https://medknyha.com.ua/shop/>

ми їдемо в машині, рятуючись від бойових дій, у напрямку кордону), ми знову боремося за виживання, а не морально розбиті подіями.

- Чим більш реалістичними ми стаємо, тим краще зіставляємо наші очікування з тим, що пропонує нова реальність нині. І коли, звісно, не всі наші очікування, але деякі з них виправдовуються (наприклад, «Я знайшов молоко в магазині»). «Люди будуть показувати шлях до наступного селища»), ми стикаємося з низкою успіхів, а не просто невдач.
- За першої ж нагоди чи то в першому теплому прихистку ми святкуємо життя.

Безліч досліджень показують, що крайній ступінь страху недовговічний (ми просто виснажуємо нашу здатність виробляти необхідний «адреналін»), тож ми можемо і повинні очікувати, що страх минулий і дуже часто змінюється непокорою й рішучістю.

Саме тому ми зібрали та систематизували частину рекомендацій із подолання стресу, страху й тривоги для цивільного населення під час війни.

Щоденне існування. Дуже важливим є залишення частини буденного мирного життя з його щоденними ритуалами. Отже, є важливим:

- Мати план на щодень (рутинність).
- Фізична активність більша, ніж у «мирні» часи, але не виснажлива та лише в задоволення.
- Спілкуватися з людьми (у т. ч. дистанційно) обов'язково щодня, але не з тими, хто піддається паніці, і не спілкуйтесь із дурнями (страх і дурість заразні).
- Не залишати роботу (варіант — самонавчання, дистанційна робота та освіта, паралельна діяльність).
- Поменше телевізора та новин, особливо на ніч.
- Виберіть те джерело інформації, якому ви довіряєте, і не слухайте та не дивіться інші.
- Прийміть те, що відбувається, як життєвий цикл (епідемії, війни, катастрофи були і будуть, та й інші хвороби нікуди не зникли). Не драматизуйте. Це лише період.
- Побільше руху навіть у межах будинку, квартири.
- Планувати майбутнє й озвучувати це хоча б рідним та друзям.
- Складайте плани на день у вигляді окремих коротких завдань.
- Не живіть у тиші — приємна для вас фонова музика повинна звучати в кімнатах. Мозок автоматично підлаштовується на спокійний ритм.
- Читайте хоча б по 30-50 сторінок на день (що завгодно, але не з екрана).
- Потурбуйтеся про когось, кому зараз погано (собаки, коти тощо).
- Спробуйте жити за принципом: «Давайте переживати незгоди лише в міру їх надходження».

- Дотримуйтесь тривалості сну 7-8 годин і не лягайте пізніше 23-ї години.
- Не створюйте «тисячний» перегляд вмісту холодильника. Ви не голодні — просто вам немає чим зайнятися.
- Перестаньте планувати своє минуле. Не жуйте жуйку «а от якби».
- Якщо ви надмірно тривожні й постійно моделюєте, як ви будете кудись переміщатися, розплануйте свої дії: документи, цінності, маршрути, зателефонуйте людям, до яких ви можете нагрянути.
- Обов'язково проговоріть (озвучте) свої страхи та тривоги комусь з однодумців і друзів — вам одразу стане легше.
- Спробуйте посміятися та іронізувати над своїми страхами (психологічне айкідо).
- Задумайтесь: чому в природі у тварин немає інфарктів міокарда, а в людини є?
- Подумайте, як ваші емоції впливають на ваших дітей. Ви ж не хочете мати дітей невротиків і психопатів?
- Ваше хобі потребує реанімації.
- І ще одне. Якщо ви щиро розсміялися, ви створили (або зберегли) щонайменше сотню нових нервових клітин.

Як не піддатися паніці? Користуйтесь лише перевіреною (офіційною) інформацією. Не діліться сумнівною інформацією і не довіряйте «сенсацийним новинам» невідомих джерел, навіть ваших знайомих, які просто налякані.

Боріться з власною інформаційною залежністю (постійне звернення до новин). Не збирайтесь у групи навколо страху (Вайбер, Телеграм, Вацап — групи, які залякують одне одного більше, ніж дають слушні поради).

Завжди майте план на важливі випадки життя, пов'язані з вашою роботою, місцеперебуванням вас та вашої сім'ї. Згадайте тих, хто проходив через великі випробування в житті і залишився Людиною. Це, як правило, ваші батьки. Поговоріть із ними, як вони рятувалися від паніки та страху.

Постійно нагадуйте собі, що за вами та вашим настроєм уважно стежать діти. Вони ще не мають життєвого досвіду формувати свої емоції, тому копіюють нас із вами. Тож будьте відповідальними за прояви своїх надмірних емоцій. Не травмуйте їх своїм переляком та панічними діями.

Виконуйте свої щоденні обов'язки більш акуратно й відповідально, ніж зазвичай. Турбуйтеся про когось (діти, тварини, ті, хто потребує допомоги).

З емоціями (а паніка — це насамперед емоції) можна справитися не емоціями, а діями. Робіть будь-що фізично (хоча б наведіть порядок у квартирі чи будь-де, навколо себе).

Знайдіть серед своїх знайомих чи друзів того, хто збалансований і не панікує, завжди спокійний

у будь-яких життєвих ситуаціях. Візьміть за правило щодня спілкуватися з ним. Про що завгодно.

Жартуйте! Той, хто сміється над власним страхом, вже бореться з панікою в собі! Думайте про майбутнє і плануйте, що ви будете робити влітку, через рік — п'ять років.

Не ідіть туди, де збирається багато людей, заряджених страхом та передпанічним настроєм. Це некерована бомба. Ваш розум і глузд не справляться з масовим психозом. Краще туди не пхатися. Алкоголь — друг паніки! Тому виключіть його з «лікування» вашого настрою.

Телевізор та Інтернет — примусово дозовано. Там більше страхітливих картинок. Влаштовуйте собі відпочинок від будь-якої інформації. Що б не сталося, пам'ятайте: це лише поганий день, тиждень, місяць, поганий період, але не погане життя.

Усі «правильні» думки з'являються тоді, коли емоції відпочивають. Цінують те, що є зараз, і не думайте: «А от може бути...». Може бути, може і не бути.

Не заперечуйте і не забороняйте емоції страху у ваших дітей. Навпаки, спокійно доєднайтеся до них («Мені також страшно, люба, але розкажи мені...»).

Говоріть рідним та дітям, що ви їх любите, і обнімайте їх. Коли тобі погано, подумай, що комусь твоя допомога зараз більше потрібна, ніж тобі. Полий хоча б свої кімнатні квіти — вони загинуть без тебе. Потурбуйся про домашніх улюбленців. Не жалкуйте про втрачені матеріальні цінності. Прийміть те, що втрачено, як данність. Дійсним є єдина і вища цінність, яка залишилася з вами, — ваше життя і життя ваших рідних.

Періодично «ревізуйте» свої думки і говоріть самі до себе: «Припини! Стоп!» у тому випадку, якщо ви самі себе «накручуєте» і виснажуєте настирливими спогадами та картинками страхів пережитого.

Порядок у голові починається з порядку навколо вас. Як зазначав американський адмірал Макрейвен: «Якщо ви хочете змінити світ, спочатку заправте своє ліжко».

Розмова з дітьми про війну. Національна мережа дитячого травматичного стресу (NCTSN) була створена у 2000 році, щоб підвищити стандарти догляду та розширити доступ до послуг для дітей і сімей, які зазнали травматичних подій або стали свідками травм. Фахівці мережі підготували методичні матеріали, що можуть допомогти опанувати травматичний досвід війни (джерело NCTSN: [talking-to-children-about-war-uk.pdf](https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/fact-sheet/talking-to-children-about-war-uk.pdf) ([nctsn.org](https://www.nctsn.org)); адаптовано з др. Андреаса Вітта та Торстена Сукале, переклад Лени Криммер <https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/fact-sheet/talking-to-children-about-war-uk.pdf>).

Ми провели додаткову адаптацію цих методичних матеріалів.

Напад на Україну викликав у людей багато емоцій, серед яких гнів, страх, занепокоєння та розгубленість. Війна спричинила тривогу й занепокоєння безпекою в регіоні, а також у всьому світі. Деякі сім'ї можуть бути стурбовані за близьких людей, які безпосередньо постраждали, наприклад ті, хто проживає в районі бойових дій, ті, хто тимчасово перебував на території, де ведуться бойові дії, і намагається повернутися додому; або ті, хто служить у Збройних силах, урядових установах чи агентствах допомоги.

Коли такі події відбуваються в нашій або інших країнах, ми можемо відчуті економічний вплив, наприклад підвищення цін на бензин, імпортовані товари тощо. Ці наслідки можуть створити додаткові проблеми для сімей, які вже мають фінансові труднощі в результаті пандемії. Більшість дітей дізнаються про війну та її наслідки через ЗМІ чи соціальні мережі. І вихователі, і діти можуть мати труднощі з розумінням побаченого й почутого. Як правило, діти та молодь звертаються по допомогу й настанову до людей, яким довіряють. Батьки та інші особи, які доглядають за ними, можуть допомогти їм розібратися з тим, що вони бачать і чують, розмовляючи з ними, визнаючи їхні почуття та знаходячи способи впоратися разом.

Можливі наслідки й висновки. Для деяких дітей та сімей війна може бути спогадом про власну травму чи втрату. Це може призвести до таких почуттів: почуття смутку, страху та безпорадності, тривоги розлуки, розладу сну, втрати апетиту, проблем із концентрацією. Вихователі можуть підтримувати дітей шляхом:

- навчання щодо можливих «нормальних» реакцій на травму;
- забезпечення комфорту та заспокоєння;
- надання можливостей для контакту з родиною та іншими важливими для дитини/підлітка особами, які здійснюють догляд.

Сім'ям, які мають близьких чи родину в Україні та прилеглих регіонах, можливо, знадобиться приділити додатковий час, щоб обговорити занепокоєння дітей про безпеку своїх родичів і друзів та визнати, наскільки важкими є невизначеність і турботи для всієї родини. Особливо важливо бути в курсі того, що відбувається. Проте необхідно, щоб усі причетні щодня відпочивали від важких думок і займалися іншими видами діяльності.

Сім'ї військовослужбовців, можливо, більше турбуються про близьких людей, які задіяні в бойових операціях. Хоча сім'ї військових розуміють ризики, пов'язані зі службою в армії, їм може знадобитися додаткова підтримка, щоб зміцнити свою стійкість і пережити ці важкі часи.

Розмова з дітьми про війну. Почніть розмову першим: запитайте, що дитина знає про ситуацію. Більшість дітей та молодих людей почули

про це через ЗМІ, соціальні мережі або від вчителів чи однолітків. Не думайте, що ви знаєте, що думають або відчують ваші діти. Запитайте дитину, як вона ставиться до подій навколо війни в Україні. Нерозв'язані проблеми, невизначеність та почуття дітей можуть бути не такими, як ви очікували від ваших дітей або як ваші власні почуття.

Заплануйте кілька співбесід, якщо є багато запитань або якщо ситуація змінюється. Коли ви самі адаптуєтесь до змін, ви показуєте дитині, що відкриті

З'ясування непорозуміння. Слухайте і ставте запитання, щоб дізнатися, чи правильно дитина розуміє ситуацію. Дитина може відчувати гостру загрозу, коли насправді її немає. Широко поширені різні та навіть протилежні точки зору, а також дезінформація щодо війни. Люди, які живуть в Україні, імовірно, отримують дещо іншу інформацію, ніж люди в Росії чи інших країнах. Усуньте будь-яку дезінформацію, яку дитина могла почути. Обговоріть складність політичної ситуації та можливі наслідки зі старшими дітьми й молоддю. Як сім'я обговоріть, чи є аспекти поточної ситуації, до яких ви б хотіли та могли долучитися (наприклад, пожертвування благодійним організаціям, читання про історію регіону тощо).

Перебіг подій в Україні, пов'язаних із війною, може заплутати навіть дорослих. Збирайте інформацію з надійних джерел, щоб відповісти на запитання своїх дітей. Це також дає відчуття безпеки. Якщо ви не впевнені у відповіді, це нормально. Дайте дітям зрозуміти, що ви цінуєте запитання і можете разом знайти відповідь.

Надання інформації. Діти молодшого віку, почувши про війну, можуть турбуватися про власну безпеку. Обговоріть із ними, де йде війна, і запевніть їх, що вони в безпеці. Молодь та старші підлітки можуть замислюватися щодо призову на військову службу або виявляти зацікавленість у волонтерській діяльності. Відповідайте на їхні запитання та підтримуйте їх відповідно.

Допоможіть дітям виявити й подолати упередження, які вони можуть мати щодо інших через національність, місце народження чи мови, якими вони розмовляють. Особи, які доглядають за дітьми, мають проявляти повагу до всіх людей. Будьте обережними в розмовах із дорослими в присутності дітей.

Розмови дорослих у присутності дітей. Будьте обережними, обговорюючи війну в присутності молодших дітей. Діти часто слухають розмови, чого дорослі іноді не помічають. Діти можуть неправильно інтерпретувати те, що вони чують, і заповнювати будь-які прогалини додатковими неточностями, що може посилити їхні переживання.

Стежте за тоном розмови, оскільки гнівне або агресивне мовлення може налякати маленьких

дітей. Будьте якомога спокійнішими, обговорюючи війну, і не забувайте використовувати зрозумілу, дружню для дітей мову, щоб вони могли зрозуміти.

Будьте обережними, щоб не висловлювати свої занепокоєння щодо економічного впливу війни на вашу сім'ю. Ваші страхи можуть ненавмисно перенестися на ваших дітей.

Звертайте увагу на інформацію з медіа. Повідомлення про війну, бойові дії та їх наслідки можуть викликати занепокоєння в дорослих і підвищити занепокоєння в дітей різного віку.

Чим більше часу діти витрачають на перегляд репортажів про війну, тим більша ймовірність того, що в них буде негативна психічна реакція. Надмірний перегляд новин може вплинути на психічне і фізичне здоров'я дитини в подальшому.

Перегляд і прослуховування страшних новин може травмувати дітей. Зверніть увагу на те, яку саме інформацію отримує ваша дитина. Зверніть увагу на необхідність відповідного вікового обмеження щодо інформації. Дуже маленькі діти можуть не розуміти того, що події відбуваються не в їхньому найближчому оточенні.

Батьки/вихователі можуть допомогти, обмеживши кількість підписок на новини, включаючи дискусії про війну в соціальних мережах. Це також корисно для опікунів.

Чим молодша дитина, тим меншим має бути доступ до новин. Якщо є можливість, діти в дитячому садку взагалі не повинні дивитися жодних новин на тему війни чи насилля.

Батьки/вихователі можуть підтримувати дітей старшого віку, переглядаючи новини разом, щоб відповісти на запитання або дати пояснення. Перевірте з ними, що саме обговорюється про війну в соціальних мережах і наскільки вони відкриті та готові для подальших розмов на цю тему.

Як розвивати резилієнс/стресостійкість. Встановлення та підтримання зв'язків: для родини корисно більше часу проводити разом, заспокоювати одне одного й виявляти прихильність одне до одного, а також спілкуватися з іншими членами сім'ї, друзями чи іншими постраждалими людьми (наприклад, підтримувати зв'язок з іншими родинами, що проживають поряд, питати, як вони почуваються і що їм потрібно в цей напружений час).

Соціальна активність: батьки/вихователі можуть підтримати дітей, привернувши увагу до хвилі солідарності й допомоги, а також до того, як люди працюють разом, щоб допомогти тим, хто перебуває в кризових зонах, і припинити конфлікт.

Якщо діти хочуть допомогти постраждалим від війни, вони мають подумати, як вони можуть це зробити: наприклад, шляхом написання листів, створення малюнків, пожертвувань відповідним

благодійним організаціям, підтримки місцевих організацій біженців або участі в безпечних для них заходах.

Дотримання звичної щоденної активності: у важкі часи звичні щоденні дії можуть бути втішними для дітей, підлітків та молоді. Дуже корисно дотримуватись своїх розпорядків і планів. Тим, хто стурбований економічними труднощами, варто додатково запровадити разом із сім'єю спільні заняття, які не додають стресу, а, навпаки, приносять моменти сміху й радості.

Дорослим варто бути терплячими: у важкі часи діти, підлітки та молодь можуть мати більше проблем із поведінкою, концентрацією та увагою. Батьки/вихователі повинні виявляти додаткове терпіння, турботу й любов до дітей та до себе. Пам'ятайте, що на додаток до особливого терпіння й турботи про своїх дітей ви також повинні бути терплячими та добрими до себе, оскільки всі ми можемо відчувати підвищений стрес у цей час.

Психотехніки заспокоєння/переборення панічного нападу для дорослих. За певних ознак стресу існують добре перевірені техніки втручання (табл.).

Таблиця. Техніки втручання

Ознаки, що людина стресована	Тактика
Постійно сухість у роті	Періодично робіть невеликі ковтки води (не кава); перед ковтком прополощіть рота.
Сильне серцебиття	Промасажуйте заплющені очі. Глибоко спокійно подихайте. Спокійно пройдіться. У разі потреби прийміть будь-який заспокійливий препарат. Добре — пропранолол чи інші бета-блокатори.
Відчуття, що ви задихаєтесь	Дихайте контрольовано: повільний вдих і швидкий видих, потім повільний вдих і повільний видих. Дихання в русі (див. нижче).
Не можете спокійно всидіти, настирливе бажання рухатися	Рухайтесь, ходіть. Рахуйте кроки і дихайте в ритм кроків (наприклад, на чотири кроки — вдих і чотири — видих). Сильно стискайте і розслабляйте кулаки. Стискайте гумову іграшку.
Усі думки про свій поганий стан, відчуття, що зараз щось відбудеться катастрофічне	Потурбуйтеся про когось саме зараз. Шукайте очима очі сусідів. Насильно усміхніться. Зателефонуйте своїм рідним (розпитайте, як їхні справи). Напишіть комусь із близьких повідомлення, підбадьорте їх.
У вас сильний озноб	Зігрійтесь, замотайтесь у ковдру. Обніміть когось зі своїх рідних. Притуліться до стіни. Обніміть самі себе. Також допомагає техніка штучного ознобу.
Розболілася голова	Масаж скронь. Спокійне дихання в ковшик долонь, які не сильно притиснуті до рота і носа. Масаж заплющених очей.
Не можете заснути, думки про погані події	Потурбуйтеся, щоб вам було тепло і не заважали звуки. Згадайте щось із минулого життя і максимально деталізуйте це. Прийміть мелатонін або снодійні короткої дії. Притуліться до когось або чогось.

Одним із дієвих засобів подолання стресу є дихальні вправи:

- Повільне ритмічне дихання на рахунок «1...5».
- Дихання в ритмі спокійної ходьби (на «1...5» — вдих, на «1...5» — видих). Рухатися не зупиняючись, увага на диханні.
- Дихання за умовним «квадратом»: уявіть квадрат і дихайте, слідуючи його сторонам: на «1...4» — вдих, потім затримка дихання («1...4»), видих («1...4»), затримка («1...4») тощо.
- Дихання із затримкою на вершині вдиху або видиху.
- Спокійне дихання в долоні ковшиком (2-3 хвилини). Усуває також головний біль.
- Умовне повільне «задування свічки» (повільно).
- Діафрагмальне повільне дихання (контроль як ви дихаєте).
- Дихання з послідовним наповненням грудної клітки — живота і видих із живота через груди і горло. Виконується повільно. Головне відстежувати в тілі, що за чим наповнюється.
- Дихання з повільним присіданням (30 секунд рух вниз і 30 секунд — підйом) та частим («собачим») диханням (вдих носом, видих ротом). Відстежується почервоніння обличчя, якого не повинно бути (неправильно налаштоване дихання).

Не потрібно використовувати всі дихальні вправи, але доцільно підібрати з них саме ту або ті, що найефективніше можуть вгамовувати страх саме в певної людини.

Серед вправ, спрямованих на вегетативну систему:

- масаж заплющених очей;
- душ + дихання;
- техніка штучного тремору (самостійно викликаного ознобу);
- акупресура (рис.).

Додатково корисними можуть бути фізіологічні та соціальні вправи на концентрацію, переключення та відволікання. До фізіологічних вправ

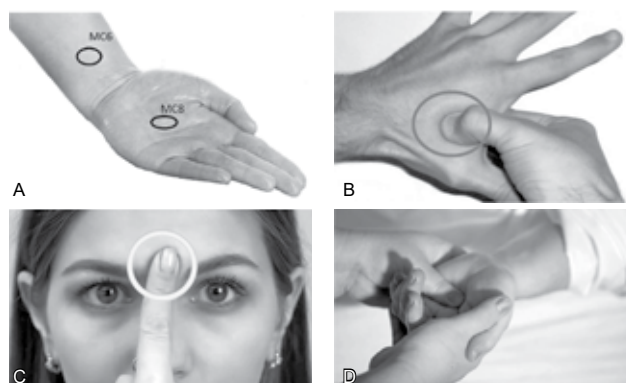


Рис. Точки (A, B, C, D), на які потрібно тиснути по 2-3 хвилини (краще нігтем, дитині — подушечкою пальця) та поєднувати з диханням, описаним вище

на концентрацію, переключення та відволікання відносяться такі:

- Стиснення та розтискання пальців у кулаки.
 - Стискання гумових іграшок.
 - Клацання пальцями. Разом, потім по чергово.
 - Долоні на коліна — вгору/вниз. Важливий ритм.
 - Пальці ніг «у кулак».
 - Фокус погляду «рука — підлога». Дивитися через пальці.
 - Техніка «сканування свого тіла»: повільно проаналізувати відчуття у всіх частинах тіла, які чогось торкаються (сидіння, спинки, стола тощо).
 - Техніка «сканування тіла на предмет одягу».
- До соціальних вправ на концентрацію, переключення та відволікання відносяться такі:
- Телефонний дзвінок значущій людині.
 - СМС комусь (вступіть у переписку).
 - Розмова з кимось поблизу.
 - Розмова із собою (раціоналізувати подію).
 - Уявлення себе в безпечному місці (перегляд ваших світлин, де вам було добре, деталізувати в спогадах ці місця).
 - Техніка «статистична доказовість», що біди не трапляться.
 - Техніка «розглядання спокійних людей».
 - Техніка «неформальної лексики» (лише про себе або серед тих, хто вас зрозуміє).

Дієвими та широко використовуваними є такі вправи на заспокоєння:

- Потріть великими пальцями фаланги і подушечки пальців на руках. Повільно розімніть кожен палець. Потім помасажуйте ділянку на долоні під великим пальцем. Це допоможе швидко заспокоїтися.
- Складіть «метеликом» на грудях руки і покладіть їх на ключиці. Легенько постукайте себе долонями по ключицях. Вібрація від ударів нагадує серцебиття і буде заспокоювати вас.
- Сфокусуйте зір на будь-якому квадратному або прямокутному предметі. Потім рахуйте до чотирьох. На рахунок один проведіть поглядом по одній стороні предмета і глибоко вдихніть. На рахунок два проведіть поглядом по другій стороні і видихніть тощо. Продовжуйте вправу, поки не заспокоїтеся.
- Напружте всі м'язи тіла на руках і ногах, спині, животі, шиї. Затримайтеся на 5 секунд, потім розслабте тіло. Після цього по черзі розслабляйте і напружуйте різні групи м'язів. Цю вправу можна робити перед сном.

Основи фармакотерапії. Тривожні розлади є найпоширенішими психічними розладами у всьому світі, поширеність яких протягом усього життя становить близько 30%. Вони часто мають хронічний перебіг і супроводжуються іншими тривожними станами та афективними розладами.

Тривожні розлади пов'язані з величезними прямими й непрямыми витратами на охорону здоров'я та економічним тягарем. Зменшення загального тягаря тривожних розладів в окремих людей та у всьому світі може бути найкраще досягнуто своєчасним, точним виявленням захворювання й адекватним призначенням лікування, розширенням лікування в разі потреби.

Сучасне доказове лікування тривожних розладів надто часто є процесом проб і помилок. Взагалі як фармакологічні, так і психологічні втручання є ефективними при лікуванні тривожних розладів. Психотерапія на підставі доказів (особливо когнітивно-поведінкова терапія) та психофармакотерапія (особливо серотонінергічні препарати) є ефективними і полегшують вибір пацієнтам у прийнятті терапевтичних рішень. Утім, незважаючи на доступність доказових втручань, тривожні розлади часто невчасно діагностуються, а обсягу терапевтичних заходів буває недостатньо.

Клініцисти, відповідно до клінічних настанов, зазвичай починають лікування препаратами першої лінії — селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну / інгібіторами зворотного захоплення серотоніну — норадреналіну (CІ33С/І33СН) та/або психотерапії, а потім чекають 8-10 тижнів, протягом яких вони можуть спостерігати поліпшення або побічні ефекти. Тривалий інтервал між початком лікування й відповіддю, а також змінна частота відповіді (покращення в 50-60% пацієнтів) є значним недоліком фармакотерапії CІ33С та І33СН. Саме тому існує спокуса призначення бензодіазепінів (БЗД) для швидкого зменшення рівня тривоги за рахунок ГАМК-пригнічення. Але після відміни БЗД тривога зазвичай повертається, чого не відбувається після курсу терапії CІ33С/І33СН.

Клінічні рекомендації ґрунтуються на таких принципах: пропонують прагматичний підхід, починаючи з психоосвіти та порад щодо факторів способу життя, а потім початкового лікування, вибраного в співпраці з пацієнтом із доказових варіантів, з урахуванням тяжкості симптомів тривожного розладу, переваг пацієнта, доступності та вартості ліків.

Рекомендовано три варіанти початкового лікування для всіх тривожних розладів:

- когнітивно-поведінкова терапія (віч-на-віч або за допомогою комп'ютера, планшета чи смартфона);
- фармакотерапія (CІ33С або І33СН разом із рекомендаціями щодо ступеневого впливу на тригери тривоги);
- поєднання когнітивно-поведінкових терапій та фармакотерапії.

Прогрес у забезпеченні ефективних терапевтичних і клінічних можливостей для пацієнтів, які

страждають на тривожні розлади, був і лишається досить повільним.

Терапія тривожних розладів є досить складною, тому що лише 60-85% пацієнтів реагують (відчувають щонайменше 50% покращення) на поточні біологічні та психологічні методи лікування. Крім того, лише близько ½ пацієнтів досягають одужання. Пацієнти з тривожними розладами, зокрема генералізованим тривожним розладом і соціальним тривожним розладом, мають високу частоту рецидивів та/або відчувають постійні симптоми тривоги, особливо якщо в них є супутній депресивний розлад.

Може бути декілька пояснень резистентності до терапії тривожних розладів, включаючи неправильний діагноз, погану прихильність до лікування, вживання психоактивних речовин або інші супутні захворювання. Причому багато методів лікування, які зараз досліджуються, є просто модифікаціями вже затверджених методів лікування.

Узагальнення даних різних клінічних настанов і сучасних клінічних досліджень щодо фармакотерапії тривожних розладів є досить складним завданням, вирішенню якого був присвячений нещодавній огляд сучасних та нових варіантів лікування, вперше опублікований у «Frontiers in Psychiatry» 23 грудня 2020 року.

Сучасні методи лікування тривожних розладів включають такі класи препаратів:

СИЗС та ІЗСН: перша лінія для лікування ПР, ГТР і СТР. Нещодавній метааналіз показав, що більшість СИЗС та ІЗСН є ефективнішими, ніж плацебо, при ГТР, при цьому есциталопрам і дулоксетин потенційно мають найбільший ефект. Рекомендована тривалість лікування може змінюватися і становить від 3-6 місяців до 1-2 років або навіть довше. Ці ліки, як правило, добре переносяться, із зазвичай керованими або короткочасними побічними ефектами, такими як нудота, головний біль, сухість у роті, діарея або закреп.

Трициклічні антидепресанти (ТЦА), які діють як інгібітори зворотного захоплення транспортерів серотоніну та норадреналіну, були одним із перших класів ліків, які використовувалися для лікування тривожних розладів. Незважаючи на порівнянну ефективність із СИЗС, зараз їх призначають рідше через значні побічні ефекти, включаючи збільшення ваги, сухість у роті, седацію, затримку сечовипускання, аритмії та ризик смертності при передозуванні.

Змішані антидепресанти: міртазапін схвалений для терапії депресивних розладів, має широку фармакологічну дію з пресинаптичним антагонізмом альфа2-адренорецепторів, постсинаптичною блокадою 5-HT₂ - і 5-HT₃-рецепторів і антагонізмом рецепторів гістаміну H₁. Його перевагами є позитивний вплив на сон і апетит,

а також загальна безпека для пацієнтів літнього віку, менша кількість лікарських взаємодій, менша ймовірність сексуальних побічних ефектів порівняно із СИЗС та ІЗСН. Побічні ефекти включають збільшення ваги та інші антигістамінні ефекти, такі як седація та сухість у роті. Міртазапін може бути ефективним при лікуванні тривожних розладів, але насамперед як допоміжний засіб (не перша лінія терапії).

ГАМКергічні препарати включають такі препарати, як прегабалін (Лігато, Медокемі), габапентин, тіагабін, ламотриджин і топірамат. Існує незначна кількість досліджень щодо використання цього класу ліків для лікування тривожних розладів із найсильнішими доказами застосування прегабаліну при ГТР, включаючи метааналіз численних клінічних досліджень, які повідомляють про його перевагу над плацебо та порівнянні ефекти з бензодіазепінами. Вважається, що прегабалін має протиепілептичний ефект завдяки своєму впливу на альфа2-дельта субодиниці кальцієвих каналів, що зменшує вивільнення нейромедіатора. Прегабалін схвалений FDA для лікування нейропатичного болю, постгерпетичної невралгії, фіброміалгії та як додатковий засіб для лікування часткових судом. Він був схвалений для лікування ГТР Європейським Союзом у 2006 році. Також було показано, що прегабалін має потенційну ефективність при СТР, але тільки при дозах 450-600 мг. Загалом прегабалін добре переноситься, причому найбільш поширеними побічними ефектами є седація, запаморочення та збільшення ваги. Оскільки існує ймовірність зловживання та залежності від прегабаліну, потрібно пам'ятати про титрацію вниз (зменшення дози ліків, щоб запобігти відміні) і контролювати тривалість призначення препарату пацієнтам із проблемами зловживання психоактивних речовин, особливо опіоїдів, для яких існує підвищений ризик передозування та смерті.

Бензодіазепіни довгий час були засобом лікування тривоги і досі є одними з найбільш широкоживаних класів психіатричних препаратів у світі, хоча спостерігається зростання стигматизації використання бензодіазепінів у клінічній практиці. Критики бензодіазепінів посилюються на те, що всупереч клінічним настановам їх призначають як терапію першої лінії для лікування тривоги в закладах первинної медичної допомоги перед прийомом СИЗС. Утім, бензодіазепіни, що діють як агоністи ГАМК-А, є дуже універсальними препаратами, які можна короткочасно призначати для широкого спектра станів, включаючи абстиненцію від алкоголю, збудження або агресію, анестезію, кататонію, манію, безсоння, м'язові спазми, епілепсію або судоми, порушення поведінки та рухові розлади. Бензодіазепіни більше не вважаються монотерапією першої лінії для

лікування ПР або інших тривожних розладів, але можуть використовуватися в короткостроковій перспективі як на постійній основі, так і в разі потреби для лікування ПР, ГТР і СТР у поєднанні із СИЗС та ІЗСН.

Антигістамінні препарати. серед яких гідроксизин є найбільш вивченим засобом для лікування тривоги і єдиним антигістамінним препаратом, схваленим FDA для лікування тривоги. Гідроксизин та інші антигістамінні препарати, такі як димедрол, також можуть бути безпечнішими для дітей і підлітків та вагітних жінок. Проте існує занепокоєння щодо ризику антихолінергічної токсичності або марення в літніх людей чи пацієнтів із нейрокогнітивними розладами. Антигістамінні препарати, як правило, добре переносяться, проте трапляються й побічні ефекти від їх застосування, такі як сухість у роті, закріп, седація та ризику використання під час керування автомобілем.

Альфа- та бета-адренергічні засоби. Пропранолол є бета-адренергічним антагоністом, схваленим FDA для багатьох показань, включаючи гіпертонію, стенокардію, фібриляцію передсердь та аритмії, профілактику мігрені та есенціальний тремор. Незважаючи на те, що він не схвалений для будь-яких психіатричних показань, його широко призначають для лікування СТР і страху публічних виступів. Однак існує недостатня підтримка досліджень щодо застосування пропранололу при тривожних розладах, хоча він може застосовуватися при певних тривожних станах, у тому числі сублінгвально 20 мг при панічних атаках. Доказів щодо використання інших бета-блокаторів, таких як піндолол, при тривожності небагато.

Антипсихотичні засоби. На сьогодні існує лише один антипсихотик трифлуо перазин, схвалений FDA для лікування тривоги. Утім, декілька систематичних оглядів показали потенційну користь монотерапії кветіапіном при ГТР. Канадські рекомендації щодо тривоги та пов'язаних із нею розладів рекомендують оланзапін, арипіпразол та рисперидон як стратегії аугментації для ГТР і ПР.

Натуропатичні засоби. Протягом останніх десятиріч дедалі більше вивчались засоби рослинного походження для лікування депресії та тривоги. Декілька систематичних оглядів аналізували анксиолітичну активність інших рослинних сполук для лікування тривоги і тривожних розладів: ашваганди, пасифлори, гальфії, ехінацеї, гінкго, ромашки, меліси, валеріани, лаванди тощо.

Звертає на себе увагу натуропатичний препарат Анксіомедін (Нутрімед), який рекомендується для профілактики та комплексного використання при легких і помірних тривожних розладах, що супроводжуються роздратуванням, емоційною лабільністю, відчуттям тривожності та страху, низькою здатністю до адаптації. Анксіомедін не викликає порушення концентрації уваги, тому його можна вживати впродовж робочого дня або під час навчання. Анксіомедін не викликає звикання, а після завершення курсу не розвиваються симптоми відміни.

Висновки

На підставі наведеного вище можна зробити такі висновки:

1. Військовий стрес має безліч різних конфігурацій: від стресового впливу новин про війну по телебаченню або чуток, у міру їх появи, до втрати близьких, руйнувань, вимушеного переселення, нестачі харчів, насилля та жорстокості, смерті й зруйнованих долей.
2. Антистресова поведінка має допомогти нам мінімізувати вплив факторів військового стресу на нашу поведінку й оптимізувати виживання, тобто збільшити дистанцію між стресом та дистресом.
3. Ефективна терапія тривожних розладів має бути тривалою. Вона передбачає обов'язкове поєднане застосування психоосвіти, психотерапевтичної методики та в більшості випадків психофармакотерапевтичних препаратів, адекватний вибір яких зумовлений індивідуальною клінічною картиною захворювання й актуальною життєвою стратегією кожного конкретного пацієнта.

Список використаної літератури

1. Артеменко, Є. Теоретичний аналіз співвідношення понять тривога та тривожність особистості. *Освіта і наука*. 2021.
2. Бурчинський, СГ. Біль, депресія і тривога: чи є світло в кінці тунелю? *Ліки України*. 2021;3(249):14-18.
3. Галієва, ОМ. Диференціація понять «тривога» та «тривожність». *Психологія та соціальна робота*. 2019;24, 1(49).
4. Динаміка стану психічного здоров'я населення та організація психіатричної і наркологічної допомоги в Україні. Аналітично-статистичний довідник за 2009-2013 рр. К., 2014:665.
5. Кожина, Г, & Красковська, Т. Ефективність психотерапії тривожних розладів у вимушених переселенців. *Збірник тез Міжнародної наукової конференції «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки» (до 35 роковин аварії на Чорнобильській АЕС)*. 2021:37-38.

6. Колесник, М. Тривога та депресія очима фахівців різних спеціальностей. *Український медичний часопис*. 2019;5(1):49-51.
7. Марута, НА, & Федченко, ВЮ. Психопатологічні наслідки COVID-19: можливості запобігання та лікування. 2021.
8. Мокрій, МЯ, & Франкова, І. Тривога у дітей: шляхи подолання. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2018;3(3):e0303109-e0303109.
9. Напрєєнко, ОК, & Напрєєнко, НЮ. Депресивні та тривожні розлади при зловживанні алкоголем військовослужбовцями, які прийняли безпосередню участь у бойових діях (комбатантами). 2018.
10. Нулевая версия проекта Глобального Плана Действий по Охране Психического Здоровья 2013-2020, версия от 27 августа 2012.
11. Практична психосоматика: діагностичні шкали [Текст]: [навч. посіб.] / ОС Чабан [та ін.]. 2-ге вид., випр. і допов. К.: Медкнига, 2019:111.
12. Хаустова ОО. Психічні розлади у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями: стан проблеми і перспективи її вирішення / ОВ Бушинська, КІ Тарновецька, ОВ Прохорова, ВП Кардашов. *Психічне здоров'я*. 2013;4(41):7-13.
13. Хаустова ОО. Сучасні уявлення про психосоматичну медицину. *Психічне здоров'я*. 2017;4(53):5-11.
14. Хаустова ОО. Тревожные расстройства: причины, симптомы, диагностика, лечение / ОО Хаустова. *Український неврологічний журнал*. 2012;3(24):79-87.
15. Чабан ОС, Хаустова ЕА. Терапия депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств легкой и умеренной степени. *Архів психіатрії*. 2004;10(4):39.
16. Чабан ОС, Хаустова ОО. Психічне здоров'я в період пандемії COVID-19 (особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів). *НейроNews*. 2020;3(114):26-36.
17. Чабан ОС, Хаустова ОО, Несторович ЯМ. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології. К.: Медкнига, 2010.
18. Чабан ОС. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології / ОО Хаустова, ЯМ Несторович. К.: Медкнига, 2010:132.
19. Юр'єва, ЛМ, & Лященко, ЮВ. Діагностика та лікування дисомнічних порушень у хворих на тривожно-депресивні розлади (огляд літератури). *Український вісник психоневрології*. 2020;28(3):70-76.
20. Ясточкіна, ІА. Соціальна тривога: виклики сьогодення. In *The XI International Science Conference «Theoretical approaches of Fundamental Sciences. Theory, Practice and prospects»*, April 26–28, 2021, Geneva, Switzerland. 280 p. (p. 214).
21. Andrews, G, Bell, C, Boyce, P, Gale, C, Lampe, L, Marwat, O, & Wilkins, G. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2018;52(12):1109-1172.
22. Andrews, J. Case notes, case histories, and the patient's experience of insanity at Gartnavel Royal Asylum, Glasgow, in the nineteenth century. *Social History of Medicine*. 1998;11(2):255-281.
23. Arsenault-Lapierre, G, Kim, C, & Turecki, G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2004;4(1):37. Available online.
24. Avramchuk, O. Роль впливу соціального уникнення та дистанціювання на схильність до тривожних розладів у період пандемії COVID-19. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2021;6(4):e0604338-e0604338.
25. Avramchuk, O. Соціальна тривога серед студентів під час COVID-19: роль ранніх дисфункційних схем. *Psychological journal*. 2021;7(9):136-145.
26. Bartholomew, DJ. Spearman and the origin and development of factor analysis. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*. 1995;48(2):211-220. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1995.tb01060.x>
27. Bech, P. *Clinical psychometrics* (1. ed). Wiley-Blackwell. 2012.
28. Bockting, CL, Hollon, SD, Jarrett, RB, Kuyken, W, & Dobson, K. A lifetime approach to major depressive disorder: the contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clinical psychology review*. 2015;41:16-26.
29. Carrozzino, D, Patierno, C, Fava, GA, & Guidi, J. The Hamilton Rating Scales for Depression: A Critical Review of Clinimetric Properties of Different Versions. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2020;89(3):133-150. <https://doi.org/10.1159/000506879>
30. Cipriani, A, Furukawa, TA, Salanti, G, Chaimani, A, Atkinson, LZ, Ogawa, Y, & Egger, M. 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*. 2018;391(10128):1357-1366. Available online.
31. Сорчак, ОО. Сучасні уявлення про патогенез і лікування тривожних розладів. *International neurological journal*. 2018;(2.96):45-51.
32. Eccles A, Morris R, Kneebone I. Psychometric properties of the Behavioural Outcomes of Anxiety questionnaire in stroke patients with aphasia. *Clinical Rehabilitation*. 2017;31(3):369-378.
33. Engstrom, EJ. *Clinical psychiatry in imperial Germany*. Cornell University Press. 2018.
34. Ferrari et al. The Burden Attributable to Mental and Substance Use Disorders as Risk Factors for Suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS ONE*. 2015. Available online.
35. Harald, B, & Gordon, P. Meta-review of depressive subtyping models. *Journal of Affective Disorders*. 2012;139(2):126-140. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.07.015>
36. Hood, S, & Davies, SJ. Anxiety disorder treatment guidelines: Little by little a consensus emerges. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2019;53(1):80-81.
37. Kieling, C, Baker-Henningham, H, Belfer, M, Conti, G, Ertem, I, Omigbodun, O, & Rahman, A. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*. 2011;378(9801):1515-1525. Available online.
38. McPherson, S, & Armstrong, D. Psychometric origins of depression. *History of the Human Sciences*. 2021. 095269512110090. <https://doi.org/10.1177/09526951211009085>
39. Ng, JY, & Jain, A. Complementary and alternative medicine mention and recommendations in guidelines for anxiety: A systematic review and quality assessment. *Psychiatry Research*. 2022. 114388.
40. Niu, M, Gao, Y, Yang, M, Zhang, Y, Geng, J, Song, Z, & Tian, J. The quality and clinical applicability of recommendations in anxiety disorders guidelines: A systematic review of seventeen guidelines from seven countries. *Journal of Affective Disorders*. 2021;295:1301-1309.
41. Penninx, BWJH, Pine, DS, Holmes, EA, & Reif, A. Anxiety disorders. *Lancet*. 2021;397(10277):880-880.
42. Robinson, OJ, Pike, AC, Cornwell, B, & Grillon, C. The translational neural circuitry of anxiety. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2019;90(12):1353-1360. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)
43. Rusch S, Westermann S, Lincoln TM. Specificity of emotion regulation deficits in social anxiety: an internet study. *Psychol. Psychother.* 2012 Sep;85(3):268-77.
44. Solmi, M, Radua, J, Olivola, M, Croce, E, Soardo, L, Salazar de Pablo, G, Il Shin, J, Kirkbride et al. Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*. 2021. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
45. Stochl, J, Fried, EI, Fritz, J, Croudace, TJ, Russo, DA, Knight, C, Jones, PB, & Perez, J. On Dimensionality, Measurement Invariance, and Suitability of Sum Scores for the PHQ-9 and the GAD-7. 2020. Assessment, 107319112097686. <https://doi.org/10.1177/1073191120976863>
46. Ulbricht, CM, Chrysanthopoulou, SA, Levin, L, & Lapane, KL. The use of latent class analysis for identifying subtypes of depression: A systematic review. *Psychiatry Research*. 2018;266:228-246. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.003>
47. Williams, D, & Brick, JM. Trends in U.S. Face-To-Face Household Survey Nonresponse and Level of Effort. *Journal of Survey Statistics and Methodology*. 2018;6(2):186-211. <https://doi.org/10.1093/jssam/smx019>
48. Schaufeli WB. Work Engagement. What Do We Know and Where Do We Go? *Romanian Journal of Applied Psychology*. 2012;14(1):3-10. <https://bit.ly/3mTBfny>
49. Yang, GH, Phillips, MR, Zhou, MG, Wang, LJ, Zhang, Y, & Xu, D. Understanding the unique characteristics of suicide in China: national psychological autopsy study. *Biomedical and Environmental Sciences*. 2005;18(6):379. Available online.
50. York, SH. Suicide, lunacy and the asylum in nineteenth-century England (Doctoral dissertation, University of Birmingham). 2010.

Надійшла до редакції 22.07.2022 р.