

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Фармацевтичний та медико-профілактичний факультет
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

На правах рукопису

Ясінська Вікторія Василівна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

**на тему: «Вплив типу нервової системи на стан бойового стресу в
учасників бойових дій»**

Керівник:

Блінов Олег Анатолійович,

доктор психологічних наук, професор,

професор кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права
НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Рецензент:

Бєславина Тетяна Іванівна,

кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник,
доцент кафедри практичної психології та соціальних технологій ПВНЗ
«Європейський університет»

Робота містить результати власного дослідження автора. Використані
здобутки інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ В.В. Ясінська
(підпис)

Робота допущена до захисту 02 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

_____ професор В.В. Краснов
(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕНЬ ВПЛИВУ ТИПУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА БОЙОВИЙ СТРЕС	7
1.1. Огляд понять «типи нервової системи» та «бойовий стрес»	7
1.2. Фізіологічні та психологічні аспекти стресу	12
1.3. Типи нервової системи та їх вплив на реакцію на стрес у контексті бойових дій	18
1.4. Стрес та психологічні механізми адаптації в умовах бойових дій	23
Висновки до першого розділу	28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТИПУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА СТАН БОЙОВОГО СТРЕСУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	31
2.1. Організація дослідження та обґрунтування вибору діагностичних методик	31
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження взаємозв'язку між типами нервової системи та станом бойового стресу	36
Висновки до другого розділу	52
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ МОЖЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ	55
3.1. Розробка рекомендацій для психологічної підтримки та тренування учасників бойових дій на основі виявлених залежностей	55
3.2. Визначення можливих напрямків подальших досліджень та застосування результатів у військовій практиці	69
Висновки до третього розділу	74
ВИСНОВКИ	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	81
ДОДАТКИ	91

ВСТУП

Актуальність дослідження. Останні роки характеризуються значним зростанням нервово-психічних навантажень у всього населення, особливо у військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях. Постійна присутність у зоні бойових дій, складні умови на фронті, кардинальні зміни у веденні сучасного бою та невизначеність майбутнього створюють інтенсивний стресовий фон. Це впливає на фізичний і психологічний стан військовослужбовців, висуваючи надзвичайно високі вимоги до їхньої нервової системи, психіки та емоційної стабільності.

Бойовий стрес є складним процесом багатофакторної адаптації до екстремальних умов, що проявляється через широкий спектр психофізіологічних реакцій. Він зачіпає когнітивну, емоційну та поведінкову сфери, провокуючи такі стани, як тривожність, фрустрація, агресивність та, у тяжких випадках, посттравматичні стресові розлади (ПТСР). У цьому контексті особливу роль відіграють індивідуальні особливості особистості, зокрема тип нервової системи, який визначає стійкість військових до бойового стресу.

Нервова система та її типи є ключовими характеристиками, що визначають поведінкові реакції, адаптаційний потенціал і рівень стресостійкості особистості. Тип нервової системи включає в себе як вроджені властивості, так і набуті індивідуальні особливості, які впливають на емоційність, чутливість, темперамент та здатність до адаптації. Учасники бойових дій з різними типами нервової системи демонструють різну сприйнятливості до бойового стресу, що безпосередньо позначається на їхньому психологічному стані та функціональній готовності виконувати бойові завдання.

Діагностика нервово-психічних розладів і вивчення впливу типу нервової системи на бойовий стрес є важливими завданнями сучасної психології. Це дослідження має не лише теоретичну, а й практичну цінність,

адже розробка індивідуалізованих програм психологічної підтримки здатна значно знизити негативні наслідки стресу та підвищити стресостійкість військовослужбовців.

Актуальність теми підкріплюється тим, що здатність адаптуватися до бойових умов є не лише питанням фізичної готовності, але й залежить від психологічного ресурсу, яким володіє військовослужбовець. Поглиблене розуміння впливу типу нервової системи на стійкість до бойового стресу дозволить створювати ефективні методи профілактики й подолання психологічних проблем у військовій сфері.

Саме тому, дослідження впливу типу нервової системи на стан бойового стресу в учасників бойових дій є надзвичайно важливим і актуальним у сучасних реаліях.

Мета дослідження – проаналізувати теоретичний матеріал та дослідити на практиці вплив типу нервової системи, а саме нейротизму на стан бойового стресу у військових.

Об’єкт дослідження – стан бойового стресу в учасників бойових дій.

Предмет дослідження – вплив типу нервової системи на стан бойового стресу в учасників бойових дій.

Завдання дослідження:

1. Оглянути поняття «типи нервової системи» та «бойовий стрес».
2. Охарактеризувати фізіологічні та психологічні аспекти стресу, психологічні механізми адаптації в умовах бойових дій.
3. Ознайомитися з типами нервової системи та їх впливом на реакцію на стрес у контексті бойових дій.
4. Дослідити вплив типу нервової системи на стан бойового стресу в учасників бойових дій, та проаналізувати можливості використання отриманих результатів у практичній діяльності.

Методи, що дозволили здійснити дослідження на різних його етапах:

Теоретичні методи: теоретичний аналіз та узагальнення наукової і методичної літератури з проблеми, аналіз, порівняння, класифікація,

узагальнення наукових положень, філософської та психолого-педагогічної літератури. Вони дали змогу сформулювати концептуальні підходи до проблеми, визначити поняттєво-категоріальний апарат, основні науково-теоретичні положення.

Емпіричні методи: діагностичні та графічні. Діагностичні методики наступні:

- ОС ПТСР О.А. Блінова (військовий варіант);
- ОБСБ О.А. Блінова;
- Методика Г. Айзенка про визначення темпераменту;
- Методика самооцінки психічних станів Г. Айзенка.

Теоретичне значення дослідження полягає в уточненні поняття «типи нервової системи», «бойовий стрес»; окресленні фізіологічні та психологічні аспекти стресу; уточненні типів нервової системи та їх впливу на реакцію на стрес у контексті бойових дій; визначенні стресу та психологічних механізмів адаптації в умовах бойових дій.

Практичне значення дослідження. Дослідження полягає у комплексному аналізі впливу типу нервової системи на стан бойового стресу у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. У роботі досліджено взаємозв'язок рівня нейротизму з такими ключовими психологічними показниками, як стресостійкість, емоційна стабільність та схильність до розвитку посттравматичних стресових розладів (ПТСР).

Уперше обґрунтовано значення типу нервової системи як основного чинника, що визначає індивідуальні реакції на бойовий стрес. Зокрема, виявлено, що військовослужбовці з високим рівнем нейротизму мають знижену стресостійкість, підвищену тривожність та емоційну лабільність, що робить їх більш вразливими до негативних наслідків стресу.

Дослідження доповнює наукові знання про психофізіологічні механізми впливу типу нервової системи на когнітивну та емоційну регуляцію в екстремальних умовах. Це дозволяє краще зрозуміти, як

індивідуальні особливості особистості впливають на адаптацію військовослужбовців до умов бойових дій.

Практична значимість результатів дослідження полягає у розробці рекомендацій щодо врахування типу нервової системи при розробці індивідуальних програм психологічної підтримки, профілактики та реабілітації військових.

Експериментальна база дослідження включала військовослужбовців, які брали участь у бойових діях та проходили службу в зоні активних військових операцій. У дослідженні взяли участь 21 респондент, які були поділені на групи залежно від типу нервової системи та рівня нейротизму.

Результати дослідження були частково представлені на науково-практичній конференції з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 5.0» (для молодих вчених), яка відбулася 24 травня 2024 року в НУОЗ України імені П.Л. Шупика. Збірник матеріалів секції «Клінічна психологія та психологічна допомога». Участь у конференції дозволила апробувати основні положення роботи, отримати зворотний зв'язок від наукової спільноти та уточнити деякі аспекти дослідження.

Структура і обсяг випускної роботи. Робота містить вступ, три розділи, висновки до кожного розділу, загальні висновки, список використаних джерел (86 позицій), додатки. Загальний обсяг роботи 111 сторінок, з них основної частини 80 сторінок. В роботі 6 таблиць, 15 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕНЬ ВПЛИВУ ТИПУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА БОЙОВИЙ СТРЕС

1.1. Огляд понять «типи нервової системи» та «бойовий стрес»

Нервова система – це складна сукупність органів та структур в організмі тварин і людей, утворених нервовою тканиною. Основою діяльності нервової системи є два базові фізіологічні процеси: збудження та гальмування, які забезпечують зв'язок усіх частин організму в єдине ціле. Завдяки цій системі здійснюється інтеграція функцій різних органів, забезпечується адаптація до змін зовнішнього середовища, регулюються життєво важливі процеси, такі як дихання, травлення, обмін речовин та рухова активність [5, с. 28].

Центральне місце у функціонуванні людини займає нервова система, яка є керуючим органом, який координує всі процеси в організмі та сприяючим зв'язком між його частинами. Вона здійснює контроль над роботою клітин, тканин та органів, регулює життєві функції та сприяє взаємодії із зовнішнім світом. Нервова система також є ключовим елементом для розвитку розумових здібностей, таких як мова, мислення, пам'ять та навчання [1].

Центральний компонент нервової системи – це нервова тканина, яка задає її унікальні характеристики. Елементарні одиниці цієї тканини відомі як нейрони. Вони містять в собі основний корпус з ядром (сому) та вирости (аксони та дендрити). Дендрити представляють собою короткі вирости, які приймають імпульси та передають їх до нейрону. Аксони – це більш довгі вирости, які відходять від нейрону та які відповідають за подальшу передачу імпульсів до інших нейронів та органам. Дендрити та аксони є ключовими для забезпечення основних функцій нервової системи – збудження та провідності.

До основних функцій нервової системи належать [6]:

- Об'єднання органів у цілісну систему для забезпечення життєдіяльності організму

- Регуляція всіх органів та систем. Це дозволяє організму зберігати гомеостаз навіть у змінних умовах середовища;

- Підтримка контакту організму з оточуючим середовищем. Завдяки нервовій системі організм може сприймати зовнішні подразники та адекватно реагувати на них.

- Формування фізіологічної основи для психічних процесів. Це включає мовлення, мислення, емоційно-мотиваційні реакції та поведінку.

Типи нервової системи визначаються характеристиками процесів збудження та гальмування, а також швидкістю, з якою ці процеси змінюють один одного. У теорії вищої нервової діяльності виділяють чотири основні типи, які формуються під впливом генетичних факторів і можуть дещо змінюватися протягом життя [7, с. 86].

Виділяють чотири типи нервової системи, дві з яких є крайніми через слабкі нервові процеси, а дві – центральними [7, 8].

Типи нервової системи визначаються співвідношенням процесів збудження та гальмування, їхньою врівноваженістю, рухливістю та силою. Залежно від цих характеристик виділяють такі типи нервової системи:

Сильний, неврівноважений тип (холерики). Цей тип характеризується підвищеною збудливістю, швидкою реакцією на подразники, але часто нестабільним емоційним станом. Люди цього типу мають схильність до високого рівня нейротизму.

Сильний, врівноважений, рухливий тип (сангвініки). Люди цього типу демонструють емоційну стабільність, високу стійкість до стресу та низький рівень нейротизму.

Сильний, врівноважений, інертний тип (флегматики). Цей тип характеризується спокійністю, стійкістю до впливу стресових факторів, але повільною адаптацією до нових умов.

Слабкий тип (меланхоліки). Люди цього типу часто мають високий рівень нейротизму, вони емоційно нестабільні, вразливі та схильні до тривалих негативних переживань [21, с. 106].

Визначити тип нервової системи у людини не так просто, оскільки важливими є співвідношення між корою великих півкуль та підкорковими структурами, розвиток сигнальних систем та рівень інтелекту.

Однією з ключових характеристик нервової системи є нейротизм – показник емоційної стабільності або неврівноваженості особистості. У контексті бойового стресу нейротизм відіграє критичну роль, оскільки він визначає рівень чутливості до стресових факторів, емоційну реакцію на них і загальну адаптивність. Особливо важливо враховувати цю властивість під час аналізу психологічного стану військовослужбовців, які перебувають у зоні бойових дій, оскільки нейротизм безпосередньо впливає на їхню здатність протистояти екстремальним умовам.

Нейротизм – це психологічна властивість, яка характеризується схильністю до емоційних коливань, підвищеної тривожності, схильності до страхів і надмірного хвилювання. Високий рівень нейротизму пов'язаний з такими рисами як:

- Схильність до песимістичних оцінок ситуацій – людина бачить події в більш негативному світлі, що посилює її емоційне навантаження;
- Підвищена емоційна збудливість – навіть незначні подразники можуть викликати сильну реакцію;
- Складнощі у контролі емоційних реакцій – важкість у збереженні спокою та раціонального мислення в складних ситуаціях;
- Сприйнятливність до негативного впливу стресових факторів – тенденція до довготривалого переживання негативних подій.

Люди з високим рівнем нейротизму часто демонструють підвищену вразливість до таких станів, як тривожність, депресія та емоційне вигорання. Вони швидше виявляють негативні реакції на стресові події, що робить їх більш схильними до розвитку посттравматичних стресових

розладів (ПТСР). Дослідження підтверджують, що нейротизм є одним із ключових факторів, який визначає, як людина адаптується до важких життєвих умов і чи зможе вона уникнути серйозних психологічних наслідків [7, с. 87].

- На фізіологічному рівні нейротизм асоціюється із підвищеною активністю автономної нервової системи, що відповідає за реакцію «боротьби чи втечі». У людей із високим рівнем нейротизму ці механізми можуть бути надмірно активовані навіть у відносно безпечних умовах. Це проявляється в таких реакціях, як:

- Прискорене серцебиття – підвищений пульс навіть у стані спокою свідчить про надмірне навантаження на серцево-судинну систему;

- Підвищення рівня кортизолу – гормону стресу – тривале перебування в такому стані може призвести до виснаження організму;

- Розлади сну та порушення апетиту – часті безсоння або надмірна сонливість, зміна ваги внаслідок порушення харчових звичок.

Такі фізіологічні реакції не тільки знижують загальну стійкість організму, але й створюють передумови для розвитку хронічних захворювань. У військових ці фактори особливо критичні, оскільки виснаження фізичних і психологічних ресурсів значно знижує їхню боєздатність.

Бойовий стрес містить у собі очікувані та прогнозовані емоційні, інтелектуальні, фізичні та поведінкові реакції осіб, які були схильні стресогенному впливу подій та факторів військових операцій чи операцій підтримки миру та стабільності, антитерористичної операції. До основних стрес-факторів, які впливають на військових, можна виділити наступні [9]:

- Психологічні;
- Емоційні;
- Когнітивні;
- Оточення.

Найчастіше фактори бойового стресу формуються діями противника чи об'єкту поведінки військової операції, направленими на вбивство, нанесення тілесних ушкоджень чи деморалізації військових.

До основних психотравмуючих факторів бойових дій відносять [29, с. 67]:

- Тяжкі та тривалі бої;
- Смерть побратимів під вогнем противника чи вогнем власних військ;
- Тяжкі тілесні пошкодження та поранення;
- Суїциди та вбивства;
- Значні руйнування та природні катастрофи, які викликають страждання мирного населення;
- Значні проблеми в родині;
- Смерть громадян в результаті військових операцій.

Основні стрес-фактори, які впливають на військовослужбовців (див. додаток А, табл. 1.1.).

У військовослужбовців із високим рівнем нейротизму бойовий стрес часто проявляється у вигляді тривожних станів, агресії, розладів сну та проблем із концентрацією уваги. Вони швидше виявляють ознаки ПТСР, у тому числі флешбеки, гіперчутливість до звуків чи світла, а також емоційну відчуженість.

Додатковим значним компонентом, який викликає стрес у військових, є фактори зовнішнього середовища умов несення служби чи проведення бойових дій, введення війни, проведення АТО, які містять в собі як природні умови, так і мікроклімат бойових технічних засобів та споруд. Бойовий стрес носить несприятливий вплив на фізичне, психологічне, інтелектуальне та соціальне здоров'я військових. Бойовий стрес може призвести до прийняття військовими неправильних рішень у стратегії та тактиці бойових операцій, до втрати особистого складу та озброєння, до помилкового вступу в бій із власними підрозділами та підрозділами

союзників, до вбивств побратимів, союзників, військовополонених та мирного населення й самогубствам [1].

Дослідження показують, що високий рівень нейротизму корелює із зниженим рівнем загального психологічного благополуччя. Військовослужбовці з таким рівнем частіше демонструють труднощі у прийнятті рішень у стресових ситуаціях, що може призводити до помилок у бойових умовах [6].

На противагу цьому, низький рівень нейротизму дозволяє зберігати високий рівень стресостійкості, ефективно адаптуватися до екстремальних умов і приймати обґрунтовані рішення навіть за високого рівня небезпеки.

Таким чином нейротизм є важливим психологічним показником, що визначає індивідуальну реакцію людини на стресові фактори. Вивчення його взаємозв'язку з типами нервової системи та рівнем бойового стресу дозволяє краще зрозуміти механізми адаптації до екстремальних умов і розробити індивідуалізовані програми психологічної підтримки для військовослужбовців.

1.2. Фізіологічні та психологічні аспекти стресу

Стрес – це комплексна психофізіологічна відповідна реакція організму людини на вплив різного роду несприятливих зовнішніх факторів [6, с. 92]. Цей термін широко використовується в науці та практиці, оскільки відображає одну з ключових функцій організму – адаптацію до змін середовища.

В медицину, біологію та психологію він був введений спочатку Уолтером Кенноном, а потім Гансом Сельє в 1936 році. Автор показав незалежність процесу пристосування організму людини від характеру впливу чи екстремальності. Фактори впливу можуть бути найрізноманітнішими, але незалежно від своїх особливостей вони викликають в організмі людини однотипові зміни, які забезпечують адаптацію [63, с. 45].

Поняття стресу дуже швидко вийшло за межі вузько біологічного трактування та стало широко використовуватися як в науці, так і в життєвій практиці. Дивовижно, але такий короткий термін відображає три основні аспекти, на яких сконцентовано увагу сучасних дослідників стресу, це [28, с. 76]:

1. Ситуаційний аспект. Стрес розглядається як ситуація або набір факторів, які вимагають додаткової мобілізації внутрішніх ресурсів організму для адаптації до змін.

2. Емоційно-психологічний аспект. Стрес характеризується як стан, що включає цілу низку специфічних фізіологічних і психологічних проявів (тривога, напруження, гнів тощо).

3. Відтерміновані наслідки. Стрес може мати довготривалі негативні наслідки для здоров'я людини, які проявляються у вигляді зниження працездатності, порушення психічного та фізичного благополуччя.

Г. Сельє визначив три стадії стресу [36, с. 120]:

- Стадія тривоги. Організм мобілізує свої ресурси для реагування на стресор.

- Стадія виснаження. У разі тривалого впливу стресу організм втрачає здатність до адаптації, що може призвести до виснаження ресурсів і розвитку захворювань.

- Стадія адаптації. Відбувається часткова або повна адаптація до впливу.

У межах класифікації Сельє також виділив два основні види стресу «Еустрес» та «Дистрес».

Еустрес виникає на стадії адаптації, при цьому стресі адаптаційні можливості організму зростають, відбувається його адаптація до стресу, в результаті він ліквідується. У випадках, коли адаптаційні можливості організму значно знижуються, тобто він не може звикнути до нових умов життя, стрес переодить на стадію виснаження – виникає дистрес, що призводить до розвитку хворіб адаптації [2].

Дистрес є найнебезпечнішим видом стресу. Він може тривати постійно та викликати руйнування та гибель нейронів головного мозку. Організм, який знаходиться під постійним напруженням втрачає здатність адекватно та раціонально реагувати на те, що відбувається навколо [79].

Отже, стрес – це реакція організму на зовнішні фактори. Стрес – стан психічного напруження, який виникає у людини в процесі діяльності у найбільш складних, трудних умов як у повсякденному житті, так і при особових обставинах. Також це неспецифічні психо-фізіологічні прояви адаптації організму при впливу будь-яких значимих для нього факторів [33, с. 10].

Розрізняють негативні наслідки стресу – дистрес, зовнішні фактори, які викликають стрес – стресори.

Емоційний стрес містить емоції, які супроводжують стрес: тривогу, страх, гнів, сум [10].

Частіше за все саме ці фактори, а не сама ситуація починають викликати негативні зміни в організмі.

Відповідно до тривалості впливу стрес ділять на гострі та хронічні.

Гострий стрес представляє собою стресову ситуацію, яка триває короткий проміжок часу. Більша частина людей швидко приходить в норму після короткочасного емоційного стресу. Тим не менш, якщо потрясіння було дуже сильним, то можуть проявитися порушення в роботі нервової системи (нервовий тік, енурез, заїкання, та ін.) [11].

Для хронічного стресу присутні стресові фактори, які впливають на людину тривалий час. Така ситуація вважається менш сприятливою, оскільки небезпечна розвитком захворювання серцево-судинної системи та загостренням вже з'явившихся хронічних захворювань.

Розрізняють фізіологічні та психологічні аспекти стресу. Якщо розглядати фізіологічні аспекти стресу, то необхідно загострити увагу на стадіях стресу як процесу [34, с. 108-113]:

- Пряма реакція на конкретні впливи (тривога);

- Ефективна адаптація (супротив);
- Порухення процесу адаптації (виснаження).

Пряму реакцію відносять до реальної поведінки, яка концентрується на зміні ставлення людини до оточуючого середовища. Її форми представлені захистом від шкідливих впливів, агресивної поведінки, уникнення та пасивності. Уникнення представляє собою видалення себе від реальної небезпеки чи загрози. Підготовка до захисту від шкідливого впливу є формою поведінки, яке надає можливість виключити небезпеку. В цій ситуації людина отримує можливість прийняти відповідні дії по відношенню до небезпеки [80].

Про хвилювання, які відносять до психологічних аспектів стресу, говорять у зв'язку з такими емоціями, як: ревності, гнів, лють, стурбованість, вина та ін. Досвід, який пов'язаний зі стресом, неодмінно, представляє собою емоційний досвід. Велика частина психологів розділила емоційні хвилювання на два типи: позитивні емоції та негативні емоції [37].

Переживання стресу у людей вчені розглядають в якості причини, яка викликає порушення психологічної рівноваги. Цей процес активує механізми, сконцентровані на зменшенні даного порушення. Механізми представляють собою частину поведінки. У випадку, коли нормальна реакція подолання не змогла призвести до полегшення чи подолання стресового стану, це призводить до дезорганізації поведінки [12].

Якщо тривалість стресового стану зростає, то це призводить до колапсу поведінки. Концепція подолання вважається формою рішення проблем. Її ціль міститься в досягненні добробуту людини. Цей процес особливо актуальний для складних ситуацій, які сприймаються як стресові ситуації. Під час подолання людина робить спробу освоєння ситуації [39, с. 281].

Зараз ймовірність опинитися в травматичній ситуації (військові дії, антропогенні та техногенні катастрофи, що загрожують життю хвороби, терористичні акти тощо) не стає меншою. Це робить важливим вивчення

наслідків перебування в таких ситуаціях та розробку адекватних методів роботи з наслідками, що виникають.

Одним із наслідків, що виникають після травматичних подій, є посттравматичний стресовий розлад. Цей розлад проявляється як тривала або відстрочена реакція на ситуації, які несли серйозну загрозу життю чи здоров'ю. Загальні закономірності розвитку ПТСР не залежать від специфіки травматичних подій, що викликали психологічні та психосоматичні порушення [42].

Має значення лише те, що ці події мали екстремальний характер, виходили за межі звичайних людських переживань і викликали інтенсивний страх за своє життя, жах та відчуття безпорадності. Такі травми можуть виникати в бойових діях, природних катастрофах, нападах бандитів, зґвалтуванні та таких нещастях, як пожежа в будинку або вбивство іншого на очах людини. При цих порушеннях спостерігаються три ознаки: переживання травми знову і знову, уві сні і в думках в стані; емоційна глухота до всіх інших переживань у житті, включаючи відносини з іншими людьми, та супутні симптоми у вигляді вегетативної лабільності, депресії та когнітивних порушень (наприклад, труднощі зосередження уваги) [3].

Пізніше посттравматичний стрес було відзначено у нацистських концентраційних таборах і в тих, хто пережив атомне бомбардування Японії Сполученими Штатами. У 1941 р. люди, що залишилися живими після пожежі в переповненому нічному клубі «Кокосова Алея» в Бостоні, також виявляли підвищену нервозність, стомлюваність і нічні кошмари, що було схоже на раніше описані феномени. У всіх цих ситуаціях поява патологічних симптомів корелювала з тяжкістю стресу [43, с. 159].

В даний час основні симптоми ПТСР включають наступні пункти [13, 14, 44, 61, 74]:

- людина пережила подію, яка виходить за рамки звичайних людських переживань і яка викликала б сильні страждання майже у кожної людини (наприклад, серйозна загроза для власного життя або збереження здоров'я;

небезпека, яка загрожує його дітям, коханому або іншим близьким родичам та друзям; раптове руйнування будинку або товариства;

- травматична подія постійно знову переживається у вигляді повторних і нав'язливих спогадів і снів про цю подію, переживань так званого «флешбека»;

- є постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою: думок і почуттів, пов'язаних з травмою; діяльності чи ситуації, що викликають спогади про травму тощо;

- людина відчуває почуття відокремленості чи відчуженості з інших;

- може спостерігатися відчуття відсутності перспективи у майбутньому (наприклад, людина не очікує, що зробить кар'єру, одружується, матиме дітей чи довго житиме).

- присутні проблеми засипання; дратівливість та спалахи гніву; труднощі у зосередженні уваги; надмірна настороженість; посилена реакція здригання; тілесна реакція на події, які символізують або нагадують будь-який аспект травматичної події (наприклад, жінка, яка була зґвалтована в ліфті, сильно потіє при вході в ліфт).

Чим важча травматична ситуація, яка вплинула на групу людей, тим більше людей вона обумовлює цей синдром, і тим важче протікатиме розлад. Коли травма є порівняно легкою, наприклад, автокатастрофа без смертельних наслідків, посттравматичний стрес розвивається у меншій кількості людей. Якщо постраждала людина належить до групи людей, які теж переживали з нею цю травму, то вона іноді краще справляється з нею (оскільки інші поділяють її переживання). За несприятливої динаміки ПТСР деякі симптоми можуть залишитися навіть після зникнення класичної клінічної картини. Можуть зберігатись тривожно-депресивний настрій, стійкі фобії (наприклад, нездатність керувати машиною у жертв ДТП), недовіра до миру та невіра у свої сили, схильність до соціальної ізоляції чи залежності від інших людей. У таких ситуаціях спогад про подію

залишається травматичним і лякаючим, він продовжує викликати сильні негативні емоції, начебто подія трапилася зовсім недавно [45, с. 218].

Таким чином, стрес є складним феноменом, який має фізіологічні та психологічні аспекти. Його вплив на організм і психіку залежить від інтенсивності, тривалості та індивідуальних особливостей людини. У бойових умовах стрес може досягати критичних рівнів, викликаючи серйозні фізичні та психічні наслідки, зокрема ПТСР. Подальше вивчення стресу та розробка ефективних методів його подолання є актуальними завданнями сучасної науки та практики.

1.3. Типи нервової системи та їх вплив на реакцію на стрес у контексті бойових дій

Війна в Україні вже третій рік залишає глибокий слід у психіці військовослужбовців. Постійна небезпека, невизначеність, раптовість бойових подій, загибель і поранення побратимів, участь у фізичному знищенні противника – це лише частина викликів, з якими стикаються військові. До цього додаються висока відповідальність за результати бойових операцій, тривале перебування в зоні бойових дій без можливості повернення додому, ізоляція від родини та друзів. Сукупність цих факторів значно ускладнює психологічний стан військовослужбовців, викликаючи бойовий стрес, а в подальшому – психічну травму з клінічними наслідками [48, с. 32-35].

Бойовий стрес можна розглядати як комплексний феномен, що охоплює широкий спектр фізіологічних і психологічних змін. Він може проявлятися у вигляді короткочасних реакцій, спрямованих на адаптацію до бойових умов, або ж переростати в довготривалі психічні порушення, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Розуміння природи стресу дозволяє не лише прогнозувати його наслідки, а й розробляти ефективні стратегії для мінімізації його впливу.

Аналіз наукових даних показує, що визначення і класифікація бойового стресу та його наслідків досі залишаються предметом обговорень серед спеціалістів. Нові клінічні дані сприяють перегляду існуючих підходів до лікування та профілактики психічних розладів, пов'язаних із бойовими діями. Особливе значення має розуміння індивідуальних реакцій людини на стресові ситуації, зокрема тих, що зумовлені особливостями нервової системи.

В руслі вивчення первинних психофізіологічних передумов, які визначають спектр індивідуальних реакцій людини на тривале перебування в бойовій обстановці, була побудована наукова праця відомого західного психіатра А. Кардінера. Він зміг систематизувати психічні феномени, пов'язані з участю в бойових діях. Об'єднавши понятійне поле психоаналізу та психіатрії, А. Кардінер ввів у науку поняття «центрального фізичного неврозу», який проявляється у осіб, які мають бойовий досвід, в більшій чи меншій ступені, але в будь-якому випадку служить похідною причиною для порушення цілого ряду особистих функцій [81, с. 86].

Саме А. Кардінер першим встановив вплив типу нервової системи на реакцію на стрес у колишніх військових, підкреслюючи, що хронічний воєнний невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Його новаторський підхід дозволив науково осмислити взаємозв'язок між екстремальними умовами бойових дій і довготривалими наслідками для психічного та фізичного здоров'я ветеранів. Вчений не лише систематизував симптоматику такого стану, але й звернув увагу на те, що реакції на бойовий стрес суттєво залежать від індивідуальних характеристик нервової системи, що актуально й у сучасних умовах [15, 82, 62].

Кардінер надав перший комплексний опис симптомів, характерних для ветеранів бойових дій, який залишається релевантним і донині:

- Надзбудження психіки, яке зберігається у мирний час. Це проявляється у вигляді надмірної нервозності, неможливості розслабитися навіть за умов відсутності безпосередньої загрози. Люди з таким станом

часто відчують потребу бути постійно наготові, що виснажує їхні фізичні та психічні ресурси;

- Безконтрольні реакції на раптові подразники. Наприклад, гучний звук чи різкий рух можуть викликати надмірну реакцію, таку як страх чи паніка. Це свідчить про надмірну чутливість нервової системи, яка не може адекватно оцінити рівень загрози;

- Втрата узгодженості та цілепокладання в будь-якій діяльності. Людина не може зосередитися на завданнях, має труднощі із плануванням і виконанням навіть простих дій. Такий стан значно ускладнює соціальну та професійну адаптацію;

- Спотворене сприйняття під впливом почуттів страху та жаху. Емоційні переживання спотворюють реальність, викликаючи помилкові уявлення про ситуацію, що оточує людину. Це може призводити до надмірної підозрілості або уникання певних ситуацій;

- Фіксація на обставинах психотравмуючої події. Постійне «прокручування» подій, що викликали травму, заважає людині повернутися до нормального життя. Це може супроводжуватися почуттям провини або сорому за певні дії чи бездіяльність;

- Періодичні провали в хворобливі спогади. Вони виникають раптово, без видимих причин, і можуть супроводжуватися емоційними та фізичними реакціями, такими як тремтіння чи пітливість;

- Схильність до некерованих агресивних реакцій. Людина може несподівано проявляти агресію, навіть у ситуаціях, які цього не вимагають. Така поведінка може погіршити стосунки з близькими та соціальне оточення;

- Порушення режиму сну та неспання. Безсоння, часті пробудження, кошмари – усе це значно знижує якість життя і збільшує емоційне виснаження.

Робота А. Кардінера створила фундамент для розуміння того, як фізіологічні та психологічні фактори взаємодіють у формуванні реакцій на

бойовий стрес. Його висновки стали важливим кроком у розвитку методів діагностики й терапії посттравматичних розладів. Вплив хронічного воєнного неврозу на нервову систему вивчається і сьогодні, адже такі знання дозволяють глибше зрозуміти механізми адаптації та розробляти нові підходи до реабілітації військових.

У сучасному світі багато з симптомів, описаних Кардінером, знаходять підтвердження в дослідженнях, що вивчають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і його вплив на життя військових після участі в бойових діях.

Однак варто пам'ятати, що бойовий стрес на відміну від бойових травм виникає майже у всіх учасників бойових дій, має властивість накопичуватися, викликає виснаження психіки, що багато в чому визначає тяжкість реакцій на наступні психотравмуючі події [83].

Ознайомимося з впливом типу нервової системи на реакцію на стрес у військовослужбовців, які були в зоні бойових дій.

Отже, особи з 2 типом нервової системи – сильні, врівноважені, рухливі за темпераментом є сангвініками. Відрізняються високою реактивністю, активністю, демонструють значну енергійність, працьовитість та наполегливість. Активність та реактивність у осіб з даним типом нервової системи врівноважені – вони можуть стримувати почуття, хвилювання. Мають доволі високий темп реакції, люблять швидкі рухи. Їм притаманна висока пластичність та екстраверсія, товариськість. Вони легко звикають до нових людей та умов, легко переходять від одного виду діяльності до іншого, але недостатньо посидючі та зосереджені, особливо в умовах одноманітної роботи [4].

У навчанні швидко схоплюють основні моменти, однак допускають помилки. Не люблять копіткої та тривалої праці із засвоєння життєвих знань чи формуванню умінь та навичок. Досить працьовиті, упевнені в собі, результати їх діяльності стабільні та, як правило, у відповідальних ситуаціях бувають вищі, ніж у ситуаціях звичного дня. Такий тип нервової системи буде мати вплив на реакцію на стрес. Та реакція на стрес у осіб з 2

типом нервової системи буде гіперкінетична, тобто вибухова, енергійна, активна, однак це первинна реакція на стрес. У осіб з таким типом нервової системи під час стресової ситуації організм буде реагувати приливом сил, максимальною швидкістю їх виконання, приглушуванням емоцій, перезбудженість, відволічення, переключення думок та емоцій особи на іншу діяльність. Далі буде, наступна реакція – це упадок настрою, сонливість, втома, емоційна нестійкість, гнів та агресія [46, с. 33].

Для осіб з першим типом нервової системи – сильні, неврівноважені (з переважанням процесу збудження), холерики мають високу реактивність, активність, швидкий темп реакцій. Однак у них реактивність переважає над активністю, у зв'язку з чим у складній ситуації вони легко стають запальними, різкими, швидко виходять із себе. Особи з таким типом нервової системи полюбляють швидкі рухи, залюбки займаються обраним видом діяльності, однак швидко втрачають інтерес. Не навидять довгу та монотонну працю. Їх результати недосить стабільні, адже вони схильні до надлишкового збудження перед початком відповідальної роботи, що часто не дозволяє їм реалізувати повністю свої можливості [54, с. 318].

Зазвичай первинна реакція на стрес у осіб з таким типом нервової системи буде характеризуватися підвищеним та поглибленим диханням, розширенням зіниць, пришвидшеним серцебиттям, перезбудження, підвищення збудженість та хвилювання - ажитація, надлишкова збудженість. Остання реакція на стрес це тривожність, емоційна нестійкість, пригніченість, депресія [16].

Особи з третім типом нервової системи – сильні, врівноважені, інертні – флегматики. Володіють малою реактивністю, тому їх складно вивести з себе. Незначна емоційна збудженість дозволяє їм залишатися спокійними перед серйозною, відповідальною роботою. Висока активність переважає над малою реактивністю, що й визначає терплячість, витримку та самоволодіння. Рухи та мовлення у них повільні, реакції із запізненням. Їм

притаманна ригідність та інтроверсія, що визначає стійкість звичок та навичок, малу товариськусть [84].

Первинна реакція на стрес у них зазвичай гіпокенетична, емоційна нестійкість. Упадок настрою, завищена втомлюваність. Далі додається тривожність, неврози, ступор, плаксивість та ін. [57, с. 198]

Особи з четвертим типом нервової системи – слабкою, меланхоліки. Для них найбільш характерні висока сенситивність, яка проявляється в хворобливій чутливості, ранимості. Мала реактивність та занижена активність сприяє тому, що вони легко «губляться», швидко втомлюються, не упевнені в собі. Вони відповідальні, недостатньо працьовиті та малостійкі до зовнішніх подразників. Висока тривожність нерідко породжує невпевненість в собі та низьку самооцінку. В ситуації відповідальної роботи вони, як правило, демонструють менш високі результати, ніж в ході повсякденної діяльності [73].

Їх реакція на стрес наступна: дезорганізація та дезорієнтація, істерика, емоційна нестійкість, швидка втомлюваність, розгубленість, порушення пам'яті, безсоння [64, с. 126].

1.4. Стрес та психологічні механізми адаптації в умовах бойових дій

Стрес – це загальна реакція організму на вплив різних факторів, які порушують його рівновагу. Головна функція стресу полягає в адаптації організму до змінених умов середовища. В умовах бойових дій стрес стає постійним супутником військовослужбовців, впливаючи на всі аспекти їхньої життєдіяльності, включаючи фізіологічну, психологічну та соціальну складові [65].

При стресі в організмі відбуваються суттєві гормональні зміни. Це включає активацію ендокринної системи, яка регулює роботу всіх систем організму. Зокрема, підвищується рівень кортизолу, адреналіну та норадреналіну, які стимулюють захисні механізми. Водночас відбувається

перерозподіл енергетичних ресурсів для забезпечення максимальної ефективності життєво важливих функцій. Така перебудова є критично важливою для виживання у складних умовах, однак може мати негативні наслідки при тривалому впливі [66].

Термін «адаптація» надзвичайно широкий та застосовується в різних галузях науки. В цілому ж адаптація проявляється у виникненні пристосованих форм поведінки людини, при змінах обстановки. Психологи вживають цей термін як визначення постійного процесу активного пристосування індивідуума до соціально-психологічних умов існування. Іншими словами адаптація приймається і як процес, і як стан. При цьому розрізняються стан стійкої психологічної адаптації та переадаптації [67, с. 310].

У процесі адаптації індивідуальність військового виражається у його здатності до розкриття свого творчого потенціалу та продуктивному пристосуванні до воєнного середовища. Індивід проявляється як самотворчий, трансцендуючий, відкритий до різних можливостей, який знаходиться в постійному русі та самоутворенні, самовихованні та самобудівництві, продуктивно самореалізуючий в повсякденному житті та військовій праці [69, с. 9-12].

В процесі адаптації відбувається гармонізація всіх особистих, індивідуальних та суб'єктно-діяльнісних характеристик військовослужбовця, які забезпечують його цілісну самобутність у військовому середовищі та є глибинними змінами його індивідуальності.

Стійка психологічна адаптація – процес пристосування всіх психічних функцій людини до психологічного клімату новий умов середовища з метою отримання максимального задоволення, саморозкриття, зниження емоційного напруження та ін. Даний стан військових відчуває у звичному для себе середовищі та служби до участі у військовому конфлікті [70, с. 116-118].

Військовий конфлікт є міцним фактором дезорганізації психічної діяльності, яка регулює поведінку військовослужбовця у звичних умовах. У нього проявляються нові психічні реакції. Цей дезорганізуючий імпульс є сигналом, який містить механізми регуляції та компенсації, в результаті чого відбувається організація нового рівня психічної діяльності особистості у відповідності зі змінними умовами її функціонування. Цей стан називається переадаптацією особистості військовослужбовця [71, с. 106-115].

У процесі адаптації військові не тільки пристосовуються до фізичних умов, але й вчаться керувати своїми емоціями. Це включає розвиток навичок саморегуляції, таких як контроль дихання, м'язової напруги або зниження рівня тривоги. Наприклад, багато військових зазначають, що регулярне виконання дихальних вправ допомагає їм краще зосереджуватися під час бойових завдань.

Психологічна переадаптація – це більш складний процес, який включає перехід від стійкої адаптації до бойових умов у відносно стабільний стан під час службово-бойової діяльності. Зазвичай переадаптація розпочинається в момент, коли військовий вперше стикається з реальними умовами бойових дій. Цей етап може супроводжуватися значними психоемоційними змінами, такими як різке підвищення рівня тривоги або навіть шоківий стан [72, с. 182-189].

Підготовчий етап адаптації має місце, коли військовослужбовець передбачає чи знає про від'їзд в зону військового конфлікту, а за часовими рамками він співпадає з підготовкою підрозділів до участі в бойових діях.

У змістовному плані цей етап носить пізнавальний характер. Військовослужбовець накопичує інформацію про середовище майбутнього перебування, умовах бойової діяльності. Важливою умовою формування адаптивного стану на цьому етапі є діяльність командирів та начальників, направлена на доведення до військовослужбовців своєчасної та достовірної інформації про майбутні події.

Залежно від мотивації на виконання службово-бойових завдань в умовах військового конфлікту пізнавальна поведінка військовослужбовця може носити активно-цілеспрямований чи пасивний характер. При цьому необхідною умовою вибору військовим того чи іншого типу пізнавальної стратегії є його індивідуально-особисті якості [73, с. 276].

Етапу стартового психічного напруження відповідає період службово-бойової діяльності військового по прибуттю в зону військового конфлікту, але перед участю в бойових зіткненнях з противником. Схожий стан може відчувати спортсмен перед початком змагань. У цей етап відбувається внутрішня мобілізація психічних ресурсів військового для їх майбутнього використання в умовах бойових дій [17].

Психічне напруження, однак, виконує конструктивну, мобілізуючу функцію лише в тому випадку, коли у військових є почуття відносної упевненості в собі та у своїх силах, сформованих у перед бойовий період та співвіднесених з індивідуальними якостями особистості. В протилежному випадку напруженість зростає на фоні підвищеної тривожності, зафарбовану негативними хвилюваннями, що в наслідок також негативним чином проявиться на наступних стадіях адаптації [75, с. 143-148].

Етап гострих психічних реакцій входу – є стадією адаптаційного процесу, на якій військовий, виконуючи службово-бойові завдання в умовах військового конфлікту, безпосередньо розпочинаючи відчувати на собі стрес-фактори бою. Часові параметри цього етапу, як правило, не перевищують 2-3 місяці. На даному етапі військовий розпочинає відчувати стан фрустрації та відбувається активізація адаптаційного механізму.

Далі, проходження етапу гострих психічних реакцій входу обумовлює два можливих шляхи розвитку адаптаційних процесів [76, 85]:

1. Етап переадаптації чи перехід у стан відносно стійкої адаптації до бойових умов.
2. Етап нестійкої психічної діяльності, яка в свою чергу може призвести до глибоких психічних змін.

Другий шлях найбільш небезпечний для психіки військового та характеризується станом дезадаптивності, яке може виражатися в неадекватному реагуванні та поведінці військового, обумовлених функціонуванням його психіки на межі регуляторних та компенсуючих можливостей чи ж у позамежному режимі. У цьому випадку, як правило, військовому потрібно спеціалізована психологічна та медична допомога.

Таким чином, розділяючись на два протилежних по своєму результату шляху, адаптаційний процес визначає благополуччя закінчення службово-бойової діяльності військового в умовах військового конфлікту.

При розвитку процесу переадаптації у сприятливому напрямку військовий вступає в етап закінченого психічного напруження. Характерним змістом цього етапу є своєрідна підготовка психіки військового до закінчення старих форм функціонування та реакцій. Закінчення участі військового у виконанні бойових задач, його підготовка до відправки із зони військового конфлікту до місця постійної дислокації супроводжуються симптомами тривожності та напруження очікування моменту повернення до мирної службової діяльності [77].

Етап гострих психічних реакцій виходу по своєму функціональному значенню в деякій ступені аналогічний етапу реакцій входу. Повернення військового до місця постійної дислокації знову передбачає перебудову його психічних реакцій та психічної діяльності. Причиною тому є неспівпадіння очікуваних військовим та реально існуючих умов, з якими він стикався по прибуттю із зони військового конфлікту. Багато в чому це пов'язано з посттравматичними змінами в структурі особистості самого військового, які відбулися після його участі в бойових діях. Цей етап характеризується широким спектром поведінкових реакцій від повернення до стану стійкої реадaptaції до дезадаптивної, асоціальної поведінки [18].

Індивідуальні можливості кожного військового до успішної переадаптації в умовах військового конфлікту різні. Їх діапазон проходить від цілком високої здатності до швидкої та успішної реалізації свого

адаптаційного потенціалу до повної неможливості адаптуватися до службово-бойової діяльності в даному середовищі. Виходячи з цього, необхідним етапом психологічного забезпечення адаптаційних процесів військових перед від'їздом в зону військового конфлікту є діагностика чи оцінка їх адаптивних здібностей [78].

Психологічна допомога на всіх етапах адаптації має вирішальне значення для забезпечення психологічного здоров'я військових. Вона дозволяє знизити негативний вплив стресу, розвинути навички саморегуляції та покращити якість життя. Це не лише підвищує ефективність виконання бойових завдань, але й сприяє успішній інтеграції військових у цивільне життя.

Висновки до першого розділу

Таким чином, нервова система є сукупністю органів та структур, що утворені елементами нервової тканини і забезпечують злагоджену роботу всього організму. Її діяльність ґрунтується на двох ключових фізіологічних процесах – збудженні та гальмуванні, які сприяють інтеграції всіх систем організму та їхній взаємодії із зовнішнім середовищем. Завдяки цим процесам нервова система виконує не лише координаційну роль, але й слугує основою для розумових функцій, емоційної регуляції та поведінки людини.

Типи нервової системи залежать від інтенсивності та врівноваженості процесів збудження і гальмування, а також від умов, у яких вони реалізуються. Це дозволяє говорити про чотири основні типи нервової системи: сильний, неврівноважений (з переважанням збудження), сильний, врівноважений, рухливий, сильний, врівноважений, інертний, а також слабкий тип. Кожен із цих типів має свої особливості, які визначають емоційну стійкість, швидкість реакції та адаптаційні можливості особистості.

Нейротизм, як характеристика нервової системи, має ключове значення у визначенні стійкості людини до стресу. Це властивість, яка відображає рівень емоційної стабільності чи неврівноваженості, і суттєво впливає на реакції особистості у складних умовах. Люди з високим рівнем нейротизму схильні до тривожності, емоційної лабільності та надмірної чутливості до стресових факторів. Це підвищує їхню вразливість до розвитку посттравматичних стресових розладів (ПТСР), депресії та інших психічних розладів.

З іншого боку, низький рівень нейротизму асоціюється з емоційною стабільністю, більшою стійкістю до стресу та здатністю до ефективної адаптації в умовах невизначеності. Це дозволяє таким людям краще справлятися з психічним і фізичним навантаженням у бойових умовах.

Бойовий стрес є специфічною реакцією організму, що виникає внаслідок впливу стресогенних факторів під час виконання військових завдань. Він поєднує в собі прогнозовані емоційні, когнітивні, фізичні та поведінкові реакції, що виникають у відповідь на екстремальні умови. До ключових стрес-факторів можна віднести фізичні загрози, такі як безпосередня небезпека для життя, фізичні травми, а також психологічні аспекти, наприклад, смерть побратимів, відповідальність за життя інших людей, чи розрив зв'язків із сім'єю.

Серед основних психотравмуючих факторів бойових дій слід виділити:

- тяжкі та тривалі бойові зіткнення;
- смерть побратимів чи мирних жителів;
- руйнівний вплив на сімейні відносини;
- фізичні травми та хронічні захворювання, спричинені бойовими умовами.

Ці фактори викликають не лише короткотривалі адаптаційні реакції, але й можуть спричиняти глибокі довготривалі наслідки для психічного здоров'я, такі як ПТСР, депресія, емоційне вигорання та соціальна ізоляція.

Стрес, як психофізіологічна відповідь організму на вплив несприятливих умов, включає три основні стадії: тривоги, адаптації та виснаження. Позитивний стрес (еустрес) сприяє мобілізації ресурсів організму та його адаптації до нових умов. Натомість негативний стрес (дистрес) знижує адаптаційний потенціал організму, викликаючи патологічні зміни, які можуть стати основою для розвитку психічних і соматичних захворювань.

У контексті бойових умов адаптація військовослужбовців залежить від здатності їхньої нервової системи забезпечувати стабільність функціонування в умовах підвищеного стресу. Успішна адаптація передбачає гармонізацію всіх особистісних, індивідуальних та діяльнісних характеристик, які дозволяють військовому зберігати ефективність у виконанні завдань.

Важливим елементом успішної адаптації є емоційна стійкість та вміння регулювати свої психічні стани. Люди з високим рівнем нейротизму потребують більшої психологічної підтримки, спрямованої на розвиток адаптивних навичок, зокрема управління тривогою, фрустрацією, агресією. Програми психологічної допомоги, орієнтовані на роботу з такими особистостями, повинні включати елементи когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії, групової підтримки.

Таким чином, дослідження нервової системи, її типів та характеристики нейротизму дозволяють краще зрозуміти механізми розвитку бойового стресу та розробити ефективні інтервенції для психологічної підтримки військовослужбовців. Врахування індивідуальних особливостей нервової системи є ключем до успішної реабілітації та підвищення бойової стійкості військових.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТИПУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА СТАН БОЙОВОГО СТРЕСУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Організація дослідження та обґрунтування вибору діагностичних методик

Дослідження було організоване з метою визначення впливу типу нервової системи на стан бойового стресу в учасників бойових дій. Особливістю цього дослідження є те, що воно проводилося за умов, коли більшість респондентів перебувала безпосередньо в зоні бойових дій, що вимагало адаптації підходів до організації.

Зважаючи на ці обставини, дослідження було організоване у форматі дистанційної участі за допомогою Google Forms. Цей інструмент дозволив оперативно збирати відповіді від респондентів незалежно від їхнього місця перебування, забезпечуючи зручність для учасників. Підготовка та реалізація дослідження включала кілька етапів, кожен із яких мав свої завдання та особливості.

До дослідження було залучено 21 військовослужбовця чоловічої статі, які мають безпосередній досвід участі у бойових діях. Вік учасників варіювався від 21 до 54 років. За формою залучення до військової служби 14 респондентів були контрактниками, решта — мобілізовані. Більшість учасників належали до офіцерського складу, що свідчить про їхній високий рівень професійної підготовки.

Додаткові характеристики вибірки:

- Лише четверо учасників не отримували поранень під час виконання службових обов'язків.

- 14 респондентів зазначили, що не стикалися з критичними ситуаціями під час служби.

- Термін перебування в екстремальних умовах варіювався від 4 місяців до 10 років, при цьому жоден військовослужбовець не перебував у полоні.

- На момент проведення дослідження 13 респондентів перебували у зоні бойових дій, один — у відпустці, а семеро відмовилися відповідати на це питання.

Проведення дослідження здійснювалось у три етапи, кожен із яких мав свої завдання та цілі (див. таблицю 2.1):

Таблиця 2.1

Кількість досліджуваних військовослужбовців та основні завдання етапів дослідження

№ п/п	Етапи та завдання дослідження	Кількість учасників емпіричного дослідження
I.	Теоретичний аналіз наукових джерел щодо типів нервової системи, бойового стресу та його психологічних наслідків.	
II.	Вивчення впливу рівня нейротизму на стресостійкість, схильність до посттравматичних стресових розладів та психологічний стан військовослужбовців.	21
III.	Розробка рекомендацій щодо психологічної підтримки військовослужбовців із врахуванням типу нервової системи, орієнтованих на підвищення стресостійкості та адаптації до бойових умов.	21
	<i>Усього обстежено:</i>	21

На першому етапі проводився глибокий аналіз наукових джерел, присвячених темам бойового стресу, типів нервової системи, їхньої ролі у формуванні стресостійкості та психологічних механізмів адаптації до екстремальних умов. Було розроблено дизайн дослідження, обрано

відповідні діагностичні методики та створено Google-форму для збору даних. Для забезпечення якісного ознайомлення учасників із завданнями дослідження було організовано вступну зустріч через платформу Zoom. Під час зустрічі респондентам пояснювали мету дослідження, важливість щирих відповідей і деталі заповнення кожної методики.

На другому етапі здійснювалося безпосереднє проведення емпіричного дослідження. Учасники самостійно заповнювали запропоновані анкети в зручний для них час. Використання Google Forms дозволило забезпечити доступність матеріалів та оперативність обробки результатів.

На заключному етапі отримані дані аналізувалися та узагальнювалися. Особлива увага приділялася оцінці рівня бойового стресу, нейротизму, а також психологічних станів респондентів. Результати було представлено у вигляді таблиць, графіків і діаграм, що підвищило їхню наочність.

Для дослідження було обрано чотири методики, які найкраще відповідали меті та завданням роботи.

1. ОС ПТСР О.А. Блінова (військовий варіант);
2. ОБСБ О.А. Блінова;
3. Методика Г. Айзенка на визначення темпераменту
4. Методика самооцінки психічних станів Г. Айзенка.

Для даного дослідження були обрані саме ці методики через, по-перше, їх легкість та простоту виконання й обробки отриманих результатів; по-друге, через невелику кількість питань, тому, що військовослужбовці не можуть присвятити весь день дослідженню, та і це не ефективно, навантажувати респондента методиками де 100 чи більше питань. По-третє, дані методики зрозумілі респондентам з будь-якою освітою, а в нашому випадку, коли приймають участь поранені військові, хоч і вже проходять реабілітацію, але все одно, небажано навантажувати нервову систему.

Ознайомимося з обраними нами методиками.

1. ОС ПТСР О.А. Блінова (військовий варіант).

Даний опитувальник містить 7 питань, розроблених для визначення ознак ПТСР серед військовослужбовців та ветеранів за діагностичними критеріями DSM-IV (PTSD CheckList – Military Version (PCL-M)).

Ця методика дозволяє швидко оцінити наявність ознак посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців. Його перевагою є висока швидкість проходження та точність виявлення ризику ПТСР.

Військовослужбовцям надають список відчуттів та станів, які вони можуть відчувати чи відчували при виконанні служби. Респондентам варто уважно прочитати ствердження та відповісти «так» чи «ні».

Якщо виявляють три позитивні відповіді у респондента, то варто додатково провести дообстеження, на предмет можливого ПТСР.

Якщо ж виявляють 4 та більше позитивних відповіді, це вказує на наявність ПТСР. Детальніше, див. дод. Б.

2. ОБСБ О.А. Блінова.

Методика спрямована на оцінку рівня бойового стресу за трьома рівнями інтенсивності. Вона містить чотири субшкали, які дозволяють визначити:

- гострі стресові реакції;
- здатність до подолання стресу;
- прямий та опосередкований вплив стрес-факторів.

Питання методики поділені на субшкали:

Субшкала № 1 – діагностує гострі стресові розлади, та посттравматичні стресові розлади. Має 7 питань.

Субшкала № 2 – розкриває спроможність військового долати стресові ситуації на когнітивному, афективному та поведінковому рівнях. Також 7 питань.

Субшкала № 3 – визначає вплив стрес-факторів безпосередньо на особистість військового. Має 5 питань.

Субшкала № 4 – визначає вплив стрес-факторів опосередковано на особистість військовослужбовця. Має також 5 питань. Детальніше див. дод. В.

3. Методика Г. Айзенка на визначення темпераменту.

За допомогою даної методики можна визначити екстраверсію (направленість особистості на зовнішній світ) та нейротизм (результат невірноваженості процесів збудження та гальмування). Опитувальник містить 57 питань, на які варто відповісти «так» або «ні». Детальніше див. додаток Г.

4. Методика самооцінка психічних станів Г. Айзенка.

За допомогою даної методики, можна визначити як оцінюють у себе особистості психічні стани. А саме такі, як: тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність. Ці стани є важливими елементами для визначення загальних адаптативних можливостей людини. Методика налічує 40 стверджень, які включають опис різних психічних станів. Якщо респондентам цей стан часто притаманний, ставиться 2 бала, якщо цей стан буває рідко, то ставиться 1 бал, якщо ж зовсім не підходить - 0 балів. Анкета складається із 4 блоків, кожен з яких відповідає певним станам: тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Деталі див. додаток Д.

Обрані методики мають кілька важливих переваг:

1. Вони прості у використанні, що забезпечує їхнє застосування навіть у складних умовах;
2. Мають короткий час заповнення, що є критично важливим для респондентів, які перебувають у зоні бойових дій;
3. Дають змогу отримати точні результати з мінімальним когнітивним навантаженням для респондентів.

Таким чином, організація дослідження передбачала врахування специфіки військових умов і потреб респондентів. Використання онлайн-формату, відповідний підбір методик і системний підхід до аналізу результатів забезпечили отримання достовірних даних, які можуть бути

використані для розробки рекомендацій із психологічної підтримки військовослужбовців.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження взаємозв'язку між типами нервової системи та станом бойового стресу

Перед проведенням аналізу пропоную звернути увагу на його загальні характеристики, а точніше кількість проведених досліджень та кількість показників в застосованих методиках див. табл. 2.2.

Таблиця 2.2

№ п/п	Назва методики	Кількість досліджень з етапів роботи			Кількість показників у методиці
		I	II	Всього	
1	Анкетування	21		21	
2	ОС ПТСР (військовий варіант)	21		21	1
3	Опитувальник бойового стресу (ОБСБ) Блінова	21		21	5
4	Тест Айзенка на визначення типу темпераменту	21		21	4
5	Опитувальник Айзенка для самооцінки психічних станів	21		21	4

Ознайомимося ретельніше з отриманими результатами нашого дослідження. Першими будуть висвітлені результати за методикою ОС ПТСР О.А. Блінова. Сирі бали див. додаток Д.

За допомогою даної методики нам вдалося встановити, що у 52% військовослужбовців, які надали 2 та менше відповідей «Так» відсутні ознаки ПТСР, що свідчить про їхню стійкість до стресових ситуацій відсутність або ж мінімальну присутність психологічного дискомфорту

пов'язаного з бойовими діями. Потребують поглибленого обстеження щодо наявності ПТСР – 14% військовослужбовців, це пов'язано з тим, що присутні певні ознаки ПТСР, але не всі критерії були задоволені для діагностики розладу. У 33% респондентів відповіді, котрі вказують на наявність ПТСР, що свідчить про необхідність надання психологічної допомоги зазначеним військовослужбовцям для реабілітації та вирішення психологічних проблем. (див. рис. 2.1.).

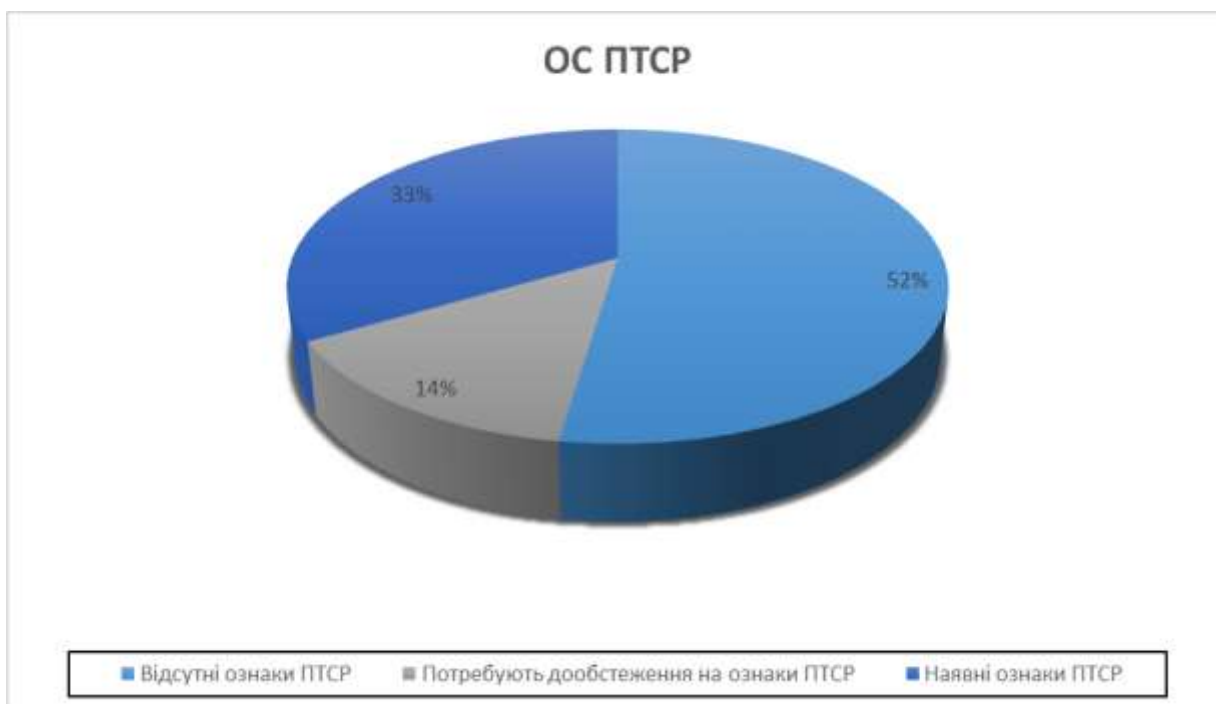


Рис. 2.1. Результати респондентів за методикою ОС ПТСР

Загалом, результати дослідження за методикою ОС ПТСР О.А. Блінова свідчать про те, що більшість військовослужбовців мають стійкість до стресових ситуацій та не мають ознак ПТСР. Однак, є також група військовослужбовців, які потребують поглибленого обстеження та психологічної допомоги. Це підкреслює важливість надання психологічної підтримки військовослужбовцям, які повертаються з бойових дій, для забезпечення їхньої повної реабілітації та повернення до повноцінного життя.

Наступним етапом нашого дослідження була методика ОБСБ О.А. Блінова, яка дозволила нам отримати цінні дані про рівень бойового стресу

в учасників бойових дій. Отримані результати демонструють індивідуальні особливості реакції на стрес, що відображається у первинних показниках методики. Інтегральний показник, який був підрахований за результатами тестування див. табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Інтегральні показники респондентів

Номер учасника	Розрахунок інтегрального показника $\sum$ загальн. : 24 =	Номер учасника	Розрахунок інтегрального показника $\sum$ загальн. : 24 =
1	4,20	12	3,12
2	2,12	13	3,45
3	1,83	14	2,75
4	2,41	15	2,50
5	2,41	16	1,87
6	3,12	17	3,08
7	3,25	18	3,79
8	2,20	19	2,29
9	1,87	20	2,58
10	2,70	21	2,33
11	3,58		

Отже, отримані результати свідчать нам про наступне: бойовий стрес низької інтенсивності продемонстрували 52% військовослужбовців. На цій стадії військові переживають мобілізацію їхніх адаптаційних ресурсів організму. В ситуації бойового стресу вони знаходяться в стані напруженості і настороженості, але їхній організм ще не виснажений. Військові можуть відчувати піднесений настрій, їхня поведінка залишається стабільною та незмінною.

Бойовий стрес середньої інтенсивності був виявлений у 43% військовослужбовців. На цій стадії військові вже збалансовано витрачають свої адаптаційні ресурси, тобто знаходяться в періоді опору. Військовослужбовець, який знаходиться на даній стадії, вже пристосувався до подій, що відбуваються навколо нього та з ним. Він поводить себе цілком стерпно, але вже не відчуває душевного підйому, який притаманний першій стадії. Втома та фізичне виснаження можуть бути помітнішими, але військовослужбовець все ще здатний виконувати свої обов'язки та захищатися.

Бойовий стрес високої інтенсивності був виявлений у 5% військовослужбовців. Це свого роду кінцева стадія, яка характеризується цілковитим виснаженням, втратою енергії, зламаним фізіологічним та психологічним захистом. На цій стадії військовослужбовець вже не може захищатися чи чинити супротив, він потребує негайної допомоги. Військовослужбовець може відчувати важкі психологічні та фізичні симптоми, такі як постійна тривожність, депресія, ночні кошмари та фізичну втому(див. рис. 2.2.).

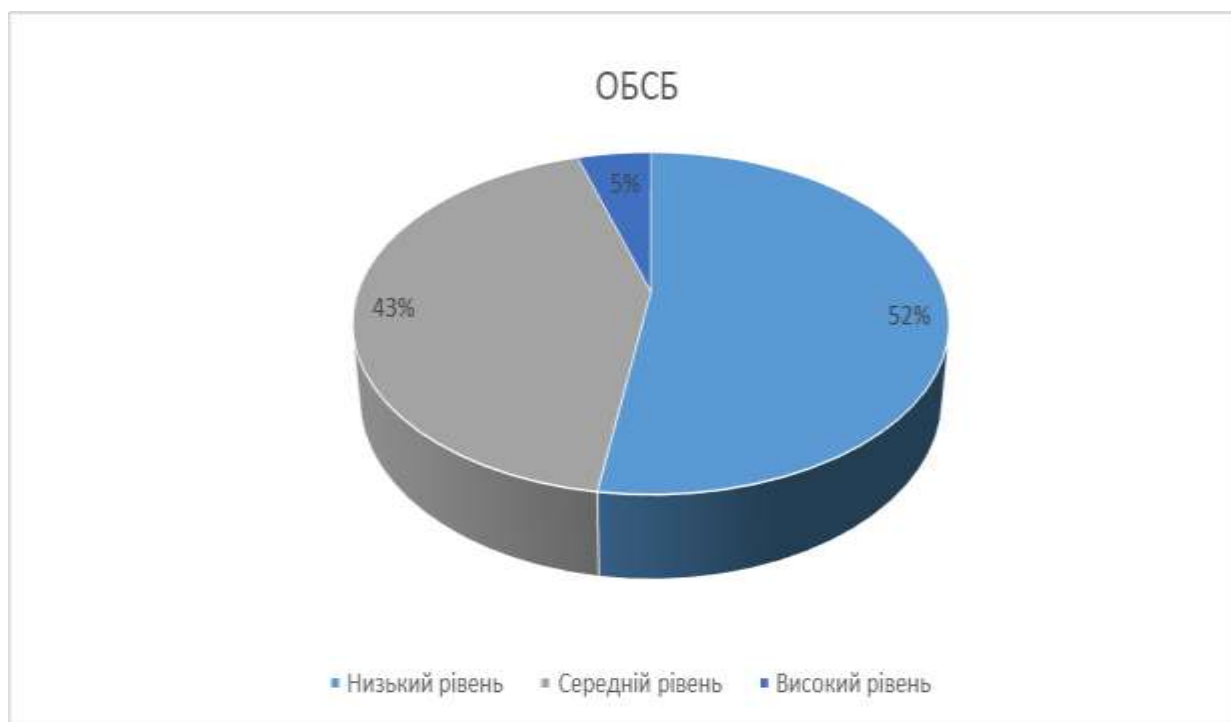


Рис. 2.2. Рівень бойового стресу респондентів

Далі ми аналізували результати за опитувальником Г. Айзенка про темперамент. Всі учасники дослідження були щирими, для проведення дослідження це один із найважливіших аспектів, адже він вказує на достовірність отриманих результатів.

Нами було визначено, що в дослідженні приймали участь:

1. 24% холериків, яким притаманна висока збудженість, різкість, прагнення рухів, сила, імпульсивність. Ці респонденти надто захоплюються справою, починають діяти занадто, через що надто виснажуються. Темперамент проявляється в ініціативності, енергійності, принциповості, але за умовою, що справа, якою займається холерик йому до вподоби. За емоційних обставин нездатні контролювати себе;

2. 19% флегматиків, яким притаманний низький рівень активності поведінки, повільні, спокійні, постійні в почуттях та настроях. Демонструє наполегливість, вміє контролювати себе та свій настрій, розраховує власні сили та доводить справу до кінця. Характеризується як витримкою, постійністю, серйозністю, так і в'ялістю, байдужістю, лінощами, бідністю емоцій, але це все залежить від умов;

3. 38% сангвініків, які характеризуються швидкістю пристосування, комунікабельністю, товариськістю. Для сангвініків притаманна наявність різних емоцій, та швидке їх змінювання. Непосидючі, потребують постійно нових вражень та емоцій, не можуть жити за режимом дня, непосидючі, з нестійкою увагою та терпінням;

4. 19% меланхоліків, яким притаманні глибокі та стійкі почуття однак слабкий їх вираз. Меланхоліки не можуть зосереджуватися довго на одному предметі, справі. Під впливом сильних реакцій у меланхоліків виникає тривала гальмівна реакція. Меланхоліки зазвичай стримані, сором'язливі, нерішучі. Відносно до умов меланхоліки можуть бути глибокими особами, з чітким планом дій та високою працьовитістю, так і тривожними, боязливими, замкненими у собі людьми (див. рис. 2.3.)



Рис. 2.3. Темпераменти респондентів

Якщо розглядати дані методики, то ми можемо виділити, що у 53% опитаних осіб низький рівень нейротизму. Цей показник вказує на їхню емоційну стабільність та незначну схильність до переживань, тривоги або стресу. Такі люди зазвичай легше справляються з негативними емоціями та менш вразливі до стресу. Їхня емоційна регуляція та адаптація до стресових ситуацій є більш ефективною, що може бути результатом їхньої особистої стійкості, добре розвиненої системи підтримки або ефективних механізмів копінг-механізмів. Вони здатні швидше повертатися до норми після стресових ситуацій та менш схильні до розвитку психологічних проблем, пов'язаних із стресом.

Відповідно, у 47% опитаних осіб вищий рівень нейротизму. Цей показник може вказувати на їхню емоційну нестабільність, схильність до тривоги, чутливість до негативних емоцій та складності у подоланні стресу. Люди із високим рівнем нейротизму можуть частіше переживати емоційні спалахи, депресію, тривожні розлади та інші психологічні проблеми. Їм важче адаптуватися до стресових ситуацій, і вони можуть довше перебувати у стані емоційного дискомфорту або стресу (див. рис. 2.4.)



Рис. 2.4. Результати респондентів за рівнем нейротизму

Далі ми ознайомимося з результатами респондентів за останньою методикою самооцінки психічних станів Г. Айзенка.

Отримані результати ми проаналізували та зобразили окремо за кожним психічним станом, який досліджували у респондентів. Отже, результати діагностики з виявлення особистої тривожності показали, що: у 62% респондентів переважає низький рівень тривожності. Це означає, що ці особи не переживають значної емоційної напруги або страху, що позитивно впливає на їхню ефективність та загальний психологічний стан. Середній рівень тривожності був виявлений у 38% учасників. Ці люди можуть переживати певну меру тривоги, але вона не заважає їхній роботі та життєвої діяльності. Високого рівня тривожності не було виявлено серед дослідених респондентів (див. рис. 2.5.).

Даний факт може вказувати на чудову підготовку особового складу перед виїздом або виходом на виконання поставлених завдань. Важливо відзначити, що більша частина досліджуваних знаходиться безпосередньо в зоні проведення бойових дій. Наявність низького та середнього рівня тривожності серед військовослужбовців підкреслює ефективність їхньої

підготовки, психологічної підтримки та адаптації до важких умов. Це також може бути результатом їхньої особистої стійкості, досвіду та високого рівня підготовки перед виїздом.

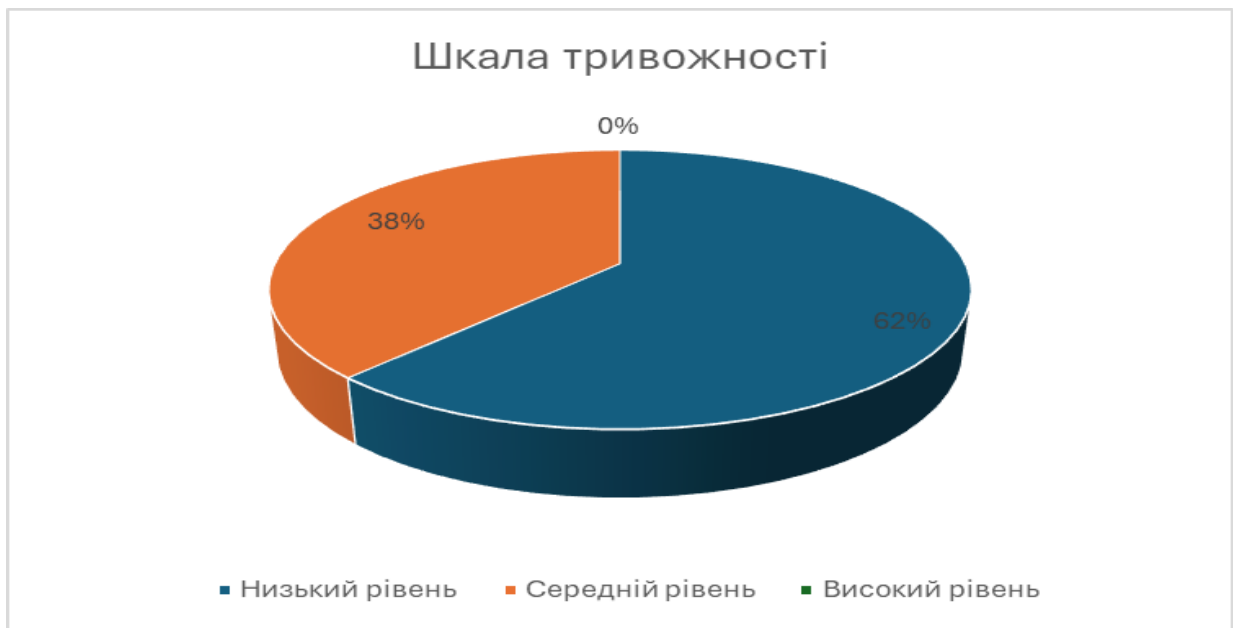


Рис. 2.5. Рівень тривожності у респондент

За рівнем фрустрації 81% опитаних респондентів показали низький рівень фрустрації. Це означає, що ці особи здатні ефективно справлятися з стресом і нелегкими ситуаціями, не дозволяючи їм сильно впливати на їх емоційний та психологічний стан. Ця здатність може бути результатом їхньої особистої стійкості, добре розвинених копінг-механізмів або ефективної підтримки з боку родини, друзів або колег.

На противагу цьому, 19% опитаних респондентів мали середній рівень фрустрації. Ці особи можуть переживати певні труднощі в умовах стресу, але вони все ще здатні оперувати своїми емоціями та адаптуватися до несприятливих умов. Цей рівень фрустрації може вказувати на те, що їм потрібна додаткова підтримка або методології для покращення їхньої стійкості до стресу.

Високого рівня фрустрації не було виявлено серед досліджених респондентів, що вказує на те, що опитані респонденти мають розвинені навички управління емоційним станом та не занурюються в стани важкої

фрустрації, яка б заважала їхній життєдіяльності, а в нашому випадку виконанню поставлених завдань під час проходження служби. (див. рис. 2.5.).



Рис. 2.6. Рівень фрустрації військовослужбовців

Згідно з дослідженнями Г. Айзенка, рівень агресивності серед учасників дослідження розподілився наступним чином: 43% респондентів мають низький рівень агресивності, 52% — середній рівень, а 5% — високий рівень агресивності. Ці результати свідчать про те, що більшість респондентів знаходяться в межах норми, що є позитивною ознакою. Однак, показники середнього рівня агресивності вказують на необхідність незначної корекційної роботи, спрямованої на зниження агресивності серед цих респондентів. Ця робота може включати психологічні консультації, тренінги або інші методи, які допоможуть їм краще управляти своїм емоційним станом та зменшити агресивні реакції (див. рис. 2.7.).

Особливо важливою є ситуація з респондентами, які мають високий рівень агресивності. Для цих осіб потрібна кваліфікована допомога спеціалістів, таких як психологи або психіатри. Вони можуть потребувати індивідуальної терапії, яка допоможе їм виявити джерела їхньої агресивності, розвинути копінг-механізми та навчитися ефективно

управляти своїми емоціями. Ця допомога важлива для їхнього загального психологічного здоров'я та для забезпечення безпеки та комфорту в їхньому середовищі.



Рис. 2.7. Рівень агресивності учасників

Високий рівень ригідності був виявлений у 5% учасників, що вказує на гостру необхідність кваліфікаційної допомоги. Ці військовослужбовці не мають захисних механізмів та не можуть опанувати себе в ситуаціях бойового стресу, та до змін у ситуації. Це може вказувати на деякі проблеми під час адаптації до нових обставин і можуть переживати більш серйозні емоційні та психологічні проблеми.

Середній рівень ригідності був виявлений у 52% респондентів, такі показники вказують на наявність труднощів у адаптації своєї поведінки до змін у ситуації. Вони можуть відчувати напруженість та емоційний дискомфорт, але все ж здатні управляти своїми емоціями та адаптуватися до нових умов з певними зусиллями.

Низький рівень ригідності продемонстрували 43% військовослужбовців. Це характеризує їх як осіб, які легко переключаються з однієї діяльності на іншу та швидко адаптуються до змінних умов. Вони здатні ефективно управляти своїми емоціями та швидко адаптуватися до

нових обставин, що є важливою якість у умовах бойових дій (див. рис. 2.8.).



Рис. 2.8. Ригідність респондентів за Г. Айзенком

Узагальнюючі результати за методикою Г. Айзенка (див. рис. 2.9.).

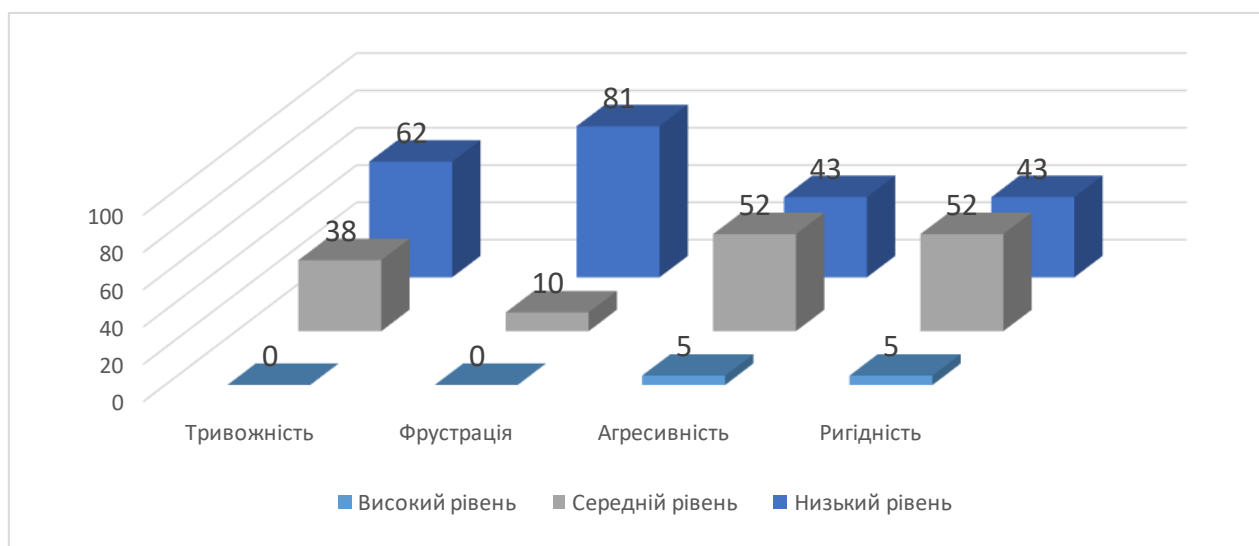


Рис. 2.9. Узагальнюючі результати за методикою Г. Айзенка

Отже, аналізуючи досліджуваних за рівнем нейротизму, який визначався за допомогою методики Айзенка на визначення темпераменту. Так як наша вибірка становить 21 військовослужбовець 12 з них тобто 57% відсотків досліджуваних з рівнем нейротизму нижчим за 12, 67% з яких сангвініки та 33% – флегматики. Відповідно 9 військовослужбовців з рівнем

нейротизму ≤ 12 , що становить 43% з вибірки, де 56% – холерики та 44% – меланхоліки.

Досліджувані з рівнем нейротизму нижчим за 12, за методикою ОС ПТСР з 12 військовослужбовців тільки 2, що становить 17% отримали оцінку 3, яка передбачає додаткове обстеження на наявність ПТСР, та 87% набрали 2 та менше балів. З досліджуваними в яких рівень нейротизму ≥ 12 , тобто з 43% вибірки, за методикою ОС ПТСР, тільки в 1 військовослужбовця, що становить 11% отримано 2 бали – відсутні ознаки ПТСР, також в 1 військовослужбовця 3 бали – потребує додаткового обстеження, а в інших 7 військовослужбовців від 4 до 7 балів, що становить 78% з даної категорії (див. рис. 2.10.).



Рис. 2.10. Рівень посттравматичного стресу серед груп із різним нейротизмом

За методикою ОБСБ, в осіб з рівнем нейротизму нижчим за 12, високий рівень бойового стресу було визначено в 1 військовослужбовця, що становить 8%, середній рівень – у 3 військовослужбовців, що дорівнює 25% та низький рівень у 8 військовослужбовців, та займають найвищий відсоток 67, а в осіб рівень нейротизму ≥ 12 , низький рівень бойового стресу у 33% досліджуваних, а у 66% – середній (див. рис. 2.11.).

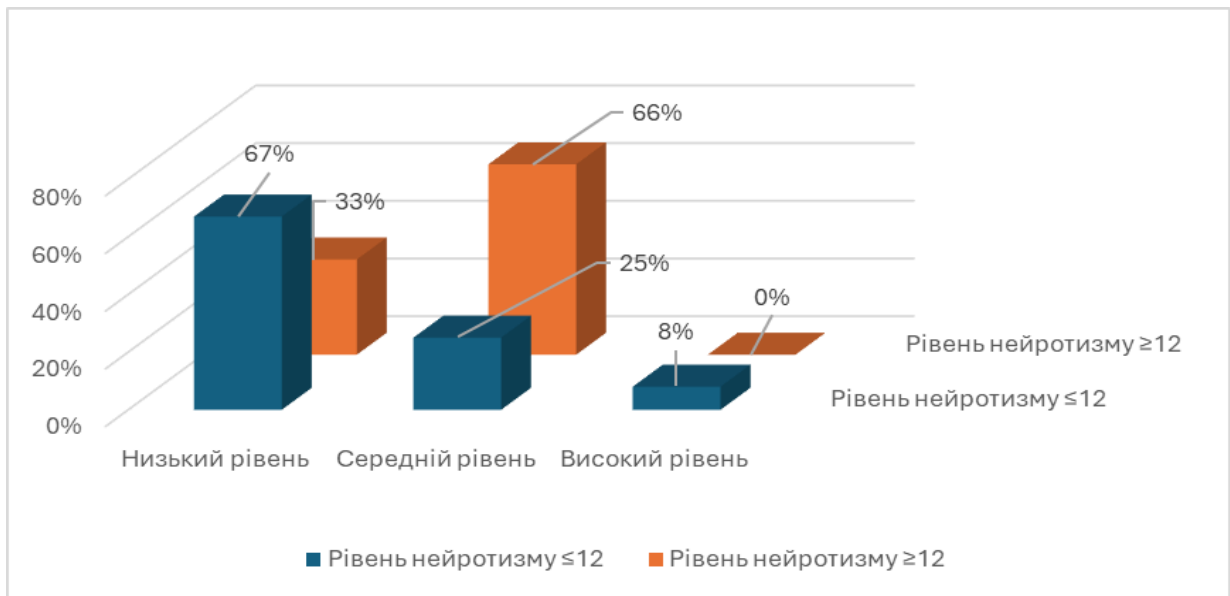


Рис. 2.11. Порівняння бойового стресу (ОБСБ) за групами нейротизму.

Методика Айзенка дозволила отримати значущі результати, які розкривають взаємозв'язок між рівнем нейротизму та особливостями психічних станів військовослужбовців. Аналіз даних за цією методикою став вагомим внеском у розуміння впливу індивідуально-психологічних характеристик на адаптацію до стресових умов бойової діяльності.

За методикою Айзенка самооцінки психічних станів, результати за шкалою тривоги демонструють чіткий зв'язок між рівнем нейротизму та схильністю до тривожних станів у військовослужбовців. Дослідження показало, що у респондентів із рівнем нейротизму ≤ 12 низький рівень тривоги виявлено у переважної більшості – 92%, тоді як лише 8% мали середній рівень тривоги. Це свідчить про високу емоційну стійкість та здатність до контролю власного психологічного стану у цій групі. У протиположності, у респондентів із рівнем нейротизму ≥ 12 низький рівень тривоги був виявлений лише у 22%, тоді як у 78% було зафіксовано середній рівень. Це вказує на підвищену вразливість до стресових факторів, що є характерним для осіб із високим рівнем нейротизму. Підвищений рівень тривоги може слугувати маркером необхідності додаткової психологічної

підтримки для таких військовослужбовців (див. рис. 2.12).



Рис. 2.12. Порівняння рівня тривоги за групами нейротизму.

Аналіз шкали фрустрації за тією ж методикою виявив ще одну значну відмінність між групами респондентів з різним рівнем нейротизму. У групі з рівнем нейротизму ≤ 12 всі досліджувані (100%) показали низький рівень фрустрації, що свідчить про їхню стійкість до ситуацій, які викликають почуття незадоволеності чи безнадійності. Це можна пояснити більш врівноваженим емоційним станом, що дозволяє цим військовослужбовцям ефективно долати виклики бойових умов. У групі з рівнем нейротизму ≥ 12 ситуація була менш сприятливою: низький рівень фрустрації визначено лише у 56% респондентів, тоді як 44% мали середній рівень. Це свідчить про більшу емоційну вразливість і схильність до дезадаптивних реакцій на фрустраційні ситуації (див. рис. 2.13).

Аналіз отриманих результатів дозволяє припустити, що рівень нейротизму значною мірою визначає здатність особистості зберігати емоційну рівновагу в умовах психологічного напруження. Такі показники особливо важливі для військовослужбовців, оскільки здатність адекватно реагувати на стресові ситуації значно впливає на їхню ефективність у виконанні бойових завдань.

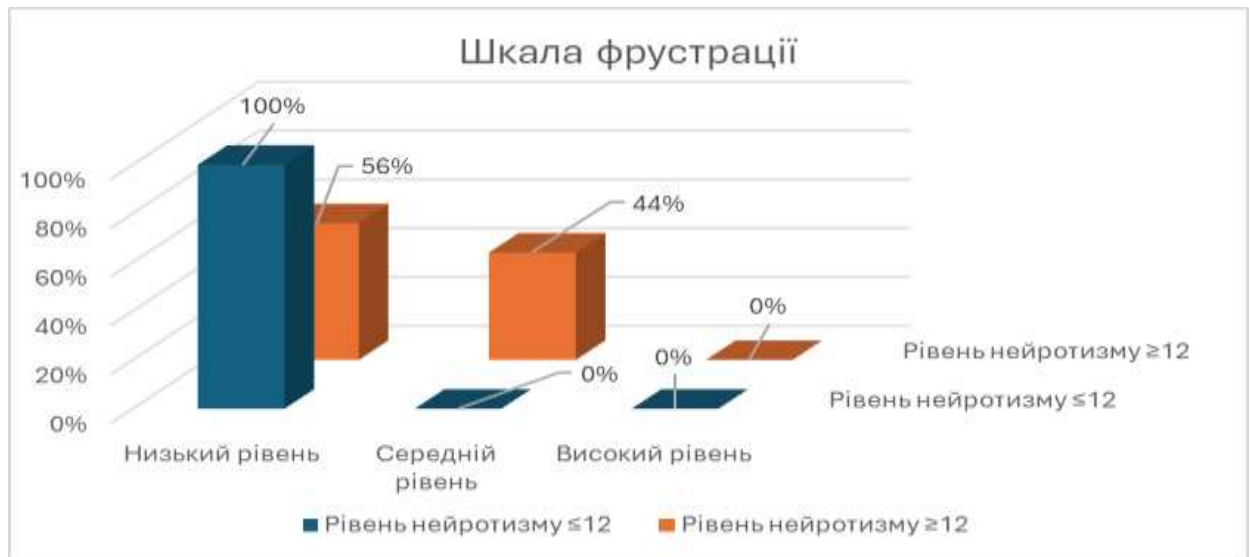


Рис. 2.13. Порівняння рівня фрустрації за групами нейротизму.

Щодо шкали агресії, результати також свідчать про помітні відмінності між групами з різним рівнем нейротизму. У респондентів із рівнем нейротизму ≤ 12 низький рівень агресії виявлено у 67% військовослужбовців, а середній рівень був зафіксований у 33%. Це свідчить про здатність більш емоційно стабільних осіб контролювати прояви агресії, що є важливим у контексті збереження командної взаємодії та ефективності в бойових умовах. У групі з рівнем нейротизму ≥ 12 середній рівень агресії виявлено у 89% респондентів, тоді як високий рівень у 11%.

Такі показники вказують на те, що високий рівень нейротизму корелює зі збільшенням емоційної напруженості та схильністю до проявів агресії, що може негативно впливати на здатність адекватно реагувати в стресових ситуаціях. Контроль агресивних реакцій у цих військовослужбовців потребує спеціалізованих заходів психологічної підтримки, які мають враховувати індивідуальні особливості емоційного реагування. Це дозволить не лише зменшити прояви агресії, а й сприятиме загальному поліпшенню психологічної адаптації до бойових умов (див. рис. 2.14)..



Рис. 2.14. Порівняння рівня агресії за групами нейротизму.

Щодо шкали ригідності, результати також демонструють суттєві відмінності між групами. У досліджуваних із рівнем нейротизму ≤ 12 низький рівень ригідності виявлено у 75% осіб, тоді як середній рівень був визначений лише у 25%. Це підтверджує, що особи з нижчим рівнем нейротизму здатні до більшої гнучкості у своїх поглядах, діях та адаптації до змін. У групі з рівнем нейротизму ≥ 12 переважали середній рівні ригідності у 89% респондентів, що свідчить про схильність до консервативності в поведінці, а 11% респондентів показали високий рівень ригідності, що може ускладнювати їхню адаптацію до бойових умов. Високий рівень ригідності може вказувати на стійке небажання змінювати встановлені шаблони поведінки навіть у критичних ситуаціях, що може обмежувати ефективність їхньої діяльності (див. рис. 2.15).

Ці результати демонструють важливість урахування рівня ригідності під час оцінки психологічної готовності військовослужбовців до виконання бойових завдань. Особливої уваги потребують респонденти з високими показниками ригідності, оскільки їхня обмежена здатність до адаптації може суттєво впливати на якість виконання службово-бойових завдань.



Рис. 2.15. Порівняння рівня ригідності за групами нейротизму.

Отримані результати вказують на те, що рівень нейротизму суттєво впливає на ключові психологічні стани військовослужбовців, такі як тривога, фрустрація та ригідність. Високий рівень нейротизму асоціюється з більшими труднощами у регуляції цих станів, що потребує врахування при розробці програм психологічної підтримки для військових.

Висновки до другого розділу

Отже основним завданням емпіричного дослідження було оцінити вплив типу нервової системи, зокрема нейротизму, на рівень бойового стресу та психологічний стан військовослужбовців.

У результаті проведеного емпіричного дослідження було виявлено значний вплив рівня нейротизму на психологічний стан, рівень бойового стресу та схильність до посттравматичних розладів у військовослужбовців. Зокрема:

Військовослужбовці з низьким рівнем нейротизму (≤ 12) частіше належать до стабільних типів темпераменту (сангвініки та флегматики), тоді як у групі з високим рівнем нейротизму (≥ 12) переважають холерики та меланхоліки, які характеризуються більшою емоційною лабільністю.

У групі з низьким нейротизмом 67% військовослужбовців мали низький рівень бойового стресу, тоді як серед осіб із високим нейротизмом 66% продемонстрували середній рівень стресу. Це свідчить про вищу стресостійкість осіб із меншим рівнем нейротизму.

У групі з низьким рівнем нейротизму лише 17% учасників виявили ознаки, які потребують додаткового обстеження на ПТСР, тоді як у групі з високим нейротизмом 78% мали середні або високі оцінки за шкалою ОС ПТСР.

Аналіз психологічних станів (тривога, фрустрація, агресія, ригідність) показав, що низький рівень нейротизму асоціюється з більшою емоційною стабільністю: у 92% учасників із низьким нейротизмом був низький рівень тривоги, тоді як у групі з високим нейротизмом таких лише 22%.

Агресивність і ригідність також суттєво зростають у групі з високим нейротизмом.

Результати підтвердили гіпотезу про значущий вплив рівня нейротизму на рівень бойового стресу, стресостійкість та психологічний стан військовослужбовців. Особи з високим рівнем нейротизму виявилися менш стійкими до стресу та більш схильними до негативних психічних станів і проявів ПТСР.

Ці результати підкреслюють важливість врахування індивідуально-психологічних особливостей, зокрема рівня нейротизму, у підходах до психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців, які перебували у зоні бойових дій.

Виявлений вплив нейротизму на рівень бойового стресу та психологічний стан військовослужбовців в цілому, може допомогти в розробці індивідуальних підходів до реабілітації та психологічної підтримки.

Дані результати підтверджують важливість психоіндивідуальних характеристик для адаптації до стресових ситуацій в умовах бойових дій та

допомагають орієнтуватись у розробці інтервенцій та підтримки військовослужбовців.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ МОЖЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

3.1. Розробка рекомендацій для психологічної підтримки та тренування учасників бойових дій на основі виявлених залежностей

Психологічна робота, безпосередньо у пунктах підготовки до бойових дій, покладена на штатного психолога, однак і командири підрозділів, частин мають також розуміти та проводити профілактичну роботу серед особового складу.

Саме на офіцерів покладена відповідальність за благополучне функціонування військових, обов'язок своєчасно інформувати психолога, медичну частину про помічені несприятливі зміни, тривожні тенденції, щоденне відстеження та аналіз психологічного благополуччя військовослужбовців. Адже саме офіцер знаходиться поряд з особовим складом як в частині, так і в зоні бойових дій [19].

Основними напрямками роботи психолога з військовослужбовцями з симптомами ПТСР є:

1. Інтеграція внутрішнього світу.
2. Залучення напрацьованих під час бойових дій поведінкових програм в контексті соціально-прийнятних видів діяльності. Реалізуючи дану стратегію варто використовувати техніки поетапного розгортання навичок поведінки, які вже склалися, усвідомлюючи сигнали, які запускають неадекватні реакції. Може бути запропонований самостійний аналіз професіограм особливих екстремальних професій, де дані навички розглядаються як професійно важливі.
3. Відновлення цілісності, гармонійності когнітивної моделі світу, усвідомлення військовим травматичного досвіду щирих причин та значення травматичної події з точки зору звичного життя, що дозволяє переоцінити

минулий досвід. В якості методів, які дозволяють здійснити цю стратегію, можуть застосовуватися техніки раціональної терапії, гештальттерапії.

4. Пошук та відновлення ресурсів. Психологи можуть використовувати різні техніки саморегуляції, ресурсного трансу, а також залучення людини у зовнішню діяльність, яка сама по собі створює передумови системи регуляції, так як в процесі витрачання ресурсів паралельно виробляється механізм їх поповнення [20, 22, 60].

В роботі з подолання наслідків ПТСР застосовують різноманітні методи та технології. В кожному конкретному випадку методи підбираються залежно від стану людини та вирішуваних в процесі соціально-психологічної адаптації завдань.

Для надання психологічної допомоги військовослужбовцям з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) найбільш ефективними є методи когнітивно-поведінкової та особисто орієнтованої психотерапії, які можуть проводитися як в індивідуальному, так і в груповому форматах.

Раціональна психотерапія базується на зрозумілому тлумаченні характеру та причин виникнення травматичного стресу через логічне переконання та навчання ефективному мисленню. Основна мета психотерапевтичної роботи полягає в поясненні військовим природи, причин і механізмів негативних наслідків ПТСР, з тим щоб допомогти їм усвідомити, що ці стани є нормальними та природними реакціями на ненормальні обставини [56].

Раціональна психотерапія – це метод, що ґрунтується на здатності людини здійснювати аналіз, робити висновки та обґрунтовувати їх. За допомогою цього підходу психотерапевт працює над викривленими уявленнями військовослужбовців, які можуть викликати додаткові емоційні стреси. Основні напрямки впливу включають: зняття невизначеності, корекцію суперечностей і непослідовностей у їхніх переконаннях, а також навчання правильному мисленню. Раціональна психотерапія здійснюється у формі бесід з військовослужбовцями, які зазнали бойового стресу [23].

Засобами психологічного впливу в даному випадку виступають:

- Переконавання, що передбачає логічне та емоційне переконування учасників у правильності певних думок, поглядів та дій. Це може включати надання аргументів, доказів та прикладів, що підтверджують певну точку зору;

- Роз'яснення, що передбачає чітке та зрозуміле пояснення ситуації, подій, причин та наслідків. Це допомагає учасникам отримати більш повне розуміння того, що відбувається, та сприяє зменшенню тривоги та страху;

- Відволікання, що передбачає переключення уваги учасників від негативних думок та емоцій на щось позитивне, цікаве та приємне. Це може включати використання гумору, розваг, творчих занять або спілкування на інші теми;

- Погодження, що передбачає створення атмосфери взаєморозуміння та спільної мети. Це досягається шляхом активного слухання, вираження поваги до думки інших, пошуку компромісів та спільного вирішення проблем;

- Авторитет, що передбачає використання авторитетного джерела інформації, досвіду та впливу. Це може бути експерт, лідер, керівник або особа, яка користується довірою та повагою учасників;

- Престиж, що передбачає використання символів статусу, визнання та досягнень. Це може включати використання премій, нагород, відзнак, почесних звань або інших ознак успіху та визнання [55, 68].

Зміна неправильних уявлень військового досягається конкретними методичними прийомами (пояснення, роз'яснення, переконання, переорієнтація та ін.), які побудовані на логічній аргументації, що є суттєвою якістю раціональної терапії. Значну роль в ефективності аргументації психотерапевта, спростуванні неправильних доводів військового, спонуканні його до формулювання нових висновків може зіграти методика сократівського діалогу. Сократівський діалог – метод раціональної терапії, який має на меті корекцію непослідовних,

бездоказових, які протиставлять суджень військовослужбовця, які відбуваються ґрунтуючись на переконанні засобами логічної аргументації [24].

Ефективність раціональної психотерапії значною мірою залежить від врахування індивідуальних установок та можливостей пацієнта, а також від послідовної і систематичної роботи з ним [84].

При розвитку депресії, яка є реакцією на психотравмуючий стрес, найбільш ефективними вважаються методи, що ґрунтуються на когнітивній психотерапії. Основна концепція цих методів полягає в тому, що нормальні реакції залежать від когнітивних процесів, які дозволяють людям адекватно сприймати навколишню дійсність. При дестабілізації психічного стану ця здатність порушується, що призводить до виникнення когнітивних помилок. У реальному житті це може проявлятися в так званому «тунельному баченні», яке призводить до негативної самооцінки, песимістичного сприйняття оточення і майбутнього. Людина починає діяти на основі жорстко визначених ірраціональних установок [53].

Отже, основна психокорекційна стратегія спрямована на допомогу людині в пошуку та виявленні дезадаптивних переконань, з подальшим переосмисленням і заміною їх на більш адаптивні. Одним із найефективніших методів є виокремлення прихованого сенсу дезадаптивного переконання, що дозволяє людині усвідомити алогічність та ірраціональність негативної установки в її мисленні [25].

Раціонально-емотивна терапія (РЕТ) Альберта Елліса є одним із методів когнітивної психотерапії, що ґрунтується на твердженні, що основний вплив на емоційні реакції здійснюють не самі події, а система переконань і уявлень особи. Основне завдання РЕТ полягає в тому, щоб допомогти людині оскаржити свої ірраціональні переконання, змінити їх та сформуванати нову життєву філософію, звільнившись від самозвинувачення. Раціональні уявлення – це думки, які сприяють переживанню адекватних емоцій та відповідній поведінці. Вони бувають двох видів:

1. Когнітивні розмірковування про те, що відбувається в житті людини.
2. Висловлюють бажання та переваги людини.

Ірраціональні уявлення – думки, які сприяють формуванню неадекватних почуттів та невідповідної поведінки. Вони бувають трьох видів:

1. Категоричний підсумок.
2. Категоричне оціночне ствердження.
3. Категорична вимога [26].

Військові, які пережили ПТСР, можуть жорстко дотримуватися своїх ірраціональних уявлень, вважаючи, що їхнє життя повинно залишатися таким же, як раніше, а оточуючі мають їх підтримувати та проявляти співчуття. Коли реальність не відповідає цим очікуванням, психотравмована людина відчуває тривогу, а також може відчувати гнів, самопереживання і ненависть до себе.

Завдання психолога полягає в тому, щоб допомогти людині усвідомити свої ірраціональні переконання та змінити їх. Раціонально-емоційна терапія (РЕТ) виходить із того, що в стані паніки чи депресії люди можуть подолати руйнівні емоції та почати жити більш щасливо та спокійно, змінивши своє сприйняття ситуацій.

РЕТ є методом психотерапії, який базується на раціональному логічному переконанні клієнта в можливості змінити ставлення до «безвихідних» ситуацій, переходячи від ірраціональних установок до раціональних. Робота психолога будується з урахуванням схеми А, В, С і має кілька етапів [27, 52].

Перший етап - кларифікація параметрів події (А), що включає прояснення тих аспектів, які найбільше емоційно вплинули на клієнта та викликали у нього неадекватні реакції.

Другий етап – ідентифікація наслідків (С), особливо афективного впливу подій. На цьому етапі проводиться робота з ірраціональними установками, що проявляються через слова, які відображають високий

ступінь емоційного залучення військового. Ці слова часто містять обов'язкові приписи та глобальні оцінки особи, об'єкта або події.

Відповідно до видів ірраціональних уявлень А. Елліс виділив чотири найбільш розповсюджених групи ірраціональних установок, які створюють проблеми:

- Катастрофічні установки;
- Установки обов'язкового зобов'язання;
- Установки обов'язкової реалізації своїх потреб;
- Глобальні оцінні установки [30].

Мета етапу досягнута коли в проблемній галузі виявлені ірраціональні установки.

Третій етап – реконструкція ірраціональних установок. Реконструкція відбувається на одному з трьох рівнів: когнітивному, уявному або поведінковому. Під час роботи на рівні уяви військовослужбовець занурюється в психотравмуючі ситуації. Він має глибоко відчувати первісну емоцію або уявити цю ситуацію з позитивним емоційним забарвленням. Цей процес повторюється до тих пір, поки інтенсивність відчуттів не зменшиться.

Четвертий етап – закріплення адаптивної поведінки через домашні завдання, які військовослужбовець виконує самостійно. Методи поведінкової психотерапії спрямовані на формування у військових адаптивних навичок та звичок, що допомагають впоратися з психотравмуючими ситуаціями [31]. Найбільш ефективні з них:

- Для купірування симптомів стресу – метод систематичної десенсибілізації;
- Метод іммерсії;
- Метод парадоксальної інтенції;
- Метод десенситизації рухами очей;
- 6-ти кроковий рефреймінг [32].

Метод систематичної десенсибілізації базується на поведінковому принципі протиобумовлення. Цей принцип стверджує, що особа може подолати дезадаптивну поведінку, спричинену певною ситуацією або об'єктом, шляхом поступового наближення до страхогенних ситуацій. При цьому важливо поєднувати ці ситуації з відчуттям релаксації, що допомагає знизити тривогу. Страх і тривога можуть бути зменшені, якщо в один і той же час представлені стимули, що викликають страх, і антагоністичні до нього стимули, такі як релаксація. Суть цього методу полягає в тому, що у людини, яка перебуває в стані глибокої релаксації, викликаються уявлення про ситуації, що спричиняють страх. Далі, за допомогою ще більш глибокої релаксації, вона може зменшити тривогу, що виникає.

У цьому процесі розглядаються різноманітні ситуації — від простих до складних, що викликають найбільший страх. Процедура завершується, коли найсильніший стимул перестає викликати у людини страх [35, 56].

Виділяють три етапи цієї процедури:

1. Опанування методики м'язової релаксації (за Джекобсоном);
2. Формування ієрархії ситуацій, які спричиняють страх;
3. Власне десенсибілізація [51].

На даному етапі обговорюється методика зворотного зв'язку — інформування людиною психолога про наявність чи відсутність у неї страху в момент уявлення ситуації.

Для корекції страху, поряд із методикою систематичної десенсибілізації, використовується метод «іммерсії». Цей підхід в поведінковій психотерапії передбачає демонстрацію пацієнту об'єктів страху без попереднього розслаблення, проте в присутності психотерапевта. Основна техніка полягає в систематичній експозиції об'єкта страху. До іммерсивних методик також належить «парадоксальна інтенція», розроблена В. Франклом, що полягає в усвідомленому переживанні страху з почуттям гумору. Цей метод особливо ефективний при фобіях, коли пацієнт боїться повторення симптомів. На відміну від систематичної десенсибілізації,

методи іммерсії та парадоксальної інтенції не вимагають стану релаксації, тому їх можна застосовувати для роботи з психічними травмами малої інтенсивності та невротичними страхами [36, 38, 40]. Особистісно-орієнтована психотерапія К. Роджерса [41, 59].

Основною метою даного виду психотерапії є зміна ставлення військового до факту наявності у його житті психотравмуючої ситуації.

Групова психотерапія вважається одним з основних методів психологічної підтримки для людей, які пережили психотравмуючий стрес. Цей підхід може включати велику кількість учасників і поступово активувати здорові захисні механізми. Групова психотерапія сприяє полегшенню симптомів, зміні позицій окремих учасників та зміцненню їх почуття приналежності до групи через внутрішні взаємодії та емоційні реакції [50].

Основна мета групової психотерапії – допомога вербалізувати свої почуття, навчити особистість розуміти свої емоції та легше з ними справлятися.

Ефективність групової психотерапії забезпечується трьома факторами:

- Розвитком позитивних стосунків між психологом та учасниками, що включає довіру, взаєморозуміння, емпатію та безпечну атмосферу, де кожен відчувається почутим і прийнятим. Це створює сприятливе середовище для відкритого вираження почуттів і поглибленого аналізу психологічних проблем;

- Вільним виразом почуттів, як позитивних, так і негативних, без страху осуду або критики. У групі учасники можуть відкрито говорити про свої емоції, відчувати підтримку та розуміння від інших людей, які стикаються з подібними труднощами;

- Можливістю більш детального аналізу психологічних проблем, отримуючи різні точки зору, інструменти та стратегії для їх вирішення. Групова динаміка допомагає учасникам побачити свої проблеми з різних сторін, отримати нові знання та підтримку від інших членів групи [47].

Найпоширенішою і найчастіше використовуваною формою групової раціональної терапії є психологічний дебрифінг, що передбачає організоване обговорення стресу, який військові пережили спільно під час виконання бойових завдань [58].

Метою дебрифінга ставиться мінімізація та купірування психічних страждань військовослужбовців.

Завданнями групового обговорення стресу є:

- Пропрацювання вражень, реакцій та почуттів, що виникли внаслідок травматичних подій. Це дозволяє учасникам усвідомити та висловити свої емоції, що сприяє їхньому звільненню від емоційного напруження;

- Формування у учасників групової роботи розуміння сутності подій, які відбулися та психотравмуючого досвіду. Це допомагає учасникам усвідомити, що вони не самі зіткнулися з такими проблемами, та надає їм можливість отримати більш об'єктивне розуміння свого досвіду;

- Зменшення відчуття унікальності та патологічності власних реакцій шляхом обговорення почуттів та обміну переживаннями. Учасники діляться своїми переживаннями, отримуючи підтвердження, що їхні реакції є нормальними в контексті пережитого;

- Мобілізація внутрішніх ресурсів, групової підтримки, солідарності та розуміння. Група надає учасникам відчуття спільноти, підтримки та розуміння, що допомагає їм подолати психологічні труднощі;

- Зниження індивідуального та групового напруження. Обговорення травматичного досвіду в безпечній та підтримуючій атмосфері допомагає учасникам звільнитись від емоційного напруження, що накопичилось;

- Підготовка до переживання тих симптомів та реакцій, які можуть виникнути в майбутньому. Група допомагає учасникам розробити стратегії для подолання стресу та емоційних труднощів, що можуть виникнути в майбутньому [49].

Дебрифінг організовується для груп до 15 військовослужбовців, які разом пережили психотравмуючу подію, протягом 48 годин після її завершення.

Дебрифінг сприяє кращому розумінню природи травматичного стресу, його симптомів і дозволяє освоїти ефективні способи їх подолання, а також запобігти виникненню відстрочених негативних наслідків.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – є одним з основних методів, які використовуються в психологічній реабілітації військовослужбовців з ПТСР, з військовослужбовцями, які демобілізовані, та прагнуть адаптуватися до звичного життя.

Вона заснована на принципі, що думки (когніції) особистості впливають на її поведінку та емоції. Відповідно, змінюючи негативні чи деструктивні думки, можна змінити поведінку та покращити емоційний стан.

В контексті військовослужбовців КПТ може бути особливо ефективною у лікуванні розладів, обумовлених стресом чи травмою, такою як ПТСР. Терапія направлена на ідентифікацію та зміну шкідливих шаблонів думок, які виникли в результаті військового досвіду. Вона містить роботу над травматичними спогадами, навчанням технік самодопомоги для зниження тривоги та стресу і розвиток нових, більш здорових способів боротьби з негативними емоціями.

КПТ також ефективна у лікуванні таких психічних розладів як тривожність, депресія, які також часто виникають у військовослужбовців. Вона допомагає колишнім воїнам зрозуміти та змінити шаблон думок та поведінки, які викликають чи погіршують негативні симптоми.

Деякі методи КПТ, такі як арт-терапія довели свою ефективність у керуванні униканням та емоційним онімінням. Так, можна використовувати малювання, в тому числі піском, роботу з глиною, музику, спеціальні види рухів та ін. з метою передачі власних емоцій та спогадів, аби покращити самопочуття психотравмованих осіб. Індивідуальні сеанси дозволяють

військовим пропрацювати з психологом ті емоції, якими їм може бути незручно ділитися з групою. Групові ж сеанси направлені на зменшення ізоляції, побудову стосунків та розвиток спілкування через спільний процес створення та обговорення художніх робіт.

Дослідження, які проводились у Великій Британії з учасниками воєнних дій, переконливо довели ефективність арт-терапії як напрямку роботи з ПТСР: «87% ветеранів відмітили зменшення симптомів постравматичного стресового розладу та тривоги, депресії, гніву та вживання алкоголю».

Також доволі оригінальним є використання напрямку арт-терапії, де військовим пропонували створити маску власних травм. Ветерани відмічали позитивний ефект, пов'язаний з посиленням спогадів про травму (що є позитивною тенденцією при роботі з ПТСР), забезпеченням дистанціювання від неї та забезпеченням розширеного доступу до емоцій. В даному дослідженні арт-терапія використовувалась у поєднанні з КПТ.

Терапія ЕМДР представляє собою восьмифазовий психотерапевтичний підхід, який приділяє особливу увагу значенню фізіологічній системі переробки інформації у походженні та лікуванні проблем психічного характеру.

ЕМДР-терапія працює з клінічною картиною за допомогою цілого ряду стандартизованих процедур. Серед цих процедур варто згадати збір анамнезу, стабілізацію та фази ідентифікації і переробки спогадів, які пов'язані з тяжким досвідом, який лежить в основі актуальної симптоматики, поточних обставин, які служать тригером виникнення психологічного дискомфорту та навичок, які необхідні для більш підходящої поведінки в майбутньому.

Отже, для того щоб досягти «ціннісного» ставлення суспільства до ветеранів бойових дій, необхідно створити відповідну систему психологічної реабілітації, яка включатиме комплексну психологічну допомогу в тісній взаємодії з медичною, професійною та соціальною

реабілітацією. Під час переробки клієнту допомагають конкретним чином отримати доступ до спогадів, на короткий час зосередитися на них, а потім проводять білатеральну стимуляцію з використанням подвійного фокусу уваги. Стимуляція як правило забезпечується за рахунок рухів очей з боку в бік, однак іноді застосовуються і інші форми стимуляції – тактовна чи аудіальна. Використання рухів очей довгий час викликало багато нарікань, однак останнє мета-аналітичне дослідження, яке містило 26 РКІ, підтвердило наявність позитивних ефектів, особливо, швидке зниження емоційного дискомфорту та яскравості образного ряду.

Психологічну допомогу військовослужбовцям можна розглядати як комплекс психологічних, медичних та організаційних заходів, які направлені на подолання травмуючих факторів, а також збереження психологічного здоров'я та боєздатності військових.

Не дивлячись на багатообразність окремих методологічних та функціональних моделей та підходів до організації психологічної допомоги, об'єднуючим фактором є те, що їх успішна реалізація основана на попередньому навчанні, популяризації та масовому втіленні даних навичок в середовищі спеціалістів екстремального профілю.

Найбільш перспективним напрямком розвитку можливостей надання психологічної допомоги в бойових умовах є салютогенний (проактивний) підхід та реалізація концепції ешелонованої організації психологічної допомоги, розробка та втілення в бойову підготовку військовослужбовців програми психологічної підготовки, а також створення бойового психологічного активу з кількості командного складу та найбільш авторитетних та психологічно стійких військових для роботи в умовах відсутності військового психолога.

Нами була розроблена програма психологічного супроводу, метою якої був психологічний супровід та навчання військових навичкам надання психологічної взаємодопомоги та самодопомоги під час виконання

службових обов'язків в зоні бойових, підвищення рівня психологічної стійкості військових.

Завдання програми:

1. Підвищення рівня психологічної грамотності військовослужбовців.
2. Формування у військових навичок саморегуляції та психофізіологічного відновлення, уявлення про бойовий стрес, при бойовій психічній травмі та видах девіантної поведінки в екстремальних ситуаціях.
3. Формування принципів надання психологічної допомоги.
4. Надання допомоги при гострих стресових реакціях.
5. Навчання військовослужбовців навичкам експрес-діагностики стану постраждалого.
6. Формування у військовослужбовців уявлення про вплив примусової ізоляції на психологічний стан та вміння їх регулювання.

Програма розрахована не менше ніж на 10 занять тривалістю 2-3 години. Може бути реалізована як у експрес-формі в межах бойового злагодження, так і у формі планової психологічної підготовки протягом навчального періоду. Програма див. додаток Є табл. 3.3.

Окремо хочеться звернути увагу на підготовку військовослужбовців до участі в бойових діях залежно від рівня їх нейротизму. Адже в нашому дослідженні був виявлений різний рівень нейротизму у військовослужбовців. Підготовка військовослужбовців залежно від рівня нейротизму повинна бути індивідуалізованою, оскільки рівень нейротизму має значний вплив на психологічний стан, стресостійкість і схильність до посттравматичних розладів.

Для осіб з низьким рівнем нейротизму (≤ 12), які мають стабільні типи темпераменту (сангвінік або флегматик), характерна емоційна стабільність, знижена тривога, агресія та ригідність. Вони демонструють високу стресостійкість і здатні краще справлятися з бойовим стресом. Тому програми підготовки для цієї групи повинні бути спрямовані на підтримку цієї стабільності, зміцнення впевненості в собі та розвиток командної

роботи. Важливо також зосередити увагу на підтримці фізичної витривалості та навичок управління стресом у стресових ситуаціях.

У свою чергу, для осіб з високим рівнем нейротизму (≥ 12), які частіше належать до типів темпераменту холериків або меланхоліків, характерна більша емоційна лабільність, схильність до тривоги, агресії, фрустрації та ригідності. Такі особи менш стійкі до стресу і мають більшу ймовірність розвитку посттравматичних розладів. Для цієї групи підготовка має включати спеціальні психологічні програми, спрямовані на зниження рівня тривоги та агресії, покращення емоційної саморегуляції та розвиток адаптивних стратегій поведінки в екстремальних умовах. Окрім того, необхідно організувати регулярні психологічні консультації та обстеження, щоб вчасно виявити можливі ознаки посттравматичних стресових розладів.

Таким чином, підготовка військовослужбовців повинна бути адаптована до індивідуальних психологічних особливостей кожної особи з урахуванням рівня нейротизму. Це дозволить не тільки зміцнити їхню стресостійкість, а й знизити ризики розвитку негативних психічних станів, таких як ПТСР.

Отже, психологічна робота з військовими даної категорії повинна будуватися за наступним планом:

1. Зниження прокрастинації. Мета роботи: покращення навички керування часом. Завдання роботи з військовими у цьому напрямку містять: оцінку причин прокрастинації, розвиток стратегій керування часом, подолання психологічних блоків.

Для оцінки причин прокрастинації можливе проведення консультацій та бесід. Індивідуальні консультації дозволяють виявити особисті бар'єри та стресові фактори, які викликають прокрастинацію. Робота в даному напрямку може містити цикл тренінгів.

2. Підвищення задоволеністю життям. Мета роботи: покращення загального психологічного благополуччя та задоволення життям. Основні завдання в роботі з військовими можуть містити: виявлення та визначення

життєвих цілей та цінностей; підвищення рівня психологічного здоров'я; надання підтримки в процесі прийняття рішень. За даним напрямком можливе застосування занять з елементами тренінгу, а також методів арт-терапії, які дозволять військовим з високим рівнем нейротизму звернутися всередину своєї особистості за допомогою творчості.

3. Розвиток часової перспективи. Мета: допомога в розвитку часової перспективи та значимості поточних подій. Основні завдання в даному напрямку можуть містити: формування поточних планів дій, розвиток саморегуляції, розвиток навичок самоорганізації.

3.2. Визначення можливих напрямків подальших досліджень та застосування результатів у військовій практиці

Підтвердження значного впливу рівня нейротизму на рівень бойового стресу, емоційну стабільність та схильність до посттравматичних розладів у військовослужбовців, дає можливість більш детально підійти до розуміння цих взаємозв'язків. Для розробки більш детальних методів підтримки військових, пропонується проведення подальших досліджень в декількох напрямках.

Одним із напрямків може бути дослідження взаємозв'язку нейротизму з іншими психічними характеристиками та факторами стресу. Так як нейротизм є однією з основних рис особистості, яка визначає схильність людини до переживання негативних емоцій, таких як тривога, депресія, дратівливість та стрем. Але нейротизм є лише одним із компонентів більш складної системи психічних характеристик особистості.

Для більш глибокого розуміння того, як ці характеристики впливають на стресостійкість та схильність до ПТСР, необхідно вивчити їх взаємозв'язок з іншими аспектами особистості, такими як екстраверсія, афективність відкритість до нового досвіду, соціальна адаптивність та інші психологічні фактори.

Дослідження взаємозв'язку нейротизму з екстраверсією є одним із важливіших, так як, екстраверсія визначає ступінь, до якого людина шукає соціальну взаємодію та відчуває себе енергійною у соціальних ситуаціях. Існує теоретична та емпірична підтримка того що комбінація високого рівня нейротизму та низької екстраверсії може призводити до більш високої вразливості до стресу і розвитку психологічних проблем, таких як депресія та тривожні розлади. Люди з високим нейротизмом зазвичай схильні до надмірної реакції на стрес, а низька екстраверсія може погіршувати їх здатність до адаптації, оскільки вони менш схильні до соціальної підтримки, що є важливим ресурсом для подолання стресу. [45]

Якщо розглядати це у військовому контексті це може означати, що військовослужбовці, які мають таку комбінацію можуть бути більш схильними до розвитку ПТСР, оскільки вони мають менше стратегій подолання стресових ситуацій і менш готові шукати допомогу в соціальних взаємодіях.

Наступним напрямком може бути дослідження взаємозв'язку нейротизму з афективністю. Емоційна чутливість або ж афективність, визначає здатність особи швидко реагувати на емоційні стимули та обробляти емоційні переживання. Високий рівень афективності може взаємодіяти з нейротизмом, збільшуючи схильність до емоційних коливань і підвищеної реактивності на стресові ситуації. Такі люди можуть бути більш чутливими до емоційних травм і частіше переживати негативні емоції після стресових подій, що може збільшити ймовірність розвитку ПТСР. У військових умовах це може призвести до того, що люди з високим рівнем нейротизму, так і афективності будуть більш уразливими до стресу, маючи значні труднощі з емоційною регуляцією та контролем.

Третім напрямком може бути дослідження відкритості до нового досвіду та її ролі у стресостійкості. Знову ж таки важливим аспектом є зв'язок між нейротизмом до нового досвіду. Відкритість до нового досвіду характеризує здатність людини до адаптації та інтересу до нових ідей,

ситуацій і досвіду. Люди з високим рівнем відкритості зазвичай краще справляються з новими ситуаціями і менш схильні до стресу, оскільки мають більше когнітивних та емоційних ресурсів для адаптації до змін. Тим часом люди з високим нейротизмом можуть мати складнощі в ситуаціях невизначеності або зміни, так як схильні до негативних емоційних реакцій. Саме тому важливо вивчити, чи може комбінація високого нейротизму і низької відкритості до нового досвіду збільшувати ризик розвитку ПТСР, оскільки така особистісна комбінація може обмежувати здатність до адаптації в умовах бойових дій [85].

Не менш важливою є роль соціальної підтримки в контексті взаємодії нейротизму з іншими психічними характеристиками. Дослідження показують, що наявність сильної соціальної мережі та підтримки може пом'якшувати вплив стресу та знижувати ризик розвитку психологічних розладів, включаючи ПТСР. Однак люди з високим нейротизмом часто мають труднощі в соціальних взаємодіях, що може обмежувати їх можливості для отримання підтримки в складних ситуаціях. Тому важливо вивчити, як соціальна підтримка може допомогти людям з високим рівнем нейротизму та низькою екстраверсією або іншими подібними рисами особистості краще справлятися зі стресом.

Таким чином вивчення взаємозв'язку нейротизму з іншими психічними характеристиками є важливим кроком для розробки більш точних та індивідуалізованих підходів до оцінки ризиків стресових реакцій та розвитку ПТСР серед військовослужбовців.

Наступним кроком у визначенні можливих напрямків буде розробка методик оцінки стресостійкості та психологічного стану військовослужбовців, адже результати дослідження підкреслюють важливість індивідуальних психологічних характеристик, зокрема рівня нейротизму, у реакціях на стрес. Це відкриває важливу потребу в удосконаленні методик оцінки стресостійкості та психологічного стану військовослужбовців, що є критично важливим для розробки

персоналізованих програм психологічної підтримки. Така підтримка може значно покращити адаптацію військових до бойових умов та ефективно сприяти їхньому відновленню після участі в бойових діях.

Сьогодні існують різноманітні психологічні тести та шкали, які дозволяють вимірювати рівень стресу та стресостійкості, проте багато з них не завжди враховують індивідуальні психологічні особливості, такі як рівень нейротизму, темперамент, емоційну стабільність або соціальні умови. Потрібно створити методи, які дозволяють більш точно оцінювати стресостійкість, враховуючи ці фактори.

Одним із варіантів може бути використання комплексних опитувальників, які включають шкали, спрямовані не лише на вимірювання рівня стресу, а й на вивчення поведінкових і емоційних реакцій на стресові ситуації. Це дозволить точніше прогнозувати, як певні особистісні риси впливають на здатність до подолання стресових ситуацій, а також визначити рівень стресостійкості на різних етапах бойової підготовки та служби.

Ще одним важливим аспектом є уточнення впливу різних типів стресових ситуацій на психічний стан військовослужбовців. Стрес може бути не лише постійним, але й епізодичним, і саме цей фактор потребує додаткового вивчення. Постійний стрес, характерний для тривалих бойових дій, може мати кумулятивний ефект, в той час як короточасні, але інтенсивні стресові ситуації (наприклад, конкретні бойові зіткнення) можуть викликати більш гостру реакцію організму. Важливо дослідити, як різні типи стресу впливають на психологічний стан військових, зокрема на рівень тривожності, депресії та схильність до розвитку посттравматичних розладів.

Це дозволить розробити більш диференційовані підходи до оцінки стресу, залежно від характеру стресових факторів. Наприклад, для військових, які постійно перебувають у зоні бойових дій, може бути необхідною більш глибока і тривала психологічна підтримка, спрямована на

запобігання хронічному стресу, тоді як для тих, хто стикається з короткотривалими епізодичними стресами, можуть бути ефективніші техніки управління стресом та когнітивно-поведінкові стратегії.

Одним із найбільш перспективних напрямків подальших досліджень є врахування психофізіологічних характеристик, які також впливають на стресостійкість. Наприклад, необхідно дослідити, як фізичний стан, включаючи рівень фізичної підготовленості, може взаємодіяти з психологічними аспектами стресостійкості. Фізична витривалість і здатність до швидкого відновлення після фізичних навантажень можуть значно покращити здатність організму витримувати стрес, знижуючи загальний рівень стресової реакції та підвищуючи стресостійкість.

У зв'язку з цим, розробка інструментів для комплексної оцінки стресостійкості повинна включати не лише психологічні, але й фізіологічні аспекти. Це дозволить створити більш точні моделі передбачення стресових реакцій у бойових умовах та розробити більш ефективні програми тренувань і реабілітації для військових.

Створення точніших методик оцінки стресостійкості дозволить розробити індивідуалізовані підходи до психологічної підтримки військовослужбовців. Так як різні особистісні характеристики, такі як рівень нейротизму, екстраверсія, емоційна стабільність та соціальна адаптивність, можуть суттєво впливати на сприйняття стресу, важливо розробити інструменти, які дозволяють персоналізувати психологічну допомогу.

Для цього можна впроваджувати методи психодіагностики, які дозволяють не лише оцінювати рівень стресу, а й ідентифікувати найбільш уразливі аспекти психічного стану кожного військовослужбовця. Наприклад, військовослужбовці з високим рівнем нейротизму можуть потребувати специфічних методів, які зосереджені на зниженні тривоги та покращенні емоційної регуляції, в той час як особи з високою екстраверсією

можуть краще реагувати на групову психологічну підтримку та методи командної адаптації до стресу.

Ще одним важливим аспектом є регулярне оцінювання ефективності застосовуваних методів психологічної підтримки та адаптації до бойових умов. Це допоможе корегувати стратегії допомоги в реальному часі та адаптувати їх до змінюваних умов. Оцінка має включати не лише короткострокову ефективність, але й довгострокові результати, такі як зниження рівня тривоги, стресу та проявів ПТСР після завершення бойових дій.

Важливо зазначити, що розробка точних методик для оцінки стресостійкості та психологічного стану військовослужбовців є ключовим етапом у покращенні процесу психологічної підтримки. Ці методики дозволяють не лише виявляти потенційні проблеми на ранніх стадіях, але й розробляти індивідуальні плани підтримки та інтервенцій для кожного військовослужбовця.

Висновки до третього розділу

У представленому розділі дослідження була проведена всебічна розробка практичних рекомендацій, що стосуються психологічної підтримки військовослужбовців, а також визначено перспективні напрями для майбутніх наукових досліджень. Важливість врахування індивідуальних особливостей особистості військових у контексті подолання бойового стресу та запобігання посттравматичним стресовим розладам (ПТСР) стала однією з основних тем цього розділу. Це підкреслює необхідність більш глибокого аналізу психоемоційного стану військових, а також важливості персоналізованих підходів у наданні психологічної допомоги.

Розроблені рекомендації показали, що психологічна підтримка військовослужбовців повинна бути організована на кількох рівнях та включати як індивідуальні, так і групові форми роботи. Запропоновані

методики, серед яких виділяються когнітивно-поведінкова терапія, раціональна психотерапія, арт-терапія і групові підходи, орієнтовані на розвиток стресостійкості, сприяють покращенню емоційної регуляції і адаптації військовослужбовців до екстремальних бойових умов. Також було підкреслено важливість залучення командного складу до профілактичної роботи. Цей підхід дозволяє забезпечити постійний моніторинг психологічного стану особового складу, що в свою чергу дає можливість оперативно реагувати на зміни в емоційному стані військових і надавати необхідну підтримку.

Аналіз, проведений у рамках цього розділу роботи, наголошує на значущості рівня нейротизму як важливого фактора, що впливає на стресостійкість, емоційну стабільність та схильність до розвитку ПТСР. Військовослужбовці, у яких спостерігається підвищений рівень нейротизму, проявляють більшу чутливість до стресових ситуацій, що вимагає індивідуалізації підходів до їхньої підготовки та психологічної підтримки. Для таких осіб були розроблені спеціалізовані програми, спрямовані на зниження тривожності, розвиток адаптивних поведінкових стратегій і формування навичок саморегуляції, які можуть суттєво підвищити їхню психологічну стійкість.

У рамках подальших досліджень важливо зосередитись на вивченні взаємозв'язків між нейротизмом та іншими психологічними характеристиками, такими як екстраверсія, афективність, відкритість до нового досвіду та соціальна адаптивність. Це дозволить розширити наше розуміння механізмів впливу особистісних рис на стресостійкість військових, що, в свою чергу, допоможе у створенні більш оптимізованих психологічних інтервенцій. Додатково, доцільно вивчати вплив різних типів стресу (хронічного та епізодичного), а також фізіологічних факторів на психологічний стан військовослужбовців. Такі дослідження сприятимуть розробці більш диференційованих підходів до оцінки та підвищення їхньої стійкості до психологічних навантажень.

Отже, результати цього розділу формують міцну основу для вдосконалення системи психологічної допомоги у військових формуваннях. Реалізація запропонованих рекомендацій відіграє ключову роль у підвищенні адаптаційного потенціалу військовослужбовців, зміцненні їхньої стресостійкості та мінімізації ризиків розвитку ПТСР. Це забезпечить високий рівень психологічної готовності військових до виконання бойових завдань, що особливо актуально в умовах сучасного ведення бойових дій, коли психологічний стан військовослужбовців може істотно впливати на ефективність виконання їхніх обов'язків.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі було виконано комплексне дослідження, спрямоване на вивчення впливу типу нервової системи на стан бойового стресу в учасників бойових дій. Це дослідження є важливим внеском у розуміння того, як індивідуальні особливості нервової системи впливають на адаптацію та реакцію військовослужбовців на бойові стресори, що допомагає покращити ефективність психологічної підтримки в умовах війни. Досягнення поставленої мети забезпечено виконанням таких завдань:

1. Огляд понять «типи нервової системи» та «бойовий стрес».

У результаті теоретичного аналізу було визначено, що типи нервової системи є ключовими характеристиками, що визначають індивідуальні реакції людини на стресові ситуації. Тип нервової системи впливає на рівень стресостійкості, здатність до адаптації та емоційну стабільність. Вивчення типів нервової системи дозволяє краще розуміти, чому одна людина може впоратися з екстремальними умовами бойових дій, а інша — ні. Бойовий стрес, в свою чергу, є багатофакторним процесом, який включає фізіологічні, психологічні та емоційні реакції організму на екстремальні умови, що виникають під час бойових дій, і впливає на поведінку, прийняття рішень, а також на психологічний стан учасників бойових дій.

2. Характеристика фізіологічних та психологічних аспектів стресу, а також механізмів адаптації в умовах бойових дій.

Виявлено, що стрес є результатом поєднання фізіологічних і психологічних реакцій організму на різноманітні стресори. Основними стресорами для військових є тривалі бої, втрати побратимів, поранення та сімейні труднощі. У дослідженні також визначено, що стрес проявляється на різних рівнях — від фізіологічних змін, таких як підвищення рівня кортизолу, до психологічних реакцій, таких як тривога, депресія та посттравматичні розлади. Механізми адаптації військових до бойових умов включають розвиток стресостійкості, саморегуляції та здатності швидко відновлювати

психологічну рівновагу після стресових ситуацій. Адаптація виявляється у здатності організму підтримувати ефективність, мінімізуючи негативний вплив стресу.

3. Ознайомлення з типами нервової системи та їхнім впливом на реакцію на стрес у контексті бойових дій. Виявлено, що тип нервової системи визначає не тільки загальний рівень стресостійкості, але й здатність до адаптації в екстремальних ситуаціях. Особистості з сильною, врівноваженою нервовою системою демонструють кращі результати в умовах бойового стресу, меншу схильність до паніки та тривожності. Натомість особи з слабкою нервовою системою (високий рівень нейротизму) мають підвищену чутливість до стресових ситуацій, що може призвести до розвитку тривоги, фрустрації та агресії. Це також підтверджує важливість індивідуального підходу до психологічної підтримки військовослужбовців, в залежності від їхнього типу нервової системи.

4. Дослідження впливу типу нервової системи на стан бойового стресу та аналіз практичних можливостей використання отриманих результатів.

Емпіричне дослідження, проведене серед 21 військовослужбовця, показало, що рівень нейротизму безпосередньо впливає на схильність до бойового стресу та розвитку посттравматичних стресових розладів (ПТСР). Військовослужбовці з високим рівнем нейротизму продемонстрували низьку стресостійкість, вищі рівні тривожності, агресії та інших негативних психічних станів. Дослідження підтвердило, що ці люди мають більшу схильність до розвитку ПТСР після пережитих бойових ситуацій. Це відкриває можливості для розробки спеціалізованих програм психологічної підтримки, орієнтуючись на особливості нервової системи військовослужбовців, зокрема для тих, у кого виявляються ознаки підвищеного нейротизму.

Практичне значення результатів цього дослідження полягає у створенні обґрунтованих рекомендацій для вдосконалення системи психологічної підтримки військовослужбовців. Враховуючи результати дослідження, розробка програми психологічної підтримки повинна включати як індивідуальні, так і групові методики, що сприяють зниженню рівня тривожності, поліпшенню стресостійкості та психологічному відновленню учасників бойових дій. Особливе значення мають методи когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії та раціональної психотерапії, які спрямовані на покращення емоційного стану, зниження психічної напруги та відновлення внутрішнього балансу військових. Ці методики, адаптовані під індивідуальні потреби кожного військовослужбовця, дозволяють ефективно подолати негативні наслідки бойового стресу та допомагають швидше відновитися після психологічних травм.

Результати дослідження також сприяють глибшому розумінню механізмів адаптації військовослужбовців до складних умов бойових дій. Зокрема, було визначено важливість типу нервової системи як фактору, що впливає на індивідуальні реакції на бойовий стрес та здатність до стресостійкості. Завдяки отриманим даним, можна точніше визначати рівень схильності до розвитку посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та створювати цільові програми психологічної допомоги, що забезпечують швидку та ефективну підтримку військових, сприяючи мінімізації ризиків виникнення психологічних проблем в умовах війни.

Окрім того, результати дослідження можуть бути використані для вдосконалення психологічної допомоги в рамках військових формувань, спрямованої на підвищення адаптаційного потенціалу військовослужбовців. Це дозволяє створювати умови для більш ефективної психологічної підтримки на всіх етапах бойових дій — від початкового навчання до перебування в безпосередньому контакті з бойовими умовами. Запропоновані рекомендації можуть стати основою для розробки індивідуальних програм психологічного супроводу, що включають

персоналізовані підходи в залежності від типу нервової системи військових. Ці програми можуть не лише покращити стресостійкість, але й допомогти значно знизити ризики розвитку ПТСР, забезпечуючи високий рівень психологічної готовності до виконання бойових завдань і сприяючи збереженню психічного здоров'я військовослужбовців в екстремальних умовах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А. Негативні психічні стани військовослужбовців у бойових умовах: класифікація, визначення, ідентифікація. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологічні науки. 2016. № 2 (4). С. 5–23.
2. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
3. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації) / Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Н.А. Агаєв, О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, В.В. Поливанюк, О.В. Еверт. К.: НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с.
4. Алещенко В. І. Посттравматичний стрес військовослужбовців – учасників бойових дій: психологічний аналіз. Вісник Київського національного університету ім. Т. Шевченка. Військово-спеціальні науки. 2015. № 1 (32). С. 5–10.
5. Анатомо-фізіологічні основи нервової системи: методичні рекомендації до проведення практичних занять та виконання самостійної роботи для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 053 «Психологія» / Укладачі В.А.Дуфинець, І.І. Штих. Мукачево: МДУ, 2021. 33 с.
6. Бардин Н. М., Жидецький Ю. Ц., Кіржецький Ю. І. та ін. Стресостійкість : навчальний посібник. за ред. Я. М. Когути. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 204 с.
7. Блінов О.А., Вернік О.Л. Встановлення проявів ознак посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців. Військова

психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи». К.: КНУ імені Тараса Шевченка, 2019. С. 33-35.

8. Блінов О.А. Організаційно-методичні рекомендації управління бойовим стресом військовослужбовців / Інтеграційний розвиток особистості та суспільства: психологічний і соціологічний виміри: матеріали міжнарод. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 31 травня – 1 червня 2018 року). Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія»; Фенікс, 2018. С. 37-41.

9. Блінов О.А. Особливості прояву бойового стресу в поранених комбатантів та шляхи корекції його наслідків. Філософськосоціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах (Київ, 7 червня 2018 р.) Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняховського. К.: НУОУ, 2018. С. 33-36.

10. Блінов О.А. Діагностика бойового стресу за допомогою опитувальника ОБСБ. Вісник Національного університету оборони України. 2022. С.5–18.

11. Блінов О. А. Бойова психічна травма : монографія / О. А. Блінов. – К. : Талком, 2019. – 700 с.

12. Бойовий та оперативний стрес у військово-професійній діяльності офіцерів-лідерів : збірник матеріалів науково-практичного семінару (м. Київ, 27 квітня 2023 р.). Київ : НУОУ імені Івана Черняховського, 2023. 149 с.

13. Бондарев Г., Круть П. Основи військової психології: навч. посіб. Харків: нац. ун-т внутр. справ, 2020. 272с.

14. Васильєва Г.В., Колеснік Н.В. Емоційні та поведінкові порушення в наслідок ПТСР. Габітус. 2021. № 30. С.65–69.

15. Взаємозв'язок особистісних рис з копінг-стратегіями в учасників операції об'єднаних сил/ М. Yarmolchuk та ін. Journal of scientific papers «social development and security». 2021. Т. 11, №4. С.140–148.
16. Галич М., Галич Я. Детермінанти появи й особливості виявів психічних поведінкових порушень в умовах воєнного стану. Юридична психологія. 2023. Vol. 32, no. 1. P. 51–59.
17. Гаркуша І.В., Кайко В.І. Детермінанти стійкості військових ЗСУ до бойового стресу. Bulletin of alfred nobel university. series «pedagogy and psychology». 2019. Т. 1, № 17. С. 61–68.
18. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS). Інформаційний портал MozOk.ua URL: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2711-gospitalna-shkala-trivogi--depres-HADS> (дата звернення: 31.08.2024).
19. Грицевич Т. Л., Капінус О. С., Мацевко Т. М., Ткачук П. П. Соціально-психологічні технології управління військовими колективами : навч.-метод. посіб. Львів : НАСВ, 2018. 256 с
20. Дегтяренко Т. В., Бринза І. В. Методологія єдності психологічного і психофізіологічного підходів в оцінці індивідуально-типологічних особливостей людини. Психофізіологія та медична психологія. 2023. №48. С.185–193.
21. Дегтяренко Т.В., Пікалова Т.А. Співставлення основних властивостей нервової системи з показниками нейротизму у студентів-першокурсників. Актуальні проблеми психології особистості : теорія, досвіт, практика: Матеріали Всеукр. науково-практ. конф., м.Одеса, 28–29 квіт. 2022р./ ред. О.П. Саннікова; ПНПУ імені К. Д. Ушинського, каф. загальної та диференціальної психології соціально-гуманітарного факультету. Одеса, 2022. С. 106–112.
22. Дегтяренко Т. Психофізіологія індивідуальних відмінностей. історичні концепції. Наука і освіта: наук.-практ. журнал. 2020. №3. С.64–73.

23. Дикун В.Г., Мороз В.М., Стасюк В.В. Методологічні дослідження морально-психологічного стану особового складу військ: навч.-метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2023. 383с.
24. Дослідження психології ортобіозу людини: колект. монографія/ наук. ред Проф Н. В. Родіна. Київ: Ліра-К, 2021. 234с.
25. Дягтяренко Т., Орлик Н., Костюк О. Психофізіологія індивідуальних відмінностей. Історичні концепції. Наука і освіта: наук.-практ. журнал. 2020. № 3. С. 64–73.
26. Зв'язок індивідуально-типологічних особливостей з адаптацією до умов служби військовослужбовців Повітряних Сил Збройних Сил України. М.Yarmolchuk та ін. Journal of scientific papers «social development and security». 2022. Т.12, №4. С.85–94.
27. Здоровець О.М. Методи саморегуляції поведінки в стресових ситуаціях. Вісник Київського інституту бізнесу та технологій. 2019. Вип. №3 (41), спец.вип. С.130–131.
28. Іванова Н., Андрусишин Ю. Психологічні детермінанти стресостійкості військовослужбовців в умовах впливу психотравмуючих чинників. Вісник Національного університету оборони України. 2023. С.72–78.
29. Іонов І.А. Фізіологія вищої нервової діяльності. навчальний посібник І.А Іонов. Т.Є Комісов. А.В Мамотенко. С.О Шаповалов. Сукач О.М. Теремецька Н.Ф. Катеринич О.О. ФОП Петров В.В. Х.: 2017. 143 с.
30. Кириченко А.В. Модель психологічної готовності військовослужбовця десантно-штурмових військ до діяльності в бойових умовах. Габітус. 2022. №38. С.59–63.
31. Клочко А., Семенець-Орлова І. Бойовий стрес як детермінанта порушень ментального здоров'я в умовах війни. Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я. 2024. №1 (15). Р.91–95.
32. Когут О.О. Детермінанти стресостійкості особистості. Psychological gornal. 2021. Т.7, №5(49). С.120–128.

33. Когут О.О. Психологія стресостійкості особистості: автореф. дис д-ра психол. наук: 19.00.07. Переяслав, 2021. 47с.
34. Когут О. Матриця розвитку стресостійкості особистості. Наукові записки національного університету «Острозька академія»: серія психологія. 2021. Vol.1. Р.108–113.
35. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
36. Кокун О. М., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій : метод. посіб. Київ – Одеса : Фенікс, 2022. 88 с.
37. Кононова М., Кучма Т. Сутність стресу як психологічної категорії. Молодий вчений. 2020. № 1 (89). С.28–32.
38. Кравченко К. О., Тімченко О. В., Широбоков Ю. М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції: монографія / К. О. Кравченко, О. В. Тімченко, Ю. М. Широбоков. Харків.: НУЦЗУ, ФОЛ Мезіна В. В., 2017. 186 с.
39. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія В. М. Крайнюк. К.: Ніка-Центр, 2017. 432 с.
40. Кумар В., Аббас А.К., Астер Дж. К. Основи патології за Роббінсоном: пер. 10 англ. вид. :у 2 т. Т. 2/ наук ред. пер. І.Сорокіна; : С.Гичка, І.Давиденко. Київ: ВСВ «Медицина», 2020. 532с.
41. Лефтеров В. Особистісно-професійний розвиток фахівців екстремальних видів діяльності засобами психологічного тренінгу. Психологія і суспільство. 2012, № 2. URL: <http://dspace.tneu.edu.ua/handle/316497/24813>
42. Матейко Н. Особливості стресу та емоційного вигорання в умовах бойових дій. Grundlagen der modernen wissenschaftlichen forschung. 2021. С.32-35.

43. Михайлишин У., Нестерова І. Вплив темпераменту на стресостійкість у юнацькому віці. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2022. №2(58). С.137–159.

44. Мотиваційні ресурси стресостійкості військовослужбовців підрозділів Національної гвардії України з конвоювання, екстрадиції та охорони підсудних: монографія. Н.В. Юр'єва, В.І. Пасічник Х.: Національна академія НГУ, 2017. 226 с.

45. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

46. Неведомська Є. О. Анатомія та фізіологія нервової системи: навч. посіб. для практичних робіт для студ. вищ. навч. закл. К. : Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2017. 40 с.

47. Неурова А., Ромашин А. Психологія індивідуальної роботи з військовослужбовцями. Київ, 2023. 335с.

48. Орос М.М., Гал А.В. Стрес, дистрес, його види та корекція. Ліки України. 2021. №.7(253). Р.32–35.

49. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник О.М. Кокур, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

50. Підручник «Психологія стресу» Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 78 с.

51. Пліско В.І. Формування готовності професіонала до діяльності за умов, небезпечних життя: на матеріалах суб'єкт-суб'єктної діяльності: монографія. К. Науковий світ. 2020. 304 с.

52. Попелюшко Р.П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації. Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка. Київ, 2015. Т. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 13. С. 198-207.

53. Посттравматичний стресовий розлад, метаболічний синдром і вегетативна нервова система/ В.А.Сергієнко та ін. Ендокринологія. 2023. Т.28, №4. С.377–392.

54. Потапчук, Є. М. Соціально-психологічні основи збереження психічного здоров'я військовослужбовців : дис... д-ра психол. наук: 19.00.09 / Потапчук Євген Михайлович ; Національна академія держ. прикордонної служби України ім. Богдана Хмельницького. Хмельницький, 2004. 429 с.

55. Приходько І. І. Система профілактики та контролю бойового стресу у військовослужбовців. Сучасний стан розвитку екстремальної та кризової психології: IV Міжнародна науково-практична конференція. Х.: НУЦЗУ, 2017.

56. Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE). 2020. 91 с.

57. Психологічні засади ефективності службово-бойової діяльності військовослужбовців військової служби за контрактом внутрішніх військ МВС України : монографія / Я. В. Мацегора, В. І. Воробйова, І. І. Приходько та ін. Х. : Акад. ВВ МВС України, 2013. 326 с.

58. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. Уклад. О. Ю. Овчаренко. К. : Університет «Україна», 2023. 266 с.

59. Психологічний стрес: розвиток і подолання: комплекс навчальнометодичного забезпечення для підготовки аспірантів за спеціальністю 053 «Психологія» Укл.: Ложкін Г.В., Блохіна І.О. К. : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2016. 32 с.

60. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: навч. посіб./ Р.П. Федоренко та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 236с.

61. Пузирьов Є., Ізвєков В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. сер. психологія. 2023. №1. С.203–209.

62. Радченко О. Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. Здоров'я України.. Інформація для спеціалістів охорони здоров'я - Health-ua. URL: <https://health-ua.com/neurology/mizdisciplinari-problemi/71356-teorya-stresu-ta-filosofsk-poglyadigansasel-znachennya-dlya-suchasno-meditcin> (дата звернення: 31.08.2024).

63. Сельє Г. Стрес без дистресу. Пер. з англ. О.: Грейс. 2018. 326 с.

64. Стасюк В., Українець В. Історико-психологічний аналіз феномену стресу. Вісник Національного університету оборони України. 2023. С.126–133.

65. Стрес. Формування стресостійкості особистості: корекційно-розвиткова програма / уклад. О. І. Михайлова. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2022. 55 с.

66. Татьянчиков А.О. Основи психосоматики та психогенетики: навчально-методичні рекомендації (в допомогу до самостійної роботи для здобувачів вищої освіти ступеня магістра факультету психології, політології та соціології). Одеса : Фенікс, 2020.

67. Тімченко, О. В. Професійний стрес працівників органів внутрішніх справ України (концептуалізація, прогнозування, діагностика та корекція) : дис. д-ра психол. наук : спец. 19.00.06 «Юридична психологія» / Тімченко Олександр Володимирович. Х., : 2023. 427 с.

68. Тімченко О. В. Проблема психологічної готовності військового фахівця до екстреної дії в стані емоційного стресу : автореф. дис. . канд. пси- хол. наук : 19.00.01. Харків, 1995. 24 с.

69. Токар М. Стрес і його джерела Психолог. 2017. № 38. С.9-12.

70. Тюріна В.О., Солохіна Л.О. Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я людини: короткий огляд зарубіжних досліджень. Особистість, суспільство, війна: тези доп. учасників міжнар. психол. форуму, м.Харків, 15 квіт. 2022р. Харків, 2022. С.116–118.

71. Тютюнник Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. Вісник Національного університету оборони України. 2020. Т.55, №2. С.106–115.

72. Тютюнник Л. Способи формування стресостійкості особистості. Вісник Національного університету оборони України. 2022. С.182–189.

73. Фізіологія центральної нервової системи: підручник / М.Ю. Макарчук, Т.В. Куценко. К.: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2011. 335 с.

74. Чернокульский С. Т. Анатомия центральной нервной системы. Навчально- методичний посібник з анатомії людини. К. : Книга плюс, 2010. 160 с.

75. Шаран Ю. В. Психофізіологічні детермінанти стресостійкості особистості. Актуальні проблеми психології. Том V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. за ред. С.Д. Максименка. К.: ДП «Інформаційно аналітичне агенство», 2017. вип. 7. С. 143–148.

76. Шиделко А. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. Перспективи та інновації науки. 2022. №1 (6).

77. Шишин А., Пономаренко Т. Психологічні особливості стресостійкості особистості в умовах невизначеності. Вісник львівського університету. серія психологічні науки. 2023. №16. Р.64–71.

78. Ярмольчук М.О. Агресія та тривожність як детермінанти вибору копінг-стратегій військовослужбовців під час декомпресії. Наукові записки Таврійського національного В.І. Вернадського, серія Психологія. 2021. № 2. С.109–114.

79. Genetics of psycho-emotional well-being: genome-wide association study and polygenic risk score analysis/ A.Y.Yakovchik et al.Frontiers in psychiatry. 2024. Vol.14. URL:<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1188427>(date of access: 31.08.2024).

80. Individual stress response patterns: preliminary findings and possible implications/ R.Jacoby et al.Plos one. 2021. Vol.16, no.8. P.e0255889.
81. Kardiner, A. The traumatic Neurosis of War. N.Y.: Heber, 1941. – P. 86-89.
82. Kardiner, A. Spiegel H. War Stress and Neurotic lines. N.Y., 1947. – P. 325-330.
83. Lee R.S. The physiology of stress and the human body's response to stress. Epigenetics of stress and stress disorders. 2022. P.1–18.
84. Liberati A.S., Perrotta G. Neuroanatomical and functional correlates in post-traumatic stress disorder: a narrative review. Ibrain. 2024.
85. Schneider M., Schwerdtfeger A. Autonomic dysfunction in posttraumatic stress disorder indexed by heart rate variability: a meta-analysis. Psychological medicine. 2020. Vol.50, no. 12. P. 1937–1948.
86. Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). «A Critical Review of the Job Demands-Resources Model: Implications for Improving Well-Being and Performance.»

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця 1.1

Основні стрес-фактори

Фізіологічні фактори	Фактори середовища та мешканців	Когнітивні фактори	Емоційні фактори
Недосипання	Холод, жар, вологість, запиленість	Інформація: надлишок чи нестача	Новий колектив, нові службові обов'язки
Зневоднення	Вібрація, шум, вибухи	Сенсорна депривація чи перенавантаження	Ізоляція, самотність
Недоїдання	Шкідливі домішки в атмосфері	Неоднозначність невизначеність, непередбачуваність ситуації	Страх та погрози смерті, уражень, пошкоджень, поранень, втрат
Недостатність гігієни	Вплив обладнання та озброєння	Ліміт часу	Втрати, які викликають горе
М'язова та аеробна втома	Іонізуюча радіація	Залучення у необхідність прийняття непростих рішень	Образа, гнів, ярость, розчарування та почуття провини
Гіпер- чи гіподинамія	Інфекційні агенти	Необхідність прийняття рішень які протирічать моралі та совісті в умовах відсутності вибору	Бездія, яка породжує сум
Імунні порушення	Фізичні навантаження та перенавантаження	Організаційна динаміка та часті зміни	Конфлікт чи розщеплення мотивів та лояльності
Захворювання або поранення	Обмежена видимість	Виявлення непорядку у підрозділі	Духовні протиріччя чи сумніви, які призводять до втрати
Сексуальне	Пересічна,	Вирішення задач,	Міжособистісні

утримання	важкодоступна місцина	які перевершують рівень знань, вмінь та підготовки	конфлікти в оточенні чи підрозділу
Вживання тютюну, алкоголю, наркотиків, кофеїнів	Вплив підвищеного чи зниженого атмосферного тиску	Попередні помилки та невдачі	Туга за домом, сімейні проблеми. Необхідність вбивати
Переїдання			Недолік приватності
Погана фізична форма			Домагання та віктимізація

Додаток Б

ОС ПТСР О.А. Блінова

№ з\п.	Запитання	Відповіді
1.	Ваша діяльність проходила в умовах загрози для життя?	Так
		Ні
2.	Ви швидко реагуєте на різкі звуки, що нагадують травматичні події минулого?	Так
		Ні
3.	Ви відчуваєте відчуженість до інших людей?	Так
		Ні
4.	Вам достатньо невеликої дрібниці щоб почати гніватися?	Так
		Ні
5.	Ви намагаєтеся уникати спогадів про травматичні події?	Так
		Ні
6.	Ви відчуваєте провину за деякі речі що робили раніше?	Так
		Ні
7.	Ви маєте проблеми зі сном?	Так
		Ні

Обробка результатів.

3 позитивні відповіді потребують поглибленого обстеження військовослужбовця на предмет можливого ПТСР.

4 і більше позитивних відповідей – вказують на наявність ПТСР.

При роботі з опитувальником респондента просять відповідати «так», якщо він згоден із заданим йому запитанням і відповідати «ні», якщо він не згоден. Далі підраховується кількість питань на які були дані позитивні відповіді.

Додаток В

ОБСБ О.А. Блінова

Оцінка бойового стресу (в балах) здійснюється за трьома рівнями, а саме:

1. Бойовий стрес низької інтенсивності. Вважається таким, коли отримуються результати від 1,0 до 2,66 бала (самий високий рівень адаптованості військовослужбовця до дії стрес-факторів).

2. Бойовий стрес середньої інтенсивності. Результат – від 2,66 до 3,91 бала (середній рівень адаптованості).

3. Бойовий стрес високої інтенсивності. Результат від 3,91 до 5,0 балів (самий низький рівень адаптованості до дії бойових стресорів).

Розподіл питань опитувальника здійснюється наступним чином.

Субшкала № 1. Призначена для діагностики гострих стресових розладів (ГСР) і посттравматичних стресових розладів (ПТСР); використовуються питання за № 1, 5, 9, 13, 17, 21, 23 (разом 7 питань). Відповіді, які отримали високу оцінку за цією субшкалою (5 балів) вказують на ймовірність наявності ГСР або ПТСР (залежно від часу з моменту критичного інциденту).

Субшкала № 2. Представлена ресурсним блоком (РБ). Сукупність питань, які розкривають спроможність військовослужбовця долати стресові ситуації на когнітивному, афективному та поведінковому рівнях. Питання за № 2 характеризує рівень віри людини. Питання за № 6 характеризує спроможність респондента використовувати афективні та емоційні методи. Питання за № 10 характеризує соціальність (спілкування) людини. Питання за № 14 характеризує уяву респондента. Питання за № 18 характеризує когніції (переконання, розсудливість) спроможність людини використовувати свої ресурси. Питання за № 22 і № 24 надають характеристику фізичної активності респондента. Всього разом 7 питань.

Питання субшкали № 2 у порівнянні з питаннями інших субшкал мають зворотній зміст. Чим вищий рівень ресурсу позитивної спрямованості позначається респондентом тим нижча повинна бути бальна оцінка.

Субшкала № 3. Для визначення впливу стрес-факторів, що безпосередньо емоційно впливають на особистість військовослужбовця (ФБЕВ) використовуються питання за № 3, 7, 11, 15, 19 (разом 5 питань).

Субшкала № 4. Для визначення впливу стрес-факторів, що опосередковано емоційно впливають на особистість військовослужбовця (ФОЕВ) використовуються питання за № 4, 8, 12, 16, 20 (разом 5 питань). Питання за № 16, 20 розкривають вплив фізіологічного стану респондента на його самопочуття.

В опитувальнику надані три основні стадії розвитку стресу для поглибленого ознайомлення з отриманими результатами. Також пропонується ознайомитися з таблицею змін у психічних сферах особистості (дивись Таблицю А), а також визначити особливості проявів стресових розладів за часовими характеристиками (дивись Таблицю Б).

Перша стадія. Стрес низького рівня у військовослужбовців (від 1,0 до 2,66 бала). Це аларм-стадія, або «мобілізація по пожежній тривозі», коли відбувається мобілізація адаптаційних ресурсів організму. На цій стадії людина знаходиться в стані напруженості і настороженості. Це, свого роду,

підготовка до наступного етапу, тому іноді першу стадію називають «передстартовою готовністю». Триває від декількох годин до двох діб і включає дві фази: 1) фаза шоку – загальний розлад функцій організму внаслідок психічного потрясіння або фізичного пошкодження, у результаті бойової діяльності. 2) фаза «протишоку». При достатній силі стресора фаза шоку закінчується загибеллю організму, протягом перших годин або днів. Якщо адаптаційні можливості організму здатні протистояти стресору, то настає фаза протишоку, де відбувається мобілізація захисних реакцій організму. Фізично і психологічно людина почувається добре, перебуває в піднесеному настрої. Жоден організм не може постійно перебувати в стані тривоги. Якщо стресогенний фактор дуже сильний або продовжує свою дію, настає наступна стадія.

Друга стадія. Стрес середнього рівня (від 2,66 до 3,91 бала). Вона співвідноситься зі стадією резистентності (опору). Складається зі збалансованого витрачання адаптаційних резервів, підтримується існування організму в умовах підвищених вимог до його адаптаційних можливостей. Тривалість періоду опору залежить від вродженого потенціалу швидкої адаптації до умов життєдіяльності, стресостійкості людини і від сили діючих стрес-факторів. Відповідь організму залежить не тільки від дії подразника, в його якості може виступати будь-який предмет, явище або значима інформація, також грають важливу роль внутрішні і зовнішні умови життєдіяльності.

Людина розвиває оптимальну енергію, пристосовуючись до обставин, що змінюються. Почуває себе цілком стерпно, хоча вже без душевного підйому, характерного для першої фази. Людина ніби «впрацювалася» і готова до більш-менш тривалого зусилля з подолання труднощів. Однак іноді відчувається, що накопичилася втома. Якщо ж стресор продовжує діяти ще довше, настає третя стадія. Ця стадія призводить, або до стабілізації стану та одужання, або, якщо стресор продовжує діяти й надалі, змінюється останньою стадією – виснаження.

Третя стадія. Стрес високого рівня (від 3,91 до 5,0 балів). Співвідноситься зі стадією виснаження (утратою резистентності). На цій стадії енергія вичерпана, фізіологічний і психологічний захист виявляється зламаним. Існує невідповідність стресогенних впливів середовища і відповідей організму на його вимоги. Людина не має більше можливості захищатися. На відміну від першої стадії, коли стресовий стан організму веде до розкриття адаптаційних резервів і ресурсів стан третьої стадії більше схожий на «заклик про допомогу», яка може прийти тільки ззовні – або у вигляді підтримки, або у вигляді усунення стресора, що виснажує організм. Якщо на першій та другій стадії діагностуються деякі ознаки ГСР і ПТСР, то на третій стадії вони об'єднуються вже в цілісний комплекс (синдром).

Інструкція опитувальника бойового стресу

Будь ласка, ознайомтеся із запропонованими питаннями для відповідей. Виберіть такий варіант власної думки із запропонованої п'ятибальної шкали, що найбільш розкриває її зміст. В бланку відповідей в кожній колонці праворуч від порядкових номерів позначте вибрану вами цифру:

- 5 – абсолютно вірно;
- 4 – скоріше, вірно;
- 3 – частково вірно, частково невірно;
- 2 – скоріше, невірно;
- 1 – абсолютно невірно.

Текст опитувальника

1. Моя діяльність проходила в умовах загрози для життя.
2. У мене немає традицій і ритуалів, яких я люблю дотримуватися.
3. Несподіваність сприяє виникненню непередбачуваної поведінки.
4. Моя діяльність в умовах дефіциту часу приводила інколи до негативних наслідків.
5. Я швидко реагую на різкі звуки, що нагадують травматичні події минулого.

6. Я рідко відчуваю турботу близьких людей.
7. Нестандартний перебіг подій задає багато клопоту.
8. Підвищення мною темпу дій сприяє швидкому розвитку втоми.
9. Я намагаюся уникати спогадів про травматичні події.
10. Для мене не важлива взаємна допомога та підтримка.
11. Я втрачаю самовладання коли бачу невідповідальність посадових осіб.
12. Надлишок інформації ускладнює процес адаптації.
13. Я відчуваю провину за деякі вчинки, що робив раніше.
14. Імпровізація не моя стихія.
15. Згадка про діяльність в екстремальних умовах викликає у мене негативні емоції.
16. Виконання декількох справ одночасно підвищує ризик помилок в управлінні.
17. Інколи я відчуваю відчуженість до людей.
18. Для мене не важлива точна оцінка ситуації.
19. Буває, що я втомлююсь від служби.
20. Я вважаю, що недостатній рівень злагодженості колективу приводить до зайвих проблем.
21. Достатньо невеличкої дрібниці, щоб я почав гніватися.
22. Я не використовую фізичні, дихальні та м'язові практики у боротьбі зі стресом.
23. Я маю проблеми зі сном.
24. Для мене немає різниці між фізичною активністю і періодами відпочинку.

Порядок визначення бальної оцінки інтегрального показника бойового стресу здійснюється наступним чином. Спочатку підраховується загальна кількість балів за всі нараховані бали питань опитувальника. Потім підраховується їх середнє арифметичне значення. Отриманий результат заноситься в бланк відповідей.

Таблиця змін у психічних сферах особистості

Рівні стресу	Характеристика	Психічні сфери		
		Когнітивна	Афективна	Поведінкова
Низький	Розкриття адаптаційних ресурсів та резервів	Адекватне оцінювання обстановки	Здатність керувати своїми емоціями	Стан «стартової готовності» і початок наполегливої служби
Середній	Витрати ресурсів і резервів	Напружена робота свідомості з ознаками втоми у вигляді проблем з пам'яттю, швидкістю обробки інформації та ін.	Фіксуються окремі прояви неконтрольованих емоцій	Стабільність поведінки з ознаками легкої дратівливості, депресивності або агресивності
Високий	Потребує зовнішньої допомоги у вигляді підтримки або у формі усунення стресора, який виснажує організм	Ознаки професійного вигорання: Психофізичні: відчуття постійної втоми, часті головні болі без причини, повне або часткове безсоння та ін.; Соціально-психологічні:	Ознаки емоційного вигорання: Фізичні: фізична втома, виснаження, безсоння, та ін.; Емоційні: брак емоцій, песимізм, байдужість та ін.; Поведінкові: байдужість до харчування; нещасні випадки – падіння, травми, аварії, тощо;	Вектор змін поведінки від глибокої депресії і загальмованості до ауто і зовнішньої агресії на оточуючих.

		байдужість, нудьга, пасивність та депресія, підвищена дратівливість, часті неврози та ін.; Поведінкові: відчуття, що служба стає все важчою, а виконувати її – все важче; невіра в покращення, байдужість до результатів та ін.	Інтелектуальні: зниження інтересу до альтернативних підходів у вирішенні проблем, апатія, втрата інтересу до життя та ін.; Соціальні: низька соціальна активність, зниження інтересу до дозвілля та ін.	
--	--	---	---	--

Класифікація стресових розладів за часовими характеристиками

Гострий стресовий розлад	Діагностується в період від двох до одного місяця після травматичного інциденту
Посттравматичний стресовий розлад	Діагностується не раніше, ніж через місяць. ПТСР виникає після ГСР або латентного періоду, який може тривати від кількох тижнів до 6-ти місяців або до кількох років. Перебіг ПТСР визначається як гострий, коли симптоми зберігаються впродовж менше трьох місяців, і хронічний, коли симптоми зберігаються три і більше місяці. У випадках, коли початок симптомів спостерігається через 6 місяців після травматичної події, розлад визначається як ПТСР з пізнім проявом.

Додаток Г**Опитувальник Айзенка на визначення типу темпераменту**

Вам буде запропоновано кілька питань про особливості вашої поведінки у різних умовах та ситуаціях. Це не випробування розуму чи здібностей, тому немає відповідей добрих чи поганих. Ми зацікавлені у правдивих відповідях. Зміст окремих питань не аналізується, важливим є лише підсумковий результат. На запитання слід відповідати по черзі, не повертаючись до попередніх відповідей. Працюйте швидко, не витрачайте надто багато часу на обмірковування відповіді – найцікавіша ваша перша реакція. На запитання можна відповісти "так" чи "ні". Вибрану вами відповідь на кожне запитання слід зазначити у бланку для відповідей. Не пропускайте будь-якого питання. Починайте!

1. Чи часто Ви відчуваєте потяг до нових вражень, щоб відволіктися, випробувати сильні відчуття?

2. Чи часто ви відчуваєте, що потребуєте друзів, які можуть вас зрозуміти, схвалити чи поспівчувати?

3. Чи вважаєте себе безтурботною людиною?

4. Чи важко вам відмовлятися від своїх намірів?

5. Чи обмірковуєте ви свої справи не поспішаючи і волієте зачекати, перш ніж діяти?

6. Чи завжди ви стримуєте свої обіцянки, навіть якщо вам це не вигідно?

7. Чи часто у вас бувають спади та підйоми настрою?

8. Чи швидко ви зазвичай дієте і кажете, чи не витрачаєте багато часу на обмірковування?

9. Чи виникало у вас колись почуття, що ви нещасні, хоча жодної серйозної причини на це не було?

10. Чи правда, що "на суперечку" ви здатні зважитися на все?

11. Чи турбуєтеся ви, коли хочете познайомитися з людиною протилежної статі, яка вам симпатична?
12. Чи буває коли-небудь, що, розлютившись, ви виходите з себе?
13. Чи часто необдуманно, під впливом моменту?
14. Чи часто вас турбують думки про те, що вам не слід було щось робити чи говорити?
15. Чи волієте ви читати книги зустрічам з людьми?
16. Чи правда, що вас легко зачепити?
17. Чи любите ви часто бувати у компанії?
18. Чи бувають у вас такі думки, якими не хотілося ділитися з іншими людьми?
19. Чи правда, що іноді ви настільки сповнені енергії, що все горить у руках, а іноді ви відчуваєте сильну млявість?
20. Чи намагаєтеся ви обмежити коло своїх знайомств невеликою кількістю найближчих людей?
21. Чи багато ви мрієте?
22. Коли на вас кричать, чи відповідаєте тим самим?
23. Чи вважаєте ви свої звички добрими?
24. Чи часто у вас виникає відчуття, що ви чимось винні?
25. Чи здатні ви іноді дати волю своїм почуттям і безтурботно розважитися з веселою компанією?
26. Чи можна сказати, що часто у вас нерви бувають натягнуті до краю?
27. Чи славитеся ви за людину веселу і живу?
28. Після того, як справа зроблена, чи часто ви подумки повертаєтеся до неї і думаєте, що могли б зробити краще?
29. Чи відчуваєте себе неспокійно, перебуваючи у великій компанії?
30. Чи буває, що ви передаєте чутки?
31. Чи буває, що вам не спиться через те, що в голову лізуть різні думки?

32. Що ви надаєте перевагу, якщо хочете щось дізнатися: знайти це в книзі або запитати у друзів?

33. Чи бувають у вас сильні серцебиття?

34. Чи подобається вам робота, яка потребує зосередження?

35. Чи бувають у вас напади тремтіння?

36. Чи завжди ви говорите тільки правду?

37. Чи буває вам неприємно перебувати в компанії, де всі жартують один з одним?

38. Чи дратівливі ви?

39. Чи подобається вам робота, яка потребує швидкої дії?

40. Чи правда, що вам часто не дають спокою думки про різні неприємності і «жах», які могли б статися, хоча все скінчилося благополучно?

41. Чи правильно, що ви неквапливі в рухах і дещо повільні?

42. Чи запізнювалися ви колись на роботу чи зустріч із кимось?

43. Чи часто вам сняться кошмари?

44. Чи правда, що ви так любите поговорити, що не втрачаєте будь-якої нагоди поговорити з новою людиною?

45. Чи турбують вас якісь болі?

46. Чи засмутилися б ви, якби не змогли довго бачитися з друзями?

47. Чи можете ви назвати себе нервовою людиною?

48. Чи є серед ваших знайомих такі, які вам явно не подобаються?

49. Чи могли б ви сказати, що ви впевнена в собі людина?

50. Чи легко вас зачіпає критика ваших недоліків, чи вашої роботи?

51. Чи важко вам отримати справжнє задоволення від заходів, у яких багато людей бере участь?

52. Чи турбує вас почуття, що ви чимось гірше за інших?

53. Чи зуміли б ви внести пожвавлення в нудну компанію?

54. Чи буває, що ви говорите про речі, в яких зовсім не знаєтеся?

55. Чи турбуєтеся ви про своє здоров'я?

56. Чи любите ви пожартувати з інших?

57. Чи страждаєте ви безсоння?

Ключ:

Екстраверсія:

"ТАК" на №№ 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53,

"НІ" – №№ 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51. (Відповідь "ТАК" на питання цієї нумерації - показник інтроверсії.)

НЕЙРОТИЗМ:

"ТАК" – №№ 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

ШКАЛА ХИБНИХ ВІДПОВІДІВ:

"ТАК" – № 6, 24, 36;

"НІ" - № 12, 18, 30, 42, 48, 54.

Екстраверсія - інтроверсія:

більше 19 - яскравий екстраверт,

більше 15 - екстраверт,

більше 12 - схильність до екстраверсії,

12 - середнє значення,

менше 12 - схильність до інтроверсії,

менше 9 - інтроверт,

менше 5 - глибокий інтроверт.

Нейротизм:

більше 19 – дуже високий рівень нейротизму,

більше 13 – високий рівень нейротизму,

9 - 13 – середнє значення,

менше 9 – низький рівень нейротизму.

Брехня:

більше 4 – нещирість у відповідях, що свідчить також про деяку демонстративність поведінки та орієнтованість випробуваного на соціальне схвалення, менше 4 – норма.

Опис шкал Екстраверсія – інтроверсія. Характеризуючи типового екстраверта, автор зазначає його товариськість і зверненість індивіда зовні, широке коло знайомств, необхідність контактів. Він діє під впливом моменту, імпulsивний, запальний, безтурботний, оптимістичний, добродушний, веселий. Віддає перевагу руху і дії, має тенденцію до агресивності. Почуття та емоції не мають суворого контролю, схильний до ризикованих вчинків. На нього не завжди можна покластися. Типовий інтроверт – це спокійна, сором'язлива, інтроективна людина, схильна до самоаналізу. Стриманий і віддалений від усіх, окрім близьких друзів. Планує та обмірковує свої дії заздалегідь, не довіряє раптовим спонуканням, серйозно ставиться до прийняття рішень, любить у всьому порядок. Контролює свої почуття, його нелегко вивести із себе. Має песимістичність, високо цінує моральні норми. Нейротизм Характеризує емоційну стійкість чи нестійкість (емоційна стабільність чи нестабільність). Нейротизм, за деякими даними, пов'язаний із показниками лабільності нервової системи. Емоційна стійкість – характеристика, що виражає збереження організованої поведінки, ситуативної цілеспрямованості у традиційних і стресових ситуаціях. Характеризується зрілістю, відмінною адаптацією, відсутністю великої напруженості, занепокоєння, а також схильністю до лідерства, комунікабельності. Нейротизм виражається у надзвичайній нервовості, нестійкості, поганій адаптації, схильності до швидкої зміни настроїв (лабільності), почутті винності та занепокоєння, стурбованості, депресивних реакціях, неувважності, нестійкості у стресових ситуаціях. Нейротизм відповідає емоційність, імпulsивність; нерівність у контактах з людьми, мінливість інтересів, невпевненість у собі, виражена чутливість, вразливість, схильність до дратівливості. Нейротична особистість характеризується неадекватно сильними реакціями по відношенню до стимулів, що їх викликають. У осіб із високими показниками за шкалою нейротизму у несприятливих стресових ситуаціях може розвинутися невроз. Коло Айзенка.

Пояснення до малюнка «коло Айзенка»:

Сангвінік = стабільний + екстравертований

Флегматик = стабільний + інтровертований

Меланхолік = нестабільний + інтровертований

Холерик = нестабільний + екстравертований

Подання результатів за шкалами екстраверсії та нейротизму здійснюється за допомогою системи координат.

Інтерпретація отриманих результатів проводиться з урахуванням психологічних характеристик особистості, відповідних тому чи іншому квадрату координатної моделі з урахуванням ступеня вираженості індивідуально-психологічних властивостей і рівня достовірності отриманих даних. Залучаючи дані з фізіології вищої нервової діяльності, Айзенк висловлює гіпотезу про те, що сильний і слабкий типи, за Павловим, дуже близькі до екстравертованого та інтровертованого типу особистості. Природа інтроверсії та екстраверсії вбачається у вроджених властивостях центральної нервової системи, які забезпечують урівноваженість процесів збудження та гальмування. Таким чином, використовуючи дані обстеження за шкалами екстраверсії, інтроверсії та нейротизму, можна вивести показники темпераменту особистості за класифікацією Павлова, який описав чотири класичні типи: сангвінік (за основними властивостями центральної нервової системи характеризується як сильний, врівноважений, рухливий), холерик (неврівноважений, рухливий), флегматик (сильний, врівноважений, інертний), меланхолік (слабкий, невірноважений, інертний).

«Чистий» сангвінік (висока екстраверсія та низький нейротизм) швидко пристосовується до нових умов, швидко сходиться з людьми, товариський. Почуття легко виникають і змінюються, емоційні переживання зазвичай неглибокі. Міміка багата, рухлива, виразна. Дещо непосидючий, потребує нових вражень, недостатньо регулює свої імпульси, не вміє суворо дотримуватися виробленого розпорядку, життя, системи в роботі. У зв'язку

з цим не може успішно виконувати справу, що вимагає рівної витрати сил, тривалої та методичної напруги, посидючості, стійкості уваги, терпіння. За відсутності серйозних цілей, глибоких думок, творчої діяльності виробляються поверховість та непостійність.

Холерик (висока екстраверсія та високий нейротизм) відрізняється підвищеною збудливістю, дії уривчасті. Йому властиві різкість та стрімкість рухів, сила, імпульсивність, яскрава вираженість емоційних переживань. Внаслідок неврівноваженості, захопившись справою, схильний діяти щосили, виснажуватися більше, ніж слід. Маючи суспільні інтереси, темперамент виявляє в ініціативності, енергійності, принциповості. За відсутності духовного життя холеричний темперамент часто проявляється у дратівливості, ефективності, нестриманості, запальності, нездатності до самоконтролю за емоційних обставин.

Флегматик (висока інтроверсія і високий нейротизм) характеризується порівняно низьким рівнем активності поведінки, нові форми якого виробляються повільно, але є стійкими. Має повільність і спокій у діях, міміці та мовленні, рівності, сталості, глибини почуттів і настроїв. Наполегливий і завзятий «трудівник життя», він рідко виходить із себе, не схильний до афектів, розрахувавши свої сили, доводить справу до кінця, рівний у відносинах, в міру товариський, не любить даремно базікати. Економить сили, марно їх не витрачає. Залежно від умов в одних випадках флегматик може характеризуватись «позитивними» рисами — витримкою, глибиною думок, сталістю, обґрунтованістю тощо, в інших — млявістю, байдужістю до навколишнього, лінню та безволі, бідністю та слабкістю емоцій, схильністю до виконання одних лише звичних дій.

Меланхолік (висока інтроверсія та високий нейротизм). У нього реакція часто не відповідає силі подразника, є глибина і стійкість почуттів при слабкому їх вираженні. Йому важко довго на чомусь зосередитись. Сильні дії часто викликають у меланхоліку тривалу гальмівну реакцію (опускаються руки). Йому властиві стриманість та приглушеність моторики

та мови, сором'язливість, боязкість, нерішучість. У нормальних умовах меланхолік - людина глибока, змістовна, може бути хорошим трудівником, успішно справлятися з життєвими завданнями. За несприятливих умов може перетворитися на замкнуту, боязку, тривожну, раниму людину, схилу до важких внутрішніх переживань таких життєвих обставин, які зовсім на це не заслуговують.

Додаток Д

ОПИТУВАЛЬНИК «САМООЦІНКА СТАНІВ ТРИВОЖНОСТІ, ФРУСТРАЦІЇ, АГРЕСИВНОСТІ ТА РИГІДНОСТІ» (адаптований варіант методики Г. Айзенка) (Максименко, С. Д., Карамушка, Л. М., & Зайчикова, Т.

Загальна характеристика методики: Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» є адаптованим варіантом методики Г. Айзенка. Методика складається із 40 питань та спрямована на визначення рівня таких станів як тривожності, агресивності, фрустрації та ригідності.

Інструкція для учасників опитування: Дайте, будь ласка, оцінку зазначених психічних станів, які можуть виникати у Вас під час конфліктної ситуації, та зробіть позначку у відповідній колонці таблиці бланка для відповідей. Спробуйте, будь ласка, бути відвертими, пам'ятаючи, що Ваша відповідь має відображати реальний, а не бажаний психічний стан. Обробка та інтерпретація результатів: Усі твердження, що входять до складу тесту й описують психологічні стани особистості, поділяються на чотири парні групи:

- перша група (питання №№ 1–10) – характеризують тривожність;
- друга група (№№ 11–20) – фрустрацію;
- третя група (№№ 21–30) – агресивність;

• четверта група (№№ 31–40) – ригідність. Відповіді респондентів, відповідно до визначеної групи, розподіляються за кожним психічним станом, після чого підраховується частота його виявлення у кожній групі.

Тривожність: 0–7 балів – Ви не тривожні. 8–14 балів – середня тривожність, рівень допустимий. 15–20 балів – Ви надто тривожні.

Фрустрація: 0–7 балів – Ви маєте високу самооцінку, стійкі до невдач і не боїтеся труднощів. 8–14 балів – середній рівень фрустрації. 15–20 балів – у Вас низька самооцінка, уникаєте труднощів, боїтеся невдач, остерігаєтеся конфліктів та гострих суперечок.

Агресивність: 0–7 балів – Ви спокійні й врівноважені. 8–14 балів – середній рівень агресивності. 15–20 балів – Ви агресивні, нестримані. Маєте труднощі в стосунках із людьми. Схильні до провокації конфліктів і конфліктних ситуацій.

Ригідність: 0–7 балів – ригідність відсутня. Вам властиві легкість і гнучкість у поведінкових реакціях і прийнятті рішень. 8–14 балів – середній рівень ригідності. 15–20 балів – сильно виражена ригідність. Вам протипоказані зміна робочого місця, а також зміни в житті, в стосунках з іншими людьми, оскільки це призводить до виникнення труднощів у спілкуванні, стресів, конфліктів, погіршення самопочуття.

Питання:

1. Не почуваюся впевненим
2. Нерідко червонію через дрібниці
3. Мій сон неспокійний
4. Легко впадаю в тугу
5. Турбуюся через неприємності, які існують поки що лише в моїй уяві
6. Мене лякають конфлікти
7. Люблю «порпатися» у власних недоліках
8. Мене легко переконати
9. Я самовразливий
10. Важко витримую час очікувань

11. Нерідко мені здається безвихідною ситуація, з якої насправді можна знайти вихід

12. Неприємності дуже мене засмучують

13. У разі великих неприємностей я схильний до самозвинувачувань

14. Нещастя й невдачі нічого мене не навчили

15. Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її марною

16. Я часто відчуваюся беззахисним

17. Іноді я відчуваю відчай

18. Зазнаю почуття розгубленості перед труднощами

19. Іноді, у важкі хвилини, поводжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли

20. Вважаю недоліки власного характеру невинними

21. Залишаю за собою останнє слово

22. Нерідко під час розмови перебиваю співрозмовника

23. Мене легко розсердити

24. Полюбляю робити зауваження

25. Прагну бути авторитетом для оточуючих

26. Не задовольняюся малим, хочу набагато більше

27. Коли розгніваюся, не вмію стримуватися

28. Люблю керувати, а не підпорядковуватися

29. Маю різку, грубувату жестикуляцію

30. Я мстивий

31. Мені важко змінювати звички

32. Важко переключаю увагу

33. Дуже насторожено ставлюся до всього нового

34. Мене важко переконати

35. Нерідко мене не залишають думки, яких варто було б позбутися

36. Важко сходжуся з людьми

37. Мене засмучує щонайменша зміна плану дій

38. Я неохоче йду на ризик

39. Гостро переживаю відхилення від установленого мною звичного режиму

40. Почуваюся на межі можливостей.

Додаток Є

Таблиця 3.3

Програма психологічного супроводу військовослужбовців

№ з\п	Тема	Складові
1. Інструкторсько-методичні заняття		
1.1.	Поняття про бойовий стрес та його вплив на організм	Поняття стресу та бойового стресу. Вплив стресу на організм.
1.2.	Фактори, які сприяють розвитку негативного стану військовослужбовців	Новизна, раптовість, дефіцит часу, високі навантаження, тривалі навантаження, невизначеність, ризик
1.3.	Зовнішні ознаки ГСР, БПТ та необхідності надання допомоги військовослужбовцям	Загальний вираз обличчя (міміка) та дихання, шкіряні вазомоторні реакції, координація рухів, стан нервово-м'язового апарату, пітливість шкіри обличчя та рук, спектрального-темпоральні показники мовлення, функція зору, зіниці очей, функції слезовиділення, симетричність очних щілин.
1.4.	Види ГСР та алгоритми допомоги	Плач, агресія, істерика, психомоторне збудження, апатія, страх, ступор, нервові тремтіння
1.5.	Ешелонованість (страти) надання допомоги військовослужбовцям	1 страта (зелена зона), 2 страта (жовта зона), 3 страта (помаранчева зона), 4 страта (червона зона).
1.6.	Принципи надання психологічної допомоги	Принципи: близькості, особистісного підходу, оперативності, короткочасності,

		простоти, забезпеченості, системності, твердості
2. Тренінгове заняття		
2.1.	Модель надання психологічної допомоги SIX Cs (Ізраїль)	Commitment (обов'язки), Challenge (завдання, прості задачі зростаючої складності), Cognition (пробудити когнітивну систему), Continuity (безперервність, хронологія проти сплутаності)
2.2.	Навчання військовослужбовців методам саморегуляції	Медитація усвідомлення, медитація контролю, ідеомоторне тренування, техніка глибокого дихання Віма Хофа, прогресивна м'язова релаксація, техніки керування емоціями
2.3.	Види девіантної поведінки військовослужбовців в умовах бойових дій та можлива шкода від них	Суїцид, мародерство, трусість, дезертирство, зрада, добровільна передача в полон, жорстке відношення по відношенню до насоеення, вживання ПАР, вбивство командирів та побратимів, братання з противником
2.4.	Релігійний копінг як психологічний ресурс військовослужбовця	Поняття копінг-поведінки, релігійний копінг як психологічний ресурс
2.5.	Захист від інформаційної протидії противника	Види інформаційного впливу, способи захисту від нього
2.6.	Вплив примусової ізоляції на психологічний стан людини	Психологічні особливості при примусовій ізоляції, способи самопомоги в таких ситуаціях
2.7.	Медикаментозні засоби підтримки функціонального стану	Седативні засоби та їх застосування, стимулюючі засоби та їх застосування
2.8.	Постановка та корекція короточасних та довготривалих життєвих цілей	Метод «Колесо життєвого балансу», тренінг Р. Гандапаса «Повноцінне життя як проєкт»