

МЕЛІТОПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО

Факультет фізичної культури, спорту та психології

Кафедра психології

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему **«Особливості психологічної допомоги ветеранам та  
військовослужбовцям зі статусом ВПО»**

Виконала: здобувачка вищої освіти  
групи М324-ф  
Спеціальність 053 Психологія  
ОП Клінічна та реабілітаційна психологія  
Рудніцька Анастасія Юріївна

Керівник: канд. психол. наук, доцент  
Прокоф'єва Олеся Олексіївна

Рецензент: канд. психол. наук,  
доцент кафедри соціальних та  
поведінкових дисциплін

Херсонського державного  
аграрно-економічного університету  
Московченко Валентина Валеріївна

**Рудніцька А.Ю.**  
**Особливості психологічної допомоги ветеранам та  
військовослужбовцям зі статусом ВПО»**

**АНОТАЦІЯ**

У кваліфікаційній роботі здійснено комплексне теоретико-емпіричне дослідження особливостей психологічної допомоги ветеранам та військовослужбовцям зі статусом внутрішньо переміщених осіб. Актуальність теми зумовлена тим, що поєднання бойового досвіду та вимушеного переміщення створює багаторівневий психотравмуючий вплив на особистість, що проявляється у порушенні психоемоційної рівноваги, труднощах адаптації до цивільного життя, зниженні ресурсності та підвищенні ризику посттравматичних реакцій.

У роботі проаналізовано психологічні особливості ветеранів і військовослужбовців з досвідом внутрішнього переміщення, визначено вплив бойового досвіду та переміщення на психоемоційний стан особистості, узагальнено світовий і національний досвід психологічної реабілітації таких осіб. Показано, що статус ВПО для ветеранів та військовослужбовців є не лише юридичною чи соціальною характеристикою, а й чинником, який змінює структуру переживання безпеки, контролю, ідентичності та життєвої перспективи.

Емпіричне дослідження проведено серед 30 чоловіків — ветеранів та діючих військовослужбовців зі статусом ВПО, які мають бойовий досвід та перебувають у процесі адаптації до цивільного життя. У роботі використано опитувальник GAD-7, опитувальник «Адаптивність-200», шкалу хронічного воєнного стресу, Міссісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій та методику «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка. Установлено наявність підвищеної тривожності, ознак посттравматичних реакцій, хронічного воєнного стресу, а також зниженого рівня адаптивності у значної частини респондентів.

На основі результатів дослідження розроблено та апробовано програму психологічної допомоги «Новий фронт: життя», спрямовану на стабілізацію психоемоційного стану, підвищення рівня стресостійкості, розвиток адаптивних ресурсів та підтримку процесу соціально-психологічної реінтеграції ветеранів і військовослужбовців зі статусом ВПО.

**Ключові слова:** ветерани, військовослужбовці, внутрішньо переміщені особи, психологічна допомога, адаптація, посттравматичні реакції, воєнний стрес, психоемоційний стан.

**Rudnitska A.Y.**

**Peculiarities of psychological assistance to veterans and military personnel with IDP status**

**ABSTRACT**

The qualification paper presents a comprehensive theoretical and empirical study of psychological support for veterans and military personnel with internally displaced person status. The relevance of the topic is determined by the fact that the combination of combat experience and forced displacement creates a multilayer traumatic impact on personality, manifested in emotional imbalance, adaptation difficulties, reduced psychological resources, and increased risk of post-traumatic reactions.

The paper analyzes the psychological characteristics of veterans and military personnel with displacement experience, identifies the influence of combat experience and forced migration on the psycho-emotional state, and summarizes international and national approaches to psychological rehabilitation of this category. It is shown that IDP status for veterans and military personnel is not only a legal or social characteristic, but also a factor that changes the perception of safety, control, identity, and future perspective.

The empirical study involved 30 men — veterans and active military personnel with IDP status who had combat experience and were adapting to civilian life. The findings revealed elevated anxiety, post-traumatic symptoms, chronic war stress, and reduced adaptability in a considerable number of respondents.

Based on the obtained results, the psychological support program “New Front: Life” was developed and tested. It is aimed at emotional stabilization, enhancement of stress resistance, strengthening adaptive resources, and supporting socio-psychological reintegration of veterans and military personnel with IDP status.

**Keywords:** veterans, military personnel, internally displaced persons, psychological support, adaptation, post-traumatic reactions, war stress, psycho-emotional state.

## РЕФЕРАТ

до кваліфікаційної роботи на тему

### **«Особливості психологічної допомоги ветеранам та військовослужбовцям зі статусом ВПО»**

здобувачки вищої освіти Мелітопольського державного педагогічного  
університету імені Богдана Хмельницького спеціальності 053 Психологія

**Рудницької Анастасії Юріївни**

**Науковий керівник** – канд. психол. наук, доцент кафедри психології  
Прокоф'єва Олеся Олексіївна

**Об'єкт дослідження** – психічний стан ветеранів та військовослужбовців зі  
статусом внутрішньо переміщених осіб.

**Предмет дослідження** – особливості психологічної допомоги ветеранам та  
військовослужбовцям зі статусом ВПО, спрямовані на підтримку їх  
психоемоційного стану та адаптацію до цивільного життя.

**Мета дослідження** – вивчення особливостей психологічної підтримки  
ветеранів та військовослужбовців зі статусом ВПО, а також розробка й апробація  
спеціалізованої психологічної програми, спрямованої на стабілізацію  
психоемоційного стану та підвищення адаптивних ресурсів.

**Завдання дослідження:** вивчити теоретичні підходи до психологічної  
допомоги ветеранам і військовослужбовцям; здійснити емпіричне дослідження  
психоемоційного стану ветеранів та військовослужбовців зі статусом ВПО;  
розробити психологічну програму допомоги ветеранам та військовослужбовцям  
зі статусом ВПО «Новий фронт: життя» та оцінити ефективність її реалізації.

**Методи дослідження:** GAD-7, «Адаптивність-200», шкала хронічного  
воєнного стресу, Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій,  
методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка; t-критерій Стьюдента.

**Практичне значення дослідження** полягає у можливості використання  
отриманих результатів у реабілітаційних центрах, військових підрозділах,

соціальних службах та громадських організаціях, які працюють із ветеранами та військовими зі статусом ВПО.

**Актуальність теми дослідження** визначається тим, що в сучасних умовах війни в Україні стрімко зросла кількість людей, які поєднують у власному життєвому досвіді два потужні кризові виміри: участь у бойових діях та вимушене внутрішнє переміщення. Для ветеранів та діючих військовослужбовців статус внутрішньо переміщеної особи означає не лише зміну місця проживання, а й глибоку трансформацію життєвого простору, соціальних зв'язків, системи опор, почуття безпеки та життєвої перспективи. Саме тому така категорія населення потребує окремої уваги з боку психологічної науки і практики.

У роботі показано, що досвід війни та досвід внутрішнього переміщення не просто додаються один до одного, а утворюють специфічну конфігурацію психотравмуючих впливів. Людина, яка бере участь у бойових діях або повертається з них, уже має справу з наслідками хронічного стресу, можливою втратою побратимів, порушенням базового відчуття безпеки, постійною психічною мобілізацією. Коли до цього додається вимушене переміщення, втрата звичного середовища, розрив соціальних зв'язків і необхідність будувати життя практично з нуля, психологічне навантаження зростає в кілька разів.

Теоретичний аналіз наукових джерел дозволив встановити, що статус ВПО для ветерана чи військовослужбовця має не лише соціально-правовий, а й виразний психологічний зміст. Він супроводжується почуттям тимчасовості, невизначеності, порушенням відчуття контролю над життям, кризою приналежності та нерідко — зниженням суб'єктивної життєвої компетентності. У роботі наголошено, що для осіб із бойовим досвідом ці переживання накладаються на вже наявну травматизацію, що робить процес адаптації особливо складним і нестабільним.

Особливе місце в роботі посідає аналіз психологічних наслідків вимушеного переміщення для військових та ветеранів. Переміщення нерідко активізує переживання втрати не лише фізичного простору, а й соціального

статусу, стабільності, звичних ролей та щоденної рутини. Порушується відчуття дому як місця емоційної безпеки. У поєднанні з військовим досвідом це може призводити до підвищеної дратівливості, тривожності, загостреного реагування на невизначеність, емоційної відчуженості або, навпаки, до станів надмірної напруги і виснаження.

У роботі також підкреслено, що психологічна допомога ветеранам і військовослужбовцям зі статусом ВПО повинна враховувати не лише індивідуальний психічний стан, а й ширший соціальний контекст. Йдеться про проблеми житлового облаштування, працевлаштування, відновлення соціальних зв'язків, входження у нові спільноти, підтримання сімейних ролей та подолання стигматизації. Усе це впливає на психоемоційну стабільність і визначає успішність адаптації не менше, ніж суто внутрішні психологічні чинники.

Окрему увагу в кваліфікаційній роботі приділено психоемоційному стану ветеранів та військовослужбовців зі статусом ВПО. Зазначено, що для них характерними можуть бути підвищена тривожність, ознаки посттравматичних реакцій, хронічний воєнний стрес, напруження, труднощі саморегуляції, переживання безсилля, ускладнення соціальної адаптації та криза життєвого планування. Таким чином, психологічна допомога цій категорії не може зводитися лише до симптоматичної підтримки; вона повинна охоплювати ширший контекст відновлення внутрішньої опори, адаптаційного ресурсу та почуття суб'єктності.

Емпіричне дослідження було проведене серед 30 чоловіків — ветеранів та діючих військовослужбовців Збройних Сил України зі статусом ВПО, які мали бойовий досвід та перебували у процесі адаптації до цивільного життя. Така вибірка дозволила зосередитися саме на тій категорії респондентів, для яких питання психологічної підтримки є особливо актуальним. Для дослідження використовувалися методики, що дозволили оцінити різні аспекти психоемоційного стану: рівень тривожності, ступінь адаптивності, вираженість хронічного воєнного стресу, наявність посттравматичних реакцій та суб'єктивну оцінку психічних станів.

Отримані результати засвідчили, що значна частина учасників дослідження має підвищену тривожність, ознаки хронічного воєнного стресу, труднощі з адаптацією та виражені посттравматичні реакції. Виявлені особливості вказують на те, що досвід вимушеного переміщення не є другорядним або зовнішнім тлом військового досвіду, а виступає окремим вагомим чинником психологічної дезадаптації. У роботі наголошено, що при відсутності цілеспрямованої психологічної допомоги така комбінація факторів може спричиняти поглиблення внутрішньої дезорганізації та ускладнювати процес соціально-психологічного відновлення.

Інтерпретація результатів емпіричного дослідження дозволяє говорити про специфічний профіль психологічної вразливості цієї категорії респондентів. Знижена адаптивність у поєднанні з високим рівнем воєнного стресу та посттравматичних реакцій свідчить про те, що такі особи потребують підтримки не лише на рівні індивідуального консультування, а й у межах більш тривалих програм супроводу, які передбачають стабілізацію, ресурсування, формування навичок саморегуляції та підтримку життєвого планування.

Особливу цінність дослідження становить те, що воно не обмежується описом проблеми, а переходить до побудови практичного інструменту допомоги. На підставі отриманих результатів розроблено та апробовано програму психологічної допомоги «Новий фронт: життя». Її зміст спрямований на стабілізацію психоемоційного стану, зниження рівня емоційної напруги, підвищення стресостійкості, розвиток адаптивних ресурсів, профілактику суїцидального ризику та підтримку реінтеграції у цивільне середовище.

У програмі поєднано психоедукаційні, підтримувальні та ресурсно-орієнтовані компоненти. Вона може включати роботу з усвідомленням власного стану, формуванням навичок саморегуляції, поступовим відновленням відчуття контролю над життям, опрацюванням досвіду вимушеного переміщення та пошуком нових смислів і життєвих орієнтирів. Важливо, що така допомога розглядається не лише як кризова підтримка, а як процес, спрямований на

відновлення цілісності особистості та її здатності до функціонування у нових умовах.

У практичному вимірі робота підкреслює необхідність міждисциплінарної взаємодії. Ефективна підтримка ветеранів і військовослужбовців зі статусом ВПО потребує участі психологів, соціальних працівників, кейс-менеджерів, медичних працівників, фахівців із працевлаштування та представників громадського сектору. Лише така скоординована допомога дає можливість працювати не тільки з наслідками психотравматизації, а й з умовами, у яких людина намагається відновити власне життя.

Теоретичне значення роботи полягає у поглибленні наукового розуміння того, як поєднання бойового досвіду та внутрішнього переміщення впливає на психоемоційний стан особистості. Практичне значення дослідження полягає в тому, що запропонована програма психологічної допомоги може бути використана психологами, соціальними працівниками, фахівцями центрів підтримки, ветеранських хабів та громадських організацій, які працюють із ветеранами й військовослужбовцями зі статусом ВПО.

Таким чином, кваліфікаційна робота доводить, що ветерани та військовослужбовці зі статусом внутрішньо переміщених осіб становлять окрему групу психологічного ризику, яка потребує спеціально організованої та тривалої психологічної допомоги. Розроблена програма «Новий фронт: життя» є практично значущим інструментом такої підтримки і може сприяти стабілізації психоемоційного стану, підвищенню адаптивності та полегшенню процесу реінтеграції.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ</b> .....	7
1.1. Психологічні особливості ветеранів і військовослужбовців з досвідом внутрішнього переміщення.....	7
1.2. Вплив бойового досвіду та переміщення на психоемоційний стан особистості.....	14
1.3. Світовий та національний досвід психологічної реабілітації військовослужбовців та ветеранів після бойових дій.....	21
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ВЕТЕРАНІВ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ДОСВІДОМ ВНУТРІШНЬОГО ПЕРЕМІЩЕННЯ</b> .....	29
2.1. Опис вибірки та методологічний інструментарій дослідження.....	29
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів проведеного дослідження.....	35
<b>РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОГРАМИ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ЗІ СТАТУСОМ ВПО «НОВИЙ ФРОНТ: ЖИТТЯ»</b> .....	53
3.1. Закордонні та вітчизняні моделі психологічної допомоги ветеранам та військовослужбовцям зі статусом ВПО.....	53
3.2. Теоретичне обґрунтування змісту та структури програми психологічної допомоги «Новий фронт: життя».....	58
3.3. Оцінка ефективності реалізації програми психологічної допомоги ветеранам та військовослужбовцям зі статусом ВПО.....	80
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	112
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	117
<b>ДОДАТКИ</b> .....	125

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Психологічна підтримка ветеранів та військовослужбовців зі статусом внутрішньо переміщених осіб (ВПО) є вкрай важливою у сучасних умовах збройного конфлікту в Україні. Військовий досвід, поєднаний із вимушеним переміщенням, створює унікальний комплекс психоемоційних викликів, що негативно впливають на психологічне здоров'я, соціальну адаптацію та якість життя цієї категорії населення. Внаслідок пережитого травматичного досвіду, багато ветеранів та військовослужбовців стикаються з підвищеним рівнем тривожності, посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), емоційним вигоранням, а також порушеннями соціальних зв'язків і професійної ідентичності.

В умовах сучасної військової агресії та масштабних переміщень населення питання розробки ефективних психокорекційних та реабілітаційних програм набуває особливої гостроти. Існуючі підходи вимагають адаптації до специфічних потреб ветеранів, військовослужбовців та ВПО, що мають складний психотравматичний досвід і унікальні умови життя. Незважаючи на наявність певних досліджень у цій сфері, відсутня комплексна, системна психологічна підтримка, яка б враховувала особливості внутрішньо переміщених військових та сприяла їхній ефективній соціальній інтеграції.

Отже, актуальність дослідження обумовлена потребою глибокого вивчення психоемоційного стану ветеранів та військовослужбовців зі статусом ВПО, визначення основних психосоціальних проблем і розробки науково обґрунтованих програм психологічної допомоги, що сприятимуть стабілізації психологічного стану та підвищенню якості життя цих осіб. Реалізація таких програм сприятиме зменшенню негативних наслідків травматичного досвіду, покращенню адаптації до цивільного життя та формуванню ресурсів для подальшого особистісного розвитку.

**Об'єктом** дослідження є психічний стан ветеранів та військовослужбовців зі статусом внутрішньо переміщених осіб.

**Предметом** дослідження є особливості психологічної роботи з ветеранами та військовослужбовцями зі статусом ВПО, спрямовані на підтримку їхнього психоемоційного стану та адаптацію до цивільного життя.

**Мета дослідження** – вивчення особливостей психологічної підтримки ветеранів та військовослужбовців зі статусом ВПО, а також розробка й апробація спеціалізованої психологічної програми, спрямованої на стабілізацію психоемоційного стану та підвищення адаптивних ресурсів.

Відповідно до поставленої мети були визначені такі **завдання дослідження**:

1. Вивчити теоретичні підходи до психологічної допомоги ветеранам військовослужбовцям.
2. Здійснити емпіричне дослідження психоемоційного стану ветеранів та військовослужбовців зі статусом ВПО.
3. Розробити психологічну програму допомоги ветеранам та військовослужбовцям зі статусом ВПО «Новий фронт: життя» та оцінити ефективність її реалізації.

**Методи дослідження.** З метою розв'язання означеної наукової проблеми та реалізації поставлених дослідницьких завдань було використано такі методи дослідження:

- *теоретичні*: дослідження, інтеграція, порівняння, систематизація та узагальнення наукових результатів сучасної науки з даної проблематики;
- *емпіричні*: опитувальник GAD-7 [36]; опитувальник (БОО) «Адаптивність-200» [2]; шкала хронічного воєнного стресу (ШХВС-Ц) [23]; Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) [2]; методика «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка) [17];
- *методи математичної обробки даних* – t-критерій Стьюдента для кількісного аналізу отриманих результатів.

**Експериментальна база дослідження.** Експериментальна база дослідження була сформована на основі вибірки, що складалася з 30 чоловіків – ветеранів та діючих військовослужбовців Збройних Сил України зі статусом внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які мають досвід участі у бойових діях та перебувають у процесі адаптації до цивільного життя після повернення із зони бойових дій. Експериментальна робота проводилася в рамках мережі підтримки для воїнів та їхніх близьких «Veteran Hub», яка надає підтримку ветеранам і внутрішньо переміщеним особам у 2024-2025 рр.

**Наукова новизна роботи** полягає у комплексному вивченні психоемоційного стану ветеранів та військовослужбовців зі статусом внутрішньо переміщених осіб із урахуванням особливостей їхнього бойового досвіду та вимушеного переміщення. У роботі вперше проведено системний аналіз проявів тривожності, стресостійкості, посттравматичних симптомів, поведінкових і соціальних адаптаційних механізмів цієї категорії військовослужбовців. Запропоновано та апробовано авторську програму психологічної підтримки, орієнтовану на зниження емоційного напруження та профілактику суїцидального ризику, що є важливим внеском у розвиток теоретичних і практичних підходів до реабілітації ветеранів з урахуванням їхніх унікальних соціально-психологічних характеристик.

**Теоретичне значення дослідження** полягає у розширенні наукового розуміння механізмів впливу бойового досвіду і внутрішнього переміщення на психоемоційний стан військовослужбовців. Дослідження систематизує сучасні теоретичні підходи до психологічної допомоги ветеранам, інтегрує їх із психодіагностичними інструментами, що дозволяє більш глибоко оцінювати особливості посттравматичних реакцій, рівня адаптивності та ризику дезадаптації. Сформульовані теоретичні положення можуть виступати підґрунтям для подальших наукових розвідок у галузі військової психології та психосоціальної реабілітації.

**Практичне значення результатів дослідження** полягає у розробці та впровадженні ефективної психологічної програми підтримки ветеранів та

військовослужбовців зі статусом ВПО, що сприяє стабілізації їхнього психоемоційного стану, підвищенню рівня стресостійкості та адаптивних ресурсів. Програма може бути використана у реабілітаційних центрах, військових підрозділах, соціальних службах і громадських організаціях, що працюють з цією категорією осіб. Результати дослідження також мають практичне значення для психологів, соціальних працівників та фахівців з реінтеграції, які надають психологічну допомогу ветеранам, сприяючи покращенню якості їхнього життя та успішній адаптації в суспільстві.

**Структура роботи.** Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 61 найменування, додатків на 44 сторінках. Основний зміст роботи викладений на 115 сторінках і містить 34 таблиці. Загальний обсяг роботи 170 сторінок.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВETERANAM TA BИЙСЬКОВОCЛУЖБОВЦЯM

#### **1.1. Психологічні особливості ветеранів і військовослужбовців з досвідом внутрішнього переміщення**

Явище вимушеного внутрішнього переміщення залишається однією з найактуальніших соціально-гуманітарних проблем в умовах збройного конфлікту в Україні. Внаслідок анексії Автономної Республіки Крим та тимчасової окупації окремих територій Донецької, Луганської, Запорізької, Харківської й Херсонської областей велика частина населення була змушена залишити місця постійного проживання та переміститися до більш безпечних регіонів держави.

Статус внутрішньо переміщеної особи в Україні надається громадянам, іноземцям або особам без громадянства, які легально перебувають на території держави та були змушені покинути місце свого постійного проживання внаслідок збройного конфлікту, порушень прав людини, окупації чи надзвичайних обставин. Водночас зазначені особи не залишають меж держави та не перетинають її кордон [8].

Особи зі статусом внутрішньо переміщених стикаються з широким спектром проблем, що зумовлює високий рівень психологічного напруження. Вимушена зміна місця проживання, втрата звичного життєвого укладу, матеріальних ресурсів, соціальних зв'язків та перспектив розвитку створюють сприятливе підґрунтя для виникнення різних форм психоемоційної дезадаптації.

На думку Е. Михлюка та І. Логовського, вимушена міграція розглядається як одна з форм кризового й екстремального стану, що супроводжується суттєвими трансформаціями особистості. Такий тип переселення має глибокий вплив на внутрішній світ людини, зумовлюючи зміни в системі цінностей, мотиваційній сфері, поведінкових стратегіях та загальних життєвих настановах.

Особи, які змушені покинути свою рідну землю, потрапляють у кризу, адже їхнє звичне життя руйнується миттєво, а майбутнє стає невизначеним. Науковці також зазначають, що процес вимушеного переселення є глибоко травматичним для психіки індивіда, оскільки охоплює як сам факт міграції, так і необхідність адаптації до нових соціокультурних умов. Такий досвід розглядається як екстремальна ситуація, що ставить особу в умови виживання та постійної боротьби з об'єктивно складними життєвими обставинами. Втрата звичних способів взаємодії з навколишнім середовищем змушує переселенців не лише формувати нові ціннісні орієнтири, переконання й поведінкові стратегії, а й здійснювати болісний відхід від попередніх установок [24].

Незважаючи на великий масштаб цього явища та його значний вплив на українське суспільство, психологічні характеристики внутрішньо переміщених осіб досі залишаються недостатньо дослідженими. Ретельне вивчення емоційних станів, стратегій подолання труднощів та можливостей адаптації ветеранів і військовослужбовців з досвідом переміщення є критично важливим для розробки ефективних програм психологічної підтримки та соціальної реінтеграції цієї вразливої групи населення.

Узагальнення наукових джерел засвідчує, що проблема внутрішньо переміщених осіб є предметом дослідження як вітчизняних, так і зарубіжних науковців. Зокрема, в українському науковому дискурсі висвітлюються різні аспекти зазначеної тематики: психоемоційний стан переселенців у контексті адаптації в іншій країні (зокрема, на прикладі Німеччини) [29], психологічні чинники життєстійкості ВПО [24], проблематика інтеграції та пристосування внутрішньо переміщених осіб до умов нових територіальних громад [13], правове та соціальне розуміння ВПО як категорії вимушених мігрантів [21], психосоціальне благополуччя даної категорії населення [7], емоційна сфера переселенців [33], аспекти психічного здоров'я внутрішньо переміщених і вимушених осіб [3], а також процес трансформації ідентичності в умовах соціокультурної адаптації та інтеграції в приймаючі громади [6].

Значущий внесок у дослідження проблематики внутрішньо переміщених осіб представлено в монографії В. Кердивара та В. Христенка «Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб з територій, що зазнали локальних воєнних конфліктів», де висвітлено глибинні психологічні наслідки вимушеного переселення та травматичного досвіду. У своїй праці автори аналізують психологічні характеристики ВПО з Донбасу, що виникли внаслідок збройного конфлікту між Україною та росією. Зокрема, вони розглядають концепцію синдрому жертви, його основні ознаки, методи діагностики та фактори, які сприяють його розвитку [14].

Психологічний вплив примусового переміщення також вивчали закордонні науковці С. Siriwardhana, В. Roberts, R. Stewart [54; 55], Z. Steele, T. Chey [57], K. Murray, G. Davidson, R. Schweitzer [50], P. Andersson [44], D. Somasundaram [56]. Згідно з результатами дослідження, у ВПО частіше виявляються тривожні розлади, низька самооцінка, фобії, схильність до зловживання психоактивними речовинами, депресивні стани та суїцидальні настрої. Дослідження L. Horowitz та S. Strack підтверджують, що рівень психічних розладів серед переселенців вищий порівняно з корінним населенням [46].

Попри значну увагу дослідників до різноманітних аспектів, пов'язаних з ВПО, таких як життєстійкість, адаптація, інтеграція в нових громадах, психосоціальне благополуччя, емоційний стан, психічне здоров'я та трансформація ідентичності, питання узагальнення та систематизації наявних знань щодо психологічних характеристик ветеранів і військовослужбовців з досвідом переміщення залишається недостатньо дослідженим.

Згадані вище дослідники вказують, що всі аспекти особистості, зокрема мотиваційна, когнітивна, емоційна та поведінкова сфери, піддаються впливу в умовах вимушеного переселення ветеранів і військовослужбовців. У мотиваційній сфері знижується рівень прагнень, самооцінка стає нестабільною, і виникають екзистенційні проблеми, що можуть призвести до втрати інтересу до життя. У когнітивній сфері спостерігається погіршення пізнавальних процесів, таких як увага, пам'ять та мислення. Емоційна сфера може зазнати змін, що

проявляються в байдужості, апатії та агресивності. У поведінковій сфері можуть виникнути труднощі в налагодженні позитивних соціальних взаємодій. У результаті таких змін виникнення кризи ідентичності є ймовірним, що може призвести до глибоких трансформацій в структурі особистості [14].

Не менш важливо відзначити, згідно з дослідженнями В. Педоренка, що серед психоемоційних труднощів у ВПО часто виявляються симптоми стресу і стресових розладів, фрустрація, агресія, невпевненість, ригідність, а також відчуття сорому та провини [29].

З. Спринська зазначає, що внутрішньо переміщені особи часто переживають психологічні труднощі, пов'язані з перенесеним стресом та необхідністю переселення. Для підтвердження цього, авторка провела дослідження, яке показало, що ВПО мають такі характерні риси: сором'язливість, депресивні та невротичні прояви, стресові реакції, уникання соціальних контактів, тривожність, низька самооцінка, апатія, швидка втомлюваність, проблеми в соціальній взаємодії, а також знижена стійкість до стресових ситуацій. Крім того, ветерани і військовослужбовці, що пережили переміщення, часто демонструють підвищену психопатизацію, що призводить до імпульсивних вчинків. ВПО можуть нехтувати соціальними нормами, зневажливо ставитись до думок інших, проявляти егоцентризм та мати труднощі з адаптацією до нових умов [35].

Продовжуючи розгляд психоемоційного стану ветеранів і військовослужбовців з досвідом переміщення, варто відзначити, що ці особи часто переживають емоції, такі як страх, тривога і почуття безвиході. Тривога, що супроводжує переселенців від самого початку їхнього переселення, може тривати досить довго, будучи спричинена дезорієнтацією та невизначеністю. Люди з високим рівнем тривоги зазвичай схильні до когнітивних спотворень, що проявляються у негативній оцінці власних можливостей та подій, а також у відчутті власної неповноцінності і очікуванні негативної реакції з боку оточення [14].

Цікавим є спостереження С. Волошина, згідно з яким у багатьох ВПО відзначається зниження самооцінки та прагнень, а також високий рівень тривожності, пасивність, сумніви щодо власних можливостей і значне небажання брати участь у процесах соціалізації [5].

Доцільно також звернути увагу на точку зору О. Солдатової, яка стверджує, що вимушене переміщення може бути фактором, що сприяє розвитку різних психічних розладів, таких як невроз, депресія, психастенія, параноїдні та шизоїдні стани. У переселенців часто спостерігається незадоволеність новими умовами життя та оточенням, що може призвести до погіршення емоційного стану, зростання почуття апатії, пригніченості та безпорадності [34].

Вимушене переселення має значний екстремальний вплив на особистість, оскільки супроводжується ситуаціями, які викликають психологічний дискомфорт та погіршення емоційного фону. Процес тривалої адаптації до нових умов, обмеження свободи та ізоляція можуть призвести до кризи ідентичності, що проявляється у складнощах прийняття нових реалій та інтеграції в нове соціальне середовище [26]. Примусове переміщення може викликати відчуття неповноцінності, що в свою чергу може призвести до порушення світогляду та основних структур особистості. Ступінь змін у процесі ідентичності залежить від різних чинників, таких як можливості для самореалізації, економічні та політичні умови, ставлення місцевого населення, індивідуальні особливості внутрішньо переміщених осіб, а також наявність соціальної підтримки [14].

Продовжуючи розгляд попередньої думки, варто звернути увагу на визначення кризи ідентичності за О. Солдатовою. Це стан, коли індивід втрачає відчуття себе і розуміння своєї ролі в навколишньому світі. Пережиті травми руйнують основу ідентичності, що веде до зниження самооцінки та ускладнень у визначенні своїх цінностей, цілей і життєвих ролей. В результаті трансформується уявлення про світ, яке формується з самого дитинства, охоплюючи різноманітні погляди, переконання і зв'язки. Важливим чинником, що сприяє успішній адаптації до нового соціального середовища після вимушеного переміщення, є подолання кризи ідентичності [39].

У наукових працях Н. Шиліної акцентується увага на тому, що внутрішньо переміщені особи характеризуються підвищеним рівнем реактивної тривожності, зниженими можливостями для самореалізації, а також глибоким відчуттям ізольованості та самотності [43]. З. Спринська поділяє подібні погляди, підкреслюючи, що самотність становить одну з провідних проблем у житті більшості внутрішньо переміщених осіб. Вона зазначає, що ВПО часто характеризуються зниженою поведінковою активністю та орієнтацією переважно на виконання визначених соціальних ролей. Також таким людям притаманні недовіра, внутрішня замкнутість, схильність до негативних роздумів і тривожності щодо власного здоров'я. Зміна життєвих обставин нерідко супроводжується зростанням рівня тривоги, що може провокувати почуття страху, надмірне хвилювання та формування невротичних звичок. Хоча у новому середовищі ветерани і військовослужбовці можуть почуватися в більшій безпеці, відсутність достатніх матеріальних ресурсів та соціальної підтримки часто призводить до посилення емоційної напруги [35].

Ми поділяємо позицію дослідників щодо того, що ВПО в Україні зазнають значного психологічного навантаження, яке має вікові та гендерні особливості й охоплює всі аспекти особистості, зокрема мотиваційну, когнітивну, емоційну та поведінкову сфери. Узагальнюючи викладений матеріал, можна визначити ключові психологічні особливості ветеранів і військовослужбовців з досвідом переміщення (табл. 1.1).

*Таблиця 1.1*

**Психологічні особливості ветеранів і військовослужбовців з досвідом переміщення**

Сфера	Особливості
Мотиваційна сфера	проявляється у зниженні рівня домагань, нестабільності самооцінки, виникненні екзистенційних переживань, втраченому сенсі життя та поступовому зниженні загального рівня життєвої мотивації

Продовження табл. 1.1

Когнітивна сфера	характеризується зниженням ефективності пізнавальних процесів, зокрема уваги, пам'яті та мислення; наявністю когнітивних викривлень, що проявляються у песимістичному сприйнятті майбутнього та особистісно значущих подій; формуванням стійкого відчуття меншовартості, а також тенденцією очікувати негативного ставлення з боку соціального оточення
Емоційна сфера	характеризується проявами емоційної притупленості, апатії, підвищеної агресивності, хронічного стресу та стресових розладів. Спостерігаються також фрустраційні реакції, відчуття невпевненості, сорому, провини, депресивні та невротичні симптоми, підвищена тривожність, страх і домінування відчуття безвиході
Поведінкова сфера	спостерігаються значні труднощі у встановленні конструктивних соціальних контактів, прояви унікальної поведінки та загальної соціальної дезадаптації. Характерними є знижена толерантність до навантажень, підвищена імпульсивність, недотримання соціальних норм, егоцентризм, пасивність, схильність до перекладання відповідальності, уникнення проблемних ситуацій і виражена потреба в зовнішній підтримці

Проведений аналіз засвідчує, що особистість ветеранів і військовослужбовців, які мають досвід внутрішнього переміщення, зазнає багатовекторного та глибинного впливу. У мотиваційній сфері виявляється зниження рівня домагань і нестабільність самооцінки, що може призводити до втрати життєвих орієнтирів і знецінення цілей. Когнітивна сфера характеризується погіршенням пізнавальних процесів (уваги, пам'яті, мислення) та формуванням деструктивних переконань. Найбільш виражені зміни спостерігаються в емоційній сфері, де фіксується широкий спектр негативних станів – від емоційної апатії до агресивності, включно з проявами тривожності, депресивності та реакціями на стрес. У поведінковому аспекті переважають

труднощі соціальної взаємодії, дезадаптивні форми поведінки та знижена здатність до ефективної комунікації.

Результати дослідження психологічного стану ветеранів та військовослужбовців, які зазнали вимушеного переселення, свідчать про глибокий і багатовекторний вплив цього досвіду на структуру особистості. Вплив охоплює ключові компоненти психіки: мотиваційну, когнітивну, емоційну та поведінкову сфери. Ветерани та військовослужбовці з досвідом переміщення часто стикаються з такими психологічними труднощами, як зниження самооцінки, порушення когнітивних процесів, емоційна нестабільність і проблеми з соціальною адаптацією. Сукупність цих факторів може спричинити кризу ідентичності, що значно ускладнює інтеграцію в нове соціокультурне середовище.

## **1.2. Вплив бойового досвіду та переміщення на психоемоційний стан особистості**

Війна в Україні зумовила критичну необхідність ґрунтовного вивчення психоемоційного стану ветеранів та військовослужбовців з досвідом внутрішнього переміщення з метою обґрунтування та подальшої розробки цілісних протоколів психологічної допомоги й програм соціально-психологічної реабілітації.

Видатні результати в дослідженні бойового стресу досягли такі фахівці, як О. Блінов, О. Бойко, О. Бондаренко, С. Бочаров, Л. Китаєв-Смик, М. Корольчук, Є. Литвиновський, С. Миронець, М. Мушкевич, К. Островська, В. Осьодло, Т. Титаренко, С. Яковенко та інші.

Огляд сучасних досліджень О. Блінова [4] та І. Приходько [31] дозволяє визначити бойовий стрес як психічну напругу, що виникає у військовослужбовців під час адаптації до бойових умов, спричинену мобілізацією їхнього ресурсного потенціалу. Таке трактування бойового стресу відповідає наявній феноменології цього стану та дозволяє здійснювати його

дослідження з урахуванням можливих реакцій військових на стресові ситуації через використання психологічних ресурсів, враховуючи індивідуальні особливості переживання психічних станів.

Існують різні погляди на феномен бойового стресу, висловлені різними дослідниками. І. Приходько [31] трактує бойовий стрес як динамічний психічний процес, що формується під впливом чинників бойової обстановки та призводить до зниження відчуття психологічної безпеки особистості, супроводжуючись появою неспецифічних доклінічних симптомів психоемоційного напруження. У сукупності ці симптоми утворюють концепцію бойової психологічної травми особистості, що може призвести до специфічних психічних розладів, які класифікуються як бойова психічна травма. У висновках О. Збаровського [12] підкреслюється, що досвід бойових дій свідчить про те, що військовослужбовці зазнають не лише фізичних, але й значних психологічних втрат, пов'язаних з отриманням бойових психічних травм. Варто зазначити, що такі травми можуть призвести до порушень психічної діяльності, що в свою чергу може знижувати боєздатність військовослужбовців, іноді навіть призводячи до її повної чи часткової втрати.

Бойові стресові реакції проявляються під час безпосередніх бойових дій або в період їх підготовки. Це стресові реакції виживання, що охоплюють різноманітні зміни в організмі, зокрема фізіологічні, емоційні, поведінкові, когнітивні та інші. У загрозованих для життя обставинах відбувається активація вегетативної нервової системи, функціонування якої забезпечується двома антагоністичними компонентами: симпатичним відділом, що відповідає за мобілізацію та збудження організму, і парасимпатичним, який виконує функцію гальмування та відновлення. Унаслідок цього запускається низка автоматичних фізіологічних реакцій, що отримали назву «захисний каскад» і характеризуються короткочасними, проте вираженими змінами у функціонуванні основних систем організму. До складу захисного каскаду входять посилення концентрації уваги, емоційна лабільність, зміни у поведінкових реакціях, когнітивних процесах, мовленні та моторній активності. Такі порушення, хоча й мають тимчасовий

характер, можуть бути доволі інтенсивними й тривати від кількох годин до декількох днів у разі важкого перебігу [19].

О. Блінов [4] та О. Зборовський [12] підкреслюють, що до основних бойових стресорів відносяться тілесні травми та поранення, які обмежують фізичну активність військовослужбовця, вбивство супротивника, спостереження за смертю людини, а також загибель чи поранення членів підрозділу.

До типових реакцій на бойовий стрес, що можуть виникати у військовослужбовців, належать тривожність, панічні стани, підвищена дратівливість, агресивна поведінка, стан розгубленості, порушення пам'яті, психофізичне виснаження, безсоння, тахікардія, задишка, а також феномени дисоціації. Вираженість зазначених симптомів визначається рядом чинників, зокрема інтенсивністю, тривалістю та частотою бойових епізодів, а також морально-психологічним кліматом у підрозділі та ефективністю командного керівництва [58].

На підставі сучасних вітчизняних і зарубіжних досліджень [15; 31; 12] можна дійти висновку, що бойовий стрес справляє суттєвий вплив на психічне здоров'я військовослужбовців, зумовлюючи трансформації характеру та формування нових акцентуацій, які раніше не проявлялися. Водночас встановлено, що бойовий стрес може посилювати вже наявні особистісні особливості, сприяти виникненню стресових розладів та підвищувати ризик розвитку суїцидальних тенденцій. У процесі подолання психотравмуючих впливів бойового середовища, залежно від сили й тривалості стресогенних факторів, першочергово страждає когнітивна сфера, а згодом – емоційна й соціальна сфери особистості.

На підставі результатів дослідження, здійсненого із використанням опитувальника Stress Symptom Checklist [58], розробленого Техаським університетом, встановлено, що понад 57% військовослужбовців зазнають фізіологічних проявів стресу. Серед найпоширеніших симптомів респонденти відзначили головний біль, больові відчуття у спині, шиї та плечах, підвищений артеріальний тиск, шлунково-кишкові розлади, хронічну втому, зловживання

алкоголем і тютюновими виробами, а також зміни апетиту. Психологічні симптоми включають тривогу, почуття плутанини або розгубленості, забудькуватість, відчуття перевантаження, перепади настрою, неспокій, прояви нудьги, спалахи агресії, зміни в вазі, переїдання та проблеми в сексуальній сфері.

Психічна травматизація, що виникає унаслідок участі в бойових діях, є одним із поширених наслідків бойового досвіду, який здатен зумовлювати розвиток різних форм психічних розладів у військовослужбовців. Подібні порушення нерідко призводять до зниження або повної втрати боєздатності. У науковій літературі психічні травми військового характеру класифікуються за ступенем тяжкості:

1. Легкий (I ступінь) – характеризується підвищеною збудженістю та дратівливістю, бажанням уникати спілкування, втратою апетиту, швидкою стомленістю та головним болем.
2. Помірний (II ступінь) – супроводжується істеричними реакціями легкого ступеня, підвищеною агресивністю, епізодами тимчасової амнезії, депресивними станами, гіперестезією (підвищеною чутливістю до зовнішніх подразників) і нападами панічного страху.
3. Важкий (III ступінь) – спостерігаються порушення зорових та слухових функцій, дискоординація рухів, а також психомоторні розлади, які можуть проявлятися як безглузді вчинки або ступор [4].

У дослідженні І. Приходька [31] зазначається, що значна частина військовослужбовців здатна успішно адаптуватися до впливу помірною бойового стресу. На початкових етапах такого впливу можуть спостерігатися позитивні адаптаційні реакції, які включають покращення здатності до концентрації уваги, підвищення ясності мислення та пам'яті, а також зростання бойової активності й цілеспрямованості у виконанні завдань.

Однак надмірний бойовий стрес може спричинити значні зміни, які проявляються в різних формах. На індивідуальному рівні бойовий стрес може виявлятися у широкому спектрі психоемоційних та поведінкових реакцій. Серед них – раптові та непередбачувані зміни рівня бойової активності (як у бік

підвищення, так і зниження), різкі коливання емоційного стану – від гіперемоційності до емоційного ступору. Також можуть виникати деструктивні мотиваційні установки або повна втрата мотивації до виконання завдань, порушення дисципліни, зниження відповідальності, розлади моральної взаємодії з оточенням, дезорієнтація у часі та просторі, відчуття нереальності подій. Характерними є також прояви агресії, роздратованості, гніву, апатії, депресивних станів, відчуття безнадії, втрати сенсу життя й поява суїцидальних думок, а також панічні настрої [20].

На груповому рівні вплив бойового стресу може виявлятися через низку деструктивних змін у міжособистісній взаємодії та загальному функціонуванні підрозділу. Зокрема, спостерігається погіршення соціально-психологічного клімату, зниження рівня згуртованості, ослаблення взаємопідтримки та довіри між членами колективу. Також можуть посилюватися конфлікти, поширюватися тривожні настрої та панічні реакції, що супроводжується втратою мотивації та негативним ставленням до виконання службових обов'язків [22].

Вітчизняні науковці [15; 31; 12] зазначають, що сильний бойовий стрес може викликати різні форми психічних розладів, зокрема невротичні та психотичні. Особливо загрозовими в умовах бойових дій є випадки колективної паніки та істеричних реакцій, що здатні призвести до масової дезорганізації особового складу. Подібні прояви суттєво знижують здатність військовослужбовців адекватно сприймати оперативну обстановку, критично мислити та ефективно виконувати поставлені бойові завдання. Це призводить до втрати ефективної командної взаємодії, мотивації та віри в успіх.

Проте внаслідок бойового стресу у деяких військовослужбовців можуть виникати позитивні посттравматичні зміни, такі як посилення стійкості до стресу, збільшення самовпевненості та впевненості у власних силах [41]. Спостерігається покращення самоконтролю, самодисципліни та комунікативних навичок, зростання особистісної зрілості і почуття власної гідності. Також відбувається переосмислення ролі сім'ї, моральних цінностей та життєвих пріоритетів, з'являються чітка цілеспрямованість і рішучість у досягненні мети.

Зростають плани на майбутнє, підвищується рівень групової згуртованості, психологічної та функціональної готовності до спільних дій, а також покращується взаємодія в межах групи та між підрозділами [42].

Вивченням психоемоційних станів особистості з досвідом внутрішнього переміщення, зокрема ветеранів і військовослужбовців займалися такі науковці, як О. Гаврилюк, А. Голотенко, В. Кердивар, З. Спринська, І. Трубавіна та інші.

На думку І. Трубавіної, ключовим викликом у процесі адаптації внутрішньо переміщених осіб до нового середовища є їхній психологічний стан. Навіть після розв'язання основних побутових і соціальних труднощів, він продовжує впливати на загальне самопочуття, поведінкові реакції, комунікацію та взаємодію з іншими людьми [40].

І. Трубавіна зазначає, що психологічна травма, якої зазнають усі внутрішньо переміщені особи, спричиняє низку серйозних психологічних труднощів, зокрема:

- відчуття невизначеності щодо майбутнього та теперішнього стану;
- емоційні травми, пов'язані з пережитими руйнуваннями, насильством і військовими діями;
- почуття провини через вимушене залишення рідного дому та необхідність звернення по допомогу;
- страх втрати власної ідентичності;
- відчуття жертвовності та віктимності, особливо в умовах компактного проживання переселенців;
- переживання через відсутність контролю над власним життям;
- почуття безпорадності, занижена самооцінка або, навпаки, агресивні реакції;
- тривожність щодо майбутнього – як особистого, так і рідних людей;
- непропрацьоване горе, біль, постійне очікування негативних подій;
- страх перед змінами та новими обставинами життя;
- відчуття незахищеності або гніву через втрати («ми втратили все, нам повинні допомагати»);

- складнощі в адаптації до нового середовища;
- сум через вимушене розлучення з домашніми улюбленцями та особистими речами;
- трансформація життєвих цінностей у сім'ях;
- зниження критичного мислення, труднощі з вираженням емоцій, замкнутість, глибокі внутрішні переживання;
- особистісні та сімейні кризи, що накладаються одна на одну, ускладнюючи загальний стан родини [40].

Науковиці І. Григоренко та Н. Савельєва виокремлюють низку психологічних труднощів, характерних для більшості внутрішньо переміщених осіб:

1. Деадаптація та десоціалізація. Через неможливість засвоєння позитивного досвіду та труднощі у прийнятті нових моделей поведінки й соціальних норм, процес соціалізації порушується. Це призводить до соціальної дезадаптації та проблем у взаємодії з суспільством.
2. Втрати самоконтролю та руйнівна поведінка. Деякі ВПО схильні до дій, що пригнічують природні інстинкти самозбереження, що може проявлятися у саморуйнівних вчинках та небажанні дбати про власне фізичне й емоційне благополуччя.
3. Проблеми з фізичним і психічним здоров'ям. Значна частина переселенців у спробах впоратися зі стресом починає зловживати алкоголем або іншими психоактивними речовинами. Це нерідко призводить до залежностей та розвитку різних соматичних і психічних розладів [9].

3. Спринська дійшла висновку, що більшості внутрішньо переміщених осіб властиві такі риси, як підвищена сором'язливість, схильність до невротичних станів, депресивні настрої, тривожність, скутість у поведінці, відчуття самотності та невпевненість у власних силах. Це ускладнює їхню соціальну взаємодію та адаптацію до нового середовища. Окрім того, вони часто стикаються з проблемами концентрації уваги та пам'яті, страждають на безсоння, мають уповільнені реакції та скутість рухів [35].

У багатьох переселенців спостерігається підвищений рівень психопатизації, що проявляється імпульсивною поведінкою, байдужістю до думки оточуючих, нехтуванням соціальними нормами, егоцентричністю та труднощами в адаптації. Враховуючи ці фактори, дослідниця наголошує на необхідності розробки та впровадження програм психологічної допомоги ВПО. Це сприятиме зниженню рівня негативних емоційних станів і полегшенню процесу їхньої інтеграції в нове середовище [14].

Отже, бойовий стрес може викликати суттєві зміни у психоемоційному стані людини, які проявляються у різних формах. Це супроводжується зниженням відчуття психологічної безпеки та появою неспецифічних доклінічних симптомів, що у сукупності формують поняття бойової психологічної травми. Такий стан може спричинити розвиток специфічних психічних розладів, які належать до категорії бойових психічних травм. Аналіз наукових досліджень, присвячених психоемоційному стану ветеранів та військовослужбовців з досвідом переміщення, свідчить про наявність у них серйозних психологічних труднощів. До найбільш поширених належать тривожність, емоційна напруженість, відчуття самотності, невпевненість у собі, швидка стомлюваність, апатія, пригніченість, безнадія та депресивні стани. Зазначені чинники мають деструктивний вплив на психосоціальне благополуччя військовослужбовців, послаблюють їхнє психічне і фізичне здоров'я, ускладнюють соціальну взаємодію та знижують здатність до ефективної адаптації в умовах зміненого життєвого середовища.

### **1.3. Світовий та національний досвід психологічної реабілітації військовослужбовців та ветеранів після бойових дій**

Участь у бойових діях чинить потужний вплив як на фізичний, так і на психоемоційний стан військовослужбовців. Ця проблема набуває особливої гостроти в умовах сучасної України, де збройне протистояння триває вже третій рік поспіль. Із постійним зростанням кількості осіб, які вступають до лав

Збройних сил України, дедалі актуальнішою стає необхідність у психологічній реабілітації учасників бойових дій. Значна частина з них зіштовхується з тяжкими наслідками воєнного досвіду, зокрема з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресивними станами та хронічним стресом. ПТСР є стійким тривожним розладом, що виникає як відповідь на сильні психотравмівні події або тривалий стресовий вплив. Попри здатність організму до відновлення після короткочасного стресу, у осіб з ПТСР процес психофізіологічної регуляції порушується, і організм продовжує виробляти гормони стресу навіть у безпечному середовищі [10].

Питання, що стосуються військових дій на території України, активно вивчаються різними науковцями. Зокрема, В. Стасюк аналізував психологічні особливості реадaptaції учасників бойових дій [37]; проблеми виникнення бойових психічних травм, психічних розладів, бойового шоку, бойової втоми та посттравматичного синдрому досліджував Р. Попелюшко [30]. Л. Мульована досліджувала методи психологічної корекції ПТСР серед учасників АТО та соціально-психологічної підтримки [25]; вагомий внесок у вивчення посттравматичного зростання особистості зробив В. Осьодло [27]; Н. Авер'янова акцентує увагу на використанні арттерапії як ефективного засобу психосоціальної реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях в умовах російсько-українського збройного конфлікту [1].

Згідно з результатами дослідження «Ефективність мобільних бригад соціально-психологічної допомоги учасникам бойових дій», здійсненого Українською фундацією громадського здоров'я за підтримки ООН, майже 57 % ветеранів потребують кваліфікованої психологічної допомоги. Серед основних труднощів, з якими зіштовхуються учасники бойових дій, переважають сімейні конфлікти (54 %), симптоми стресу (24 %), неконтрольовані спалахи агресії (12 %), наявність суїцидальних думок (6 %) і проблеми, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (4 %) [11]. На сьогодні ветерани мають змогу звернутися по допомогу до спеціалізованих центрів соціально-психологічної реабілітації або скористатися послугами приватних фахівців у галузі психології.

Психологічна реабілітація передбачає широкий спектр послуг, спрямованих на відновлення психоемоційного стану особистості, зокрема:

1. Психологічна діагностика – систематичне вивчення психічного стану клієнта, його індивідуально-психологічних особливостей, виявлення актуальних труднощів і визначення оптимальних шляхів реабілітаційного впливу.
2. Психологічна просвіта та інформування – формування базових уявлень про механізми психологічного функціонування, реагування на стрес і кризові ситуації, розвиток навичок самодопомоги та усвідомлення важливості своєчасного звернення до фахівця.
3. Психологічне консультування – короткострокова підтримка, спрямована на емоційне розвантаження, допомогу в прийнятті рішень, мобілізацію внутрішніх ресурсів клієнта та підвищення здатності до саморегуляції в умовах стресу.
4. Психологічна підтримка та супровід – заходи, що забезпечують сталий розвиток особистості в процесі адаптації, формування ціннісних орієнтацій, зміцнення самоідентичності та здатності долати життєві труднощі.
5. Психотерапія – цілеспрямований процес застосування психотерапевтичних методів, що сприяють подоланню особистісних і міжособистісних проблем, відновленню психічного функціонування, поліпшенню взаємин та якості життя загалом.
6. Групова робота – організація інтерактивних форм взаємодії (тренінги, групи підтримки, навчальні сесії), що сприяють особистісному зростанню, самопізнанню, формуванню нових стратегій поведінки та ефективного спілкування.
7. Декомпресія – комплексний етап первинної психологічної допомоги для осіб, які перебували в умовах надмірного психоемоційного напруження, що включає заходи для нормалізації фізіологічних реакцій, стабілізації психіки та профілактики посттравматичних розладів [16].

Основні напрями психологічної допомоги учасникам бойових дій охоплюють комплекс заходів, спрямованих на подолання наслідків психотравмівного досвіду, зменшення проявів дезадаптації та формування ресурсного стану. До них належать: виявлення синдрому соціально-психологічної дезадаптації шляхом проведення індивідуальної психодіагностики, що дозволяє оцінити психологічний стан військовослужбовця, його реакції на стресові фактори та рівень адаптивності; психологічне консультування, яке може включати як індивідуальні зустрічі (з використанням метафоричних асоціативних карт, проєктивних методик, арттерапевтичних технік), так і сімейні сесії, спрямовані на відновлення внутрішньосімейної взаємодії, зниження напруженості у стосунках та пом'якшення симптомів ПТСР; психокорекційна робота, метою якої є модифікація дезадаптивної поведінки, корекція тривожних або агресивних реакцій та формування нових, конструктивних моделей реагування; навчання методів саморегуляції, таких як аутогенне тренування, дихальні техніки та вправи з елементами тілесно-орієнтованої терапії, що сприяють зниженню рівня психоемоційного напруження; проведення соціально-психологічних тренінгів, спрямованих на розвиток навичок комунікації, подолання невротичних проявів, покращення адаптації до цивільного життя та відновлення соціальної активності; формування життєвих перспектив через мотиваційне консультування, розробку особистісних цілей і планування майбутнього, що сприяє відновленню почуття контролю над власним життям і підвищенню суб'єктивного відчуття смислу [28].

Основними цілями реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, є: сприяння ефективній соціальній адаптації та інтеграції в мирне життя; відновлення соціального статусу та зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу; покращення міжособистісної взаємодії, розвиток комунікативних навичок і вміння конструктивно вирішувати конфліктні ситуації; стабілізація психоемоційного стану, зниження рівня внутрішньої напруги, формування адаптивних механізмів подолання стресу; активація

особистісних ресурсів та підтримка внутрішнього потенціалу для психофізіологічного відновлення [38].

Окрім вітчизняного досвіду у сфері психологічної реабілітації учасників бойових дій, варто враховувати й міжнародні напрацювання, зокрема досвід Сполучених Штатів Америки, які мають розгалужену систему допомоги ветеранам завдяки багаторічній участі в миротворчих і військових операціях. За інформацією Департаменту у справах ветеранів США, значна кількість колишніх військовослужбовців стикається з різними психічними розладами, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, тривожні стани, наслідки черепно-мозкових травм, а також проблеми, пов'язані із вживанням психоактивних речовин. При цьому не всі особи, які зазнали психотравматичних подій, розвивають ПТСР: за статистикою, поширеність цього розладу серед жінок упродовж життя становить близько 10%, тоді як серед чоловіків – близько 4% [10].

У ветеранів бойових дій Сполучених Штатів Америки фіксується суттєво вищий рівень поширеності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) порівняно з цивільним населенням. Зокрема, згідно з даними досліджень, ПТСР виявляється у 11–20% осіб, які брали участь у військових операціях «Іракська свобода» та «Стійка свобода». Серед ветеранів війни в Перській затоці (операція «Буря в пустелі») цей показник становить близько 12% на рік, тоді як серед учасників В'єтнамської війни щорічна поширеність розладу сягає 15%. Водночас протягом усього життя ознаки ПТСР виявляються майже у 30% ветеранів, які брали участь у бойових діях у В'єтнамі [10].

Військовослужбовці належать до групи підвищеного ризику розвитку посттравматичного стресового розладу, оскільки навіть один психотравмуючий інцидент здатен спричинити його формування. У контексті бойових дій відбувається систематичний і багаторазовий вплив стресогенних факторів, що значно підвищує ймовірність психічних розладів [32]. Окрім ПТСР, у ветеранів часто спостерігаються прояви депресії та тривожних станів. Після демобілізації значна частина з них повідомляє про відчуття емоційного відчуження від родичів

і близьких. Усвідомлення неможливості бути зрозумілим або почутим з боку соціального оточення нерідко спричиняє поглиблення міжособистісних труднощів і схильність до соціальної ізоляції [18].

Міністерство у справах ветеранів США забезпечує широкий спектр медичних послуг, спрямованих на підтримку осіб із досвідом військової служби [52]. Медична допомога надається у різних форматах, зокрема у вигляді короткотривалого стаціонарного лікування, амбулаторних програм у спеціалізованих центрах психосоціальної реабілітації, а також шляхом організації підтримки в домашніх умовах. У разі наявності посттравматичного стресового розладу ветеранам можуть призначатися антидепресанти, які сприяють зниженню рівня тривожності та депресивних проявів, зменшенню дратівливості, покращенню сну, а також знижують інтенсивність нічних кошмарів і нав'язливих думок.

Хоча медикаментозне лікування, що впливає на настрій, є поширеним методом при терапії депресії та тривожних розладів, психологічні методи також можуть бути надзвичайно ефективними. Наприклад, когнітивно-поведінкова терапія, терапія прийняття і прихильності (АСТ) та міжособистісна терапія (ІРТ) допомагають ветеранам зменшити емоційний стрес і відновити здорові соціальні зв'язки. Крім того, методи, як когнітивно-поведінкова терапія для обробки травм або пролонговане експозиційне лікування, можуть бути корисними в корекції негативних симптомів, спричинених ПТСР [45].

Цікавою є система психологічної підтримки в Ізраїлі, де військова служба є обов'язковою для обох статей: чоловіки служать 3 роки, а жінки – 2. Одним із важливих чинників ефективності цієї системи є постійна участь військових у конфліктах на території країни, що сприяє розвитку професійної психологічної допомоги. Ізраїльська армія ставить перед своїми військовими складні завдання, зокрема через довгу ієрархію командування та вимогу досягнення конкретних цілей. Військова служба вимагає швидкої адаптації до стресових ситуацій, адже молоді люди, одразу після завершення навчання, змушені стати дорослими. Військова система є суворою, часто безкомпромісною, і хоча вона має на меті

захистити країну, військовослужбовці іноді постають перед труднощами в уникненні стресів та нервових зривів.

Для лікування ПТСР у військовослужбовців застосовуються різні методи психотерапії, проте з огляду на обмеження, пов'язані з військовою службою, короткострокове лікування є найефективнішим і зручним. Молоді солдати, як правило, є психічно здоровими людьми, але стресові ситуації можуть виходити за межі їхніх можливостей. Короткотривала терапія, як правило, передбачає проведення від 12 до 40 сесій та спрямована на досягнення чітко визначених терапевтичних цілей. Такий підхід забезпечує військовослужбовцю ефективні інструменти для подолання психоемоційних труднощів. У межах надання психологічної допомоги солдат може звернутися до офіцера Армії оборони Ізраїлю (IDF), який зазвичай має кваліфікацію психолога або клінічного соціального працівника. Солдат має можливість записатися на консультацію з психологом, а також звернутися до приватного спеціаліста. Іноді зовнішній професіонал може надати солдату більш об'єктивну перспективу і допомогти відновити правильне сприйняття ситуації. Однією з найдієвіших форм психологічної підтримки вважається превенція посттравматичного стресового розладу, що впроваджується ще до початку участі у бойових діях. Ефективність такої профілактики забезпечується завдяки системному підходу, який охоплює всіх військовослужбовців без винятку. Основними складовими запобігання ПТСР є якісна передбойова підготовка, включно з психологічним тренуванням, а також своєчасне та адекватне реагування на психотравмуючі фактори безпосередньо під час виконання бойових завдань [53].

Психологічна реабілітація учасників бойових дій в Україні реалізується на засадах комплексного підходу, який охоплює етапи психологічної діагностики, просвітницьку діяльність, індивідуальні консультації, емоційну підтримку та супровід, застосування психотерапевтичних технік, організацію групової роботи та заходів декомпресії. Поряд з національним досвідом, ефективними є також зарубіжні практики. Зокрема, у Сполучених Штатах Америки для зменшення впливу ПТСР використовують когнітивно-поведінкову терапію, терапію

прийняття та прихильності (АСТ), а також міжособистісну терапію (ІРТ), що сприяє зниженню емоційного напруження та відновленню здорових соціальних зв'язків у ветеранів. В Ізраїлі запроваджено модель психологічної допомоги, засновану на превентивній підготовці до травматичних ситуацій у передбойовий період і на оперативному реагуванні під час ведення бойових дій, що може бути адаптовано до українського контексту.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ВЕТЕРАНІВ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ДОСВІДОМ ВНУТРІШНЬОГО ПЕРЕМІЩЕННЯ

#### 2.1. Опис вибірки та методологічний інструментарій дослідження

Актуальність проблеми психологічного супроводу ветеранів та військовослужбовців з досвідом внутрішнього переміщення зумовлює необхідність поглибленого аналізу їхнього психічного стану в умовах адаптації до цивільного життя. Саме тому емпіричне дослідження було спрямоване на виявлення ключових психоемоційних труднощів, діагностику рівня стресостійкості, тривожності, наявності посттравматичних розладів, а також ресурсних характеристик, що визначають потенціал до психологічного відновлення.

У цьому контексті проведення дослідження передбачало вирішення таких основних завдань:

1. Підібрати та обґрунтувати психодіагностичний інструментарій, що дозволяє комплексно оцінити особливості психоемоційного стану, рівень стресостійкості, наявність посттравматичних проявів, адаптивних ресурсів і девіантних тенденцій у зазначеній категорії респондентів.

2. Провести первинну діагностику психічного стану респондентів, зокрема оцінити рівень тривожності, адаптивності, хронічного стресу, симптомів ПТСР, а також емоційно-особистісні характеристики (тривожність, агресивність, фрустрацію тощо).

3. Здійснити якісний аналіз та інтерпретацію отриманих результатів, виокремити найхарактерніші симптоми дезадаптації та психоемоційного виснаження.

4. Розробити та апробувати програму психологічної підтримки і стабілізації психоемоційного стану, спрямовану на зниження рівня тривожності,

зміцнення адаптивних стратегій, профілактику суїцидального ризику та подолання посттравматичних наслідків.

5. Оцінити ефективність впровадженої програми на основі порівняльного аналізу результатів до та після її реалізації, визначити динаміку змін у психічному стані респондентів та рівень досягнутої психологічної стабілізації.

Для реалізації завдань емпіричного дослідження було сформовано вибірку з 30 респондентів – чоловіків, які є ветеранами та діючими військовослужбовцями Збройних Сил України, що мають досвід участі у бойових діях та статус внутрішньо переміщених осіб. Усі учасники перебували в процесі адаптації до умов мирного життя після повернення із зони бойових дій, частина з них проходила реабілітаційні або соціально-психологічні програми.

Віковий діапазон респондентів становив від 25 до 45 років, середній вік – 35 років. Більшість опитаних мали середню спеціальну або вищу освіту, частина перебувала у військовому резерві, інші – були демобілізовані або завершували службу.

Усі учасники дослідження надали добровільну та інформовану згоду на участь у ньому. Під час проведення психологічної діагностики було дотримано основних етичних принципів. З метою вивчення визначеної проблематики було здійснено теоретичний аналіз існуючих психодіагностичних методик, серед яких обрано ті, що, на нашу думку, найбільше відповідають поставленим цілям дослідження. Таким чином, до комплексу діагностичних методик увійшли наступні:

1. Опитувальник GAD-7 [36] (Додаток А) є стандартизованим психодіагностичним інструментом, призначеним для виявлення та кількісної оцінки рівня загальної тривожності. Методика була розроблена з метою швидкого та надійного скринінгу симптомів тривожного розладу у клінічних та немедичних популяціях.

Інструмент складається з 7 пунктів, які відображають основні симптоми тривоги, що спостерігаються протягом останніх двох тижнів. Кожне твердження

оцінюється за чотирибальною шкалою від 0 (ніколи) до 3 (майже щодня), що дозволяє враховувати частоту проявів симптомів. Загальний бал підсумовується за всіма пунктами, що дає змогу визначити рівень тривожності: від мінімального до високого.

«Опитувальник GAD-7» широко використовується в клінічній практиці та наукових дослідженнях завдяки своїй простоті, високій чутливості та валідності, що підтверджено численними емпіричними дослідженнями. Він дозволяє оперативно ідентифікувати осіб з підвищеним ризиком тривожних розладів та спрямувати їх на подальшу психологічну або медичну допомогу.

2. Опитувальник «Адаптивність-200» (БОО) [2] (Додаток Б) розроблений для комплексного аналізу соціально-психологічних та індивідуально-психологічних характеристик особистості, які відображають інтегральні аспекти психічного та соціального функціонування військовослужбовців. Методика застосовується для оцінки психологічної готовності та придатності військовослужбовців до виконання професійних завдань у специфічних умовах військової служби.

Даний інструмент містить низку спеціалізованих шкал, кожна з яких призначена для оцінювання окремих аспектів адаптаційного потенціалу військовослужбовців:

- Шкала поведінкової регуляції – дозволяє оцінити рівень нервово-психічної стійкості особистості та її здатність ефективно функціонувати в умовах підвищеного психоемоційного навантаження;
- Шкала комунікативного потенціалу – визначає рівень розвитку комунікативних умінь та здатність налагоджувати конструктивні міжособистісні взаємини в соціальному та професійному середовищі;
- Шкала моральної нормативності – оцінює схильність особистості дотримуватися морально-етичних норм, прийнятих у колективі, а також здатність до підпорядкування регламентованим соціальним та професійним вимогам;

- Шкала військово-професійної спрямованості – відображає рівень мотиваційної орієнтації на військову службу та ступінь професійної ідентичності;
- Шкала схильності до девіантних форм поведінки – слугує для виявлення тенденцій до проявів аддиктивної (залежної) та делінквентної (антисоціальної) поведінки;
- Шкала суїцидального ризику – дозволяє виявити осіб із потенційною схильністю до суїцидальних думок, намірів або поведінкових проявів.

Оцінювання за кожною з представлених шкал здійснюється на основі аналізу відповідей учасників дослідження на твердження, що входять до структури опитувальника. Такий підхід дозволяє сформувати багатовимірний психодіагностичний профіль, який відображає актуальний психоемоційний стан, рівень адаптаційних можливостей особистості та наявність потенційних психологічних ризиків. Дана методика широко застосовується у військовій психології для діагностики, профілактики та корекції психологічних станів, що впливають на професійну діяльність військовослужбовців.

3. Шкала хронічного воєнного стресу для цивільного населення (ШХВС-Ц) [23] (Додаток В) є спеціалізованим психодіагностичним засобом, розробленим для комплексної кількісної та якісної оцінки симптомів хронічного стресу серед осіб, які перебувають в умовах затяжного військового конфлікту. Методика являє собою модифікований та розширений варіант опитувальника PCL-C (PTSD Checklist – Civilian Version), адаптований до українського соціокультурного контексту та умов постійної воєнної загрози.

ШХВС-Ц дає змогу ідентифікувати не лише типові симптоми, притаманні посттравматичному стресовому розладу, але й виявити характерні патерни психологічного реагування, що формуються внаслідок тривалої психоемоційної мобілізації, хронічного емоційного виснаження та когнітивного уникання загрозливої інформації.

Методика ШХВС-Ц використовується в різних сферах практичної та дослідницької діяльності: для здійснення психологічної діагностики, проведення

наукових досліджень, надання психосоціального консультування, а також у межах первинного психологічного скринінгу в громадах, що зазнали впливу збройного конфлікту.

Інструмент включає 15 діагностичних тверджень, об'єднаних у три тематичні підшкали:

- Травматична реактивність (ТР) – охоплює 6 пунктів, спрямованих на виявлення симптомів гіпернастороженості, фізіологічної напруги, нав'язливих спогадів і сильних емоційних реакцій, що виникають під впливом травматичних подразників;
- Емоційна ізоляція (ЕІ) – містить 6 пунктів і характеризує стани емоційного виснаження, втрати інтересу до соціальної взаємодії, зниження емоційної залученості та прагнення до усамітнення;
- Когнітивне уникання (КУ) – включає 3 пункти, які дозволяють ідентифікувати тенденції до свідомого уникання думок, образів і тем, пов'язаних з досвідом війни, як захисного механізму психіки.

Оцінювання здійснюється за п'ятибальною шкалою відповідно до частоти прояву кожного симптому. Це дозволяє не лише обчислити загальний рівень хронічного стресу, а й отримати детальну характеристику психологічного стану за окремими параметрами. Такий діагностичний підхід забезпечує глибоке й багатовимірне розуміння особливостей індивідуального переживання тривалого впливу воєнного середовища.

4. Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) [2] (Додаток Г) є стандартизованим психодіагностичним інструментом, спеціально розробленим для кількісного вимірювання рівня симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів бойових дій (Keane T. M. et al., 1987, 1988). На сьогодні вона займає провідне місце серед широко використовуваних методик діагностики ПТСР.

Даний інструмент складається з 35 тверджень, оцінка яких здійснюється респондентом за допомогою п'ятибальної шкали Лайкерта. Підсумовуючи отримані бали, визначають загальний рівень вираженості психотравматичних

симптомів, що дозволяє кількісно охарактеризувати вплив травматичного досвіду на психічний стан особи.

У науково-практичній сфері України Міссісіпська шкала застосовується з початку 1990-х років, особливо у дослідженнях, присвячених психологічним наслідкам Чорнобильської катастрофи, а також у роботі з ветеранами афганської війни. Вона стала невід'ємною складовою комплексних діагностичних протоколів у дослідницьких проєктах, спрямованих на вивчення психофізіологічних аспектів розвитку ПТСР. За результатами численних емпіричних досліджень, шкала підтвердила високу валідність та чутливість до виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу.

Надійність методики оцінювалась на різних вибірках, включно з представниками загальної популяції та професійними групами з підвищеним ризиком травматизації. Крім того, шкала застосовувалась серед осіб, які зазнали психотравматичного впливу, зокрема ветеранів збройних конфліктів, учасників ліквідації наслідків техногенних катастроф і внутрішньо переміщених осіб. Отримані дані свідчать про високу надійність і універсальність інструменту в різноманітних контекстах, пов'язаних із психотравматичним досвідом.

5. Методика «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка) [17] (Додаток Г) є психодіагностичним інструментом, призначеним для виявлення та кількісної оцінки низки дезадаптивних психічних станів і особистісних рис, зокрема тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Ці психологічні характеристики можуть суттєво впливати на процес соціальної адаптації, формування самооцінки та особливості міжособистісної взаємодії, тому їх своєчасне виявлення має значну клінічну та практичну вагу для подальшої психологічної діагностики і корекції.

У межах застосування методики тривожність розглядається як індивідуальна психологічна характеристика, що виражається у схильності до частих і виражених станів тривоги, а також у зниженому порозі їх виникнення. Фрустрація інтерпретується як емоційна реакція, що постає у відповідь на блокування або незадоволення значущих потреб чи цілей індивіда. Агресивність

тракується як внутрішньо вмотивована ворожа установка щодо соціального оточення, яка не завжди має пряме обґрунтування в зовнішніх обставинах. Ригідність, у свою чергу, визначається як труднощі в перебудові поведінкових стратегій у відповідь на нові або змінні життєві ситуації, що потребують адаптивної гнучкості [17].

Інструмент складається із 40 тверджень, оцінка яких здійснюється респондентом за триточковою шкалою інтенсивності та частоти проявів (0, 1 або 2 бали). Підсумкові бали підраховуються окремо за кожною шкалою та інтерпретуються відповідно до рівневої категоризації: низький (0–7 балів), середній (8–14 балів) та високий (15–20 балів) ступінь вираженості відповідного психічного стану.

Застосування вказаних інструментів дало змогу здійснити багатовимірну оцінку психічного стану респондентів та виявити ключові проблемні зони, що потребують подальшої психологічної інтервенції.

## 2.2. Аналіз та інтерпретація результатів проведеного дослідження

З метою вивчення рівня тривожності серед ветеранів та військовослужбовців зі статусом внутрішньо переміщених осіб на констатувальному етапі було застосовано методику «Опитувальник GAD-7». Ця методика дозволяє кількісно оцінити вираженість тривожних симптомів за останні два тижні. Отримані результати розраховано на основі сирих балів (Додаток Д) та представлено у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

### Результати дослідження за методикою «Опитувальник GAD-7» на констатувальному етапі, n=30

Рівень тривожності	Кількість респондентів	
	n	%
мінімальний рівень	-	-
помірний рівень	8	26,7

Продовження табл. 2.1

середній рівень	12	40,0
високий рівень	10	33,3

Аналіз результатів, наведених у табл. 2.1, дає змогу зробити висновки щодо психоемоційного стану досліджуваних осіб. Як видно з даних, мінімальний рівень тривожності не було виявлено жодного разу, що вказує на наявність певного рівня емоційного напруження у кожного з респондентів.

Помірний рівень тривожності виявлено у 8 респондентів, що становить 26,7% від загальної кількості учасників. Ця категорія респондентів демонструє незначну, але стійку емоційну напруженість, яка може впливати на загальне самопочуття та адаптивні можливості, але зазвичай не потребує інтенсивного психологічного втручання.

Середній рівень тривожності виявлено у 12 осіб (40% вибірки). Це свідчить про виражену тривожність, яка вже має вплив на функціонування людини в повсякденному житті, порушуючи її внутрішній психологічний баланс. Такий рівень вважається клінічно значущим і потребує активної психологічної підтримки.

Високий рівень тривожності виявлено у 10 осіб (33,3%), що є критичним показником. Особи з таким рівнем тривожності можуть відчувати хронічне занепокоєння, дратівливість, напруження, а також порушення сну чи концентрації. У таких випадках доцільним є проведення інтенсивної психологічної допомоги, а в окремих випадках – залучення психотерапевта чи психіатра.

Отже, переважна більшість учасників дослідження (22 особи з 30, що становить 73,3%) виявляють середній або високий рівень тривожності, що вказує на актуальність і необхідність реалізації цілеспрямованих заходів психологічної підтримки, спрямованих на зниження емоційного напруження та поліпшення психоемоційного стану ветеранів і військовослужбовців із досвідом внутрішнього переміщення.

З метою оцінки рівня психічної адаптації ветеранів та військовослужбовців з досвідом внутрішнього переміщення було використано опитувальник «Адаптивність-200» (БОО). Отримані результати розраховано на основі сирих балів (Додаток Е, Додаток Ж) та представлено у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

**Результати дослідження за методикою «Опитувальника (БОО)  
«Адаптивність-200» на констатувальному етапі, n=30**

Рівень стійкості до бойового стресу (РСБС)	Кількість респондентів	
	n	%
низька стійкість	13	43,3
задовільна стійкість	17	56,7
достатня стійкість	-	-
висока стійкість	-	-

Результати обробки емпіричних даних засвідчили, що 43,3% опитаних (n=13) виявляють низький рівень стійкості до бойового стресу. Це вказує на наявність значущих труднощів у подоланні психологічних наслідків бойових дій, що проявляються у підвищеній тривожності, емоційній напруженості та недостатньому рівні адаптації до стресогенних обставин.

Переважаюча частина учасників дослідження – 56,7% (n=17) – продемонстрували задовільний рівень стійкості до бойового стресу. Це вказує на наявність окремих проявів психоемоційного напруження, однак без суттєвих порушень адаптаційних механізмів чи критичних відхилень у здатності справлятися зі стресовими впливами. Варто зазначити, що жоден з респондентів не продемонстрував достатнього чи високого рівня стресостійкості, що вказує на загальну психологічну вразливість вибірки та потребу у впровадженні спеціалізованих заходів психологічної допомоги.

З метою глибшого розуміння особливостей психоемоційного стану ветеранів та військовослужбовців зі статусом ВПО на констатувальному етапі дослідження було використано Шкалу поведінкової регуляції, яка входить до складу методики «Адаптивність-200». Ця шкала дає змогу оцінити здатність

особи до контролю поведінки в умовах підвищеного психоемоційного навантаження, а також виявити наявність ознак нервово-психічної нестійкості. Деталізовані результати представлені у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

**Результати дослідження за шкалою поведінкової регуляції (методика  
Адаптивність-200) на констатувальному етапі, n=30**

Рівень	Кількість респондентів	
	n	%
високий рівень	-	-
достатньо високий рівень	-	-
достатній рівень	-	-
в цілому достатній рівень	7	23,3
дещо понижений рівень	7	23,3
окремі ознаки нервово-психічної нестійкості і порушення поведінкової регуляції	12	40
виражені ознаки нервово-психічної нестійкості і порушення поведінкової регуляції	4	13,4
вкрай високий рівень нервово-психічної нестійкості	-	-

За отриманими даними, лише 7 респондентів (23,3%) мали в цілому достатній рівень регуляції поведінки, що свідчить про відносно збережені механізми самоконтролю та стабільності емоційно-вольової сфери. Ще 7 учасників (23,3%) показали дещо понижений рівень, що може вказувати на окремі порушення поведінкової саморегуляції, знижену стресостійкість або емоційну вразливість у напружених умовах.

Найбільшу частку становлять респонденти з ознаками нервово-психічної нестійкості: 40% (n = 12) мали окремі прояви дезадаптації, ще 13,4% (n = 4) виявили виражені ознаки порушення поведінкової регуляції. Жоден з учасників не продемонстрував високого чи навіть достатньо високого рівня поведінкової регуляції, що вказує на загальну нестабільність емоційно-вольового стану в умовах психотравмівного досвіду та вимушеного переміщення.

З метою вивчення особливостей соціальної взаємодії та міжособистісного функціонування ветеранів і військовослужбовців зі статусом внутрішньо переміщених осіб було застосовано Шкалу комунікативного потенціалу, яка є складовою опитувальника «Адаптивність-200». Ця шкала дозволяє оцінити здатність особи встановлювати й підтримувати соціальні контакти, ефективно взаємодіяти з оточенням, виявляти відкритість, гнучкість та стійкість у міжособистісних стосунках. Зведені дані представлені у табл. 2.4.

Таблиця 2.4

**Результати дослідження за шкалою комунікативного потенціалу (методика Адаптивність-200) на констатувальному етапі, n=30**

Рівень	Кількість респондентів	
	n	%
високий рівень	-	-
достатньо високий рівень	2	6,7
достатній рівень	5	16,7
середній рівень	4	13,3
задовільний рівень	4	13,3
понижений рівень	7	23,3
низький рівень	8	26,7
вкрай низький рівень	-	-

Згідно з отриманими даними, лише 2 респонденти (6,7%) продемонстрували достатньо високий рівень комунікативних здібностей, а 5 осіб (16,7%) – достатній рівень, що вказує на обмежену кількість учасників з ефективними соціальними навичками та високою адаптивністю у сфері міжособистісної взаємодії.

Водночас значна частина вибірки демонструє зниження комунікативного потенціалу: 7 респондентів (23,3%) мали понижений рівень, 8 осіб (26,7%) – низький рівень, що свідчить про наявність труднощів у побудові соціальних зв'язків, можливе відчуження, недовіру чи уникнення контактів з оточенням.

Крім того, 4 респонденти (13,3%) мали середній рівень, а ще 4 особи (13,3%) – задовільний, що свідчить про нестабільність у соціальній поведінці та необхідність розвитку комунікативних навичок.

Загальна структура результатів свідчить про виражені труднощі в міжособистісній сфері більшості учасників, що є серйозним чинником ризику у процесі соціальної адаптації.

Оцінка морально-етичної нормативності як компонента особистісної адаптації є важливою у вивченні внутрішніх орієнтирів, цінностей та меж соціально прийнятної поведінки ветеранів та військовослужбовців з досвідом внутрішнього переміщення. З цією метою у дослідженні було використано Шкалу морально-етичної нормативності з методики «Адаптивність-200». Зібрані дані відображають рівень морально-етичної регуляції поведінки учасників дослідження, що є важливим фактором у процесі адаптації до цивільного життя. Узагальнені результати подано в табл. 2.5.

*Таблиця 2.5*

**Результати дослідження за шкалою морально-етичної нормативності  
(методика Адаптивність-200) на констатувальному етапі, n=30**

Рівень	Кількість респондентів	
	n	%
дуже високий рівень	-	-
високий рівень	-	-
достатньо високий рівень	-	-
достатній рівень	7	23,3
в цілому достатній рівень	6	20
задовільний рівень	6	20
недостатній рівень	7	23,3
низький рівень	4	13,4
вкрай низький рівень	-	-

Результати свідчать про відсутність осіб із дуже високим, високим або навіть достатньо високим рівнем нормативності, що вказує на загальне зниження

морально-етичної регуляції у вибірці. Найбільшу частину респондентів становлять ті, хто продемонстрував: достатній рівень – 7 осіб (23,3%); в цілому достатній рівень – 6 осіб (20%); задовільний рівень – також 6 осіб (20%).

Водночас у 7 респондентів (23,3%) виявлено недостатній рівень морально-етичної нормативності, а 4 учасники (13,4%) продемонстрували низький рівень, що може свідчити про труднощі у внутрішньому моральному контролі, знижену відповідальність і ризики асоціальних проявів в умовах стресу.

Загалом, результати свідчать про фрагментарну сформованість морально-етичних засад у частини респондентів та про потребу в психологічній допомозі, спрямованій на розвиток ціннісно-нормативної сфери особистості.

З метою оцінки збереженості професійної ідентичності, мотивації до служби та ставлення до військової діяльності серед ветеранів та військовослужбовців з досвідом внутрішнього переміщення, було використано Шкалу військово-професійної спрямованості, що входить до складу методики «Адаптивність-200».

Результати за вказаною шкалою дозволяють визначити ступінь професійної адаптації та потенціал для продовження військової кар'єри або успішної перекваліфікації. Зведені дані подано в табл. 2.6.

*Таблиця 2.6*

**Результати дослідження за шкалою військово-професійної спрямованості (методика Адаптивність-200) на констатувальному етапі, n=30**

Рівень	Кількість респондентів	
	n	%
високий рівень	-	-
достатній рівень	11	36,7
в цілому достатній рівень	11	36,7
недостатній рівень	6	20
низький рівень	2	6,6

Аналіз результатів показав, що у 11 респондентів (36,7%) виявлено достатній рівень військово-професійної спрямованості, що свідчить про

збереження стабільної професійної мотивації та позитивного ставлення до служби у Збройних силах. Ще у 11 учасників (36,7%) зафіксовано загалом прийнятний рівень сформованості цього показника, що може свідчити про часткову підтримку професійної ідентичності за наявності певних сумнівів, внутрішньої нестійкості або переоцінки ціннісних орієнтацій у військовій сфері.

Водночас 6 респондентів (20%) виявили недостатній рівень спрямованості, що може бути наслідком професійного вигорання, емоційного виснаження або переоцінки цінностей після досвіду переміщення та бойових дій. У 2 респондентів (6,6%) виявлено низький рівень військово-професійної спрямованості, що може свідчити про виражену втрату ідентифікації з професійною діяльністю у військовій сфері та формування негативного ставлення до військової служби як складової особистісного та життєвого шляху.

Узагальнені результати дослідження свідчать про те, що, незважаючи на збереження професійної ідентичності у більшості респондентів, значна частина вибірки потребує психологічної підтримки в процесі переосмислення своєї військової ролі. Це включає необхідність у формуванні нових професійних орієнтирів, адаптації до змінених життєвих обставин або супроводі під час інтеграції у цивільне середовище.

У межах констатувального етапу дослідження окрему увагу було приділено вивченню схильності респондентів до девіантних форм поведінки, зокрема – аддиктивної (залежної) та делінквентної (соціально неприйнятної). З цією метою застосовано Шкалу схильності до девіантних форм поведінки, яка є складовим компонентом методики «Адаптивність-200». Дана шкала дозволяє виявити потенційні порушення у сфері саморегуляції, ризики втрати соціального контролю, а також наявність поведінкових стратегій, що можуть перешкоджати ефективній адаптації до мирного життя після досвіду війни та внутрішнього переміщення.

Оцінка девіантної схильності дає можливість визначити потребу в превентивних та корекційних психотерапевтичних заходах серед осіб, що входять до цільової вибірки. Зведені результати подано в табл. 2.7.

**Результати дослідження за шкалою схильності до девіантних форм поведінки (методика Адаптивність-200) на констатувальному етапі, n=30**

Рівень	Кількість респондентів	
	n	%
відсутність ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки	11	36,7
в цілому виражені ознаки девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки відсутні	10	33,3
відзначено наявність деяких ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки	9	30
наявність виразних ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки	-	-

Згідно з отриманими даними, у 11 респондентів (36,7%) повністю відсутні ознаки девіантних форм поведінки, що свідчить про збереження самоконтролю, стійкість до деструктивних впливів та достатню рівновагу в емоційно-поведінковій сфері. Ще 10 осіб (33,3%) показали, що в цілому ознаки девіантності відсутні, хоча можуть спостерігатися окремі незначні особливості в стилі поведінки, які не мають системного характеру.

Водночас у 9 респондентів (30%) було відзначено наявність деяких ознак девіантної поведінки, що може свідчити про схильність до ризикованих способів подолання стресу, потенційні залежності, імпульсивність або труднощі з дотриманням соціальних норм.

Хоча жоден із респондентів не продемонстрував виражених форм девіантної поведінки, виявлення відповідних ознак у третини вибірки може вказувати на наявність прихованих проявів психосоціальної дезадаптації, що потенційно загрожують порушенням поведінкової регуляції в умовах тривалого стресу або соціальної нестабільності. Це підтверджує доцільність застосування превентивних психопрофілактичних заходів, спрямованих на зниження ризику формування стійких девіантних стратегій поведінки.

Оцінка суїцидального ризику є критично важливою у роботі з ветеранами та військовослужбовцями, особливо з тими, хто має досвід внутрішнього переміщення та бойових дій. З цією метою на констатувальному етапі дослідження було застосовано Шкалу суїцидального ризику, що також входить до складу методики «Адаптивність-200». Даний інструмент дозволяє виявити як явні, так і латентні прояви схильності до аутоагресивної поведінки, включаючи суїцидальні думки, емоційну виснаженість, втрату смисложиттєвих орієнтирів та кризові форми реагування.

Оцінювання суїцидального ризику є не лише важливою частиною діагностичного процесу, а й підґрунтям для своєчасного психологічного втручання. Узагальнені результати оцінювання респондентів за цією шкалою наведено в табл. 2.8.

Таблиця 2.8

**Результати дослідження за шкалою суїцидального ризику (методика  
Адаптивність-200) на констатувальному етапі, n=30**

Рівень	Кількість респондентів	
	n	%
відсутність ознак суїцидального ризику	3	10
в цілому виразних ознак суїцидальної схильності не виявлено	1	3,3
відзначена наявність окремих ознак суїцидальної схильності	16	53,4
відзначена наявність виразних ознак суїцидальної схильності	10	33,3

Отримані результати засвідчують високу психологічну уразливість частини вибірки. Зокрема: у 10 респондентів (33,3%) виявлено виразні ознаки суїцидальної схильності, що вказує на наявність серйозних кризових переживань, емоційного виснаження, почуття безвиході або втрати сенсу життя; ще 16 осіб (53,4%) мали окремі ознаки суїцидальної схильності, що може

свідчити про наявність суїцидальних думок, емоційної дестабілізації або нестійкості до стресових факторів.

Лише у 3 респондентів (10%) зафіксовано повну відсутність ознак суїцидального ризику, що свідчить про стабільний емоційний стан. У ще одного учасника (3,3%) виявлено незначні, слабо виражені емоційні коливання без наявності критичних проявів, які б свідчили про загрозу для психічного благополуччя.

Загалом, у 90% учасників дослідження спостерігаються ті чи інші ступені суїцидального ризику, що вказує на критичну потребу у психологічному супроводі, кризовій інтервенції та довгостроковій психокорекційній підтримці.

З метою комплексного вивчення впливу бойового досвіду та переживань, пов'язаних із внутрішнім переміщенням, на психоемоційний стан ветеранів і військовослужбовців, на констатувальному етапі дослідження було застосовано методика «Шкала хронічного воєнного стресу цивільних» (ШХВС-Ц). Ця методика дозволяє оцінити не лише загальний рівень хронічного стресу, а й специфіку його проявів за трьома ключовими субшкалами: травматична реактивність (ТР), емоційна ізоляція (ЕІ) та когнітивне уникання (КУ).

Дослідження спрямоване на виявлення ступеня психологічного навантаження, пов'язаного з наслідками бойових дій, повторними переживаннями травматичних подій, зниженням соціальної залученості та уникненням нагадувань про конфлікт. Отримані результати дозволяють сформулювати уявлення про глибину хронічного стресу та його психофізіологічні прояви у цільовій групі. Підсумкові дані розраховано на основі сирих балів (Додаток 3) та подано в табл. 2.9.

Таблиця 2.9

**Результати дослідження за методикою «Шкала хронічного воєнного стресу (ШХВС-Ц)» на констатувальному етапі, n=30**

Показник	Рівень	Кількість респондентів	
		n	%
Загальний показник стресу	низький	-	-
	помірний	1	3,3
	високий	27	90
	дуже високий	2	6,7
Травматична реактивність (ТР)	низький	-	-
	помірний	4	13,3
	високий	20	66,7
	дуже високий	6	20
Емоційна ізоляція (ЕІ)	низький	-	-
	помірний	1	3,3
	високий	20	66,7
	дуже високий	9	30
Когнітивне уникання (КУ)	низький	-	-
	помірний	4	13,3
	високий	18	60
	дуже високий	8	26,7

У табл. 2.9 наведено результати діагностики хронічного воєнного стресу за методикою ШХВС-Ц (Шкала хронічного воєнного стресу цивільних) серед ветеранів та військовослужбовців із досвідом внутрішнього переміщення. Методика дозволила оцінити як загальний рівень стресу, так і його три основні прояви: травматичну реактивність (ТР), емоційну ізоляцію (ЕІ) та когнітивне уникання (КУ).

Загальний показник стресу виявився надзвичайно високим: 27 респондентів (90%) мали високий рівень хронічного воєнного стресу; ще 2 особи (6,7%) – дуже високий рівень; лише 1 респондент (3,3%) продемонстрував

помірний рівень, низький рівень у вибірці не виявлено. Це свідчить про системну та глибоку психотравматизацію більшості учасників.

За субшкалою травматичної реактивності (ТР): 66,7% продемонстрували високий рівень; 20% – дуже високий; 13,3% – помірний. Це вказує на часті повторні переживання травматичних подій, гіперзбудливість, реакції на тригери (звуки, образи, ситуації).

За шкалою емоційної ізоляції (ЕІ): 66,7% респондентів мали високий рівень; 30% – дуже високий; лише одна особа (3,3%) мала помірний рівень. Це свідчить про тенденцію до емоційного віддалення, відчуження, втрату емоційного зв'язку з оточенням.

За шкалою когнітивного уникання (КУ): 60% мали високий рівень; 26,7% – дуже високий; 13,3% – помірний. Цей показник демонструє активну психічну стратегію уникнення спогадів, думок і нагадувань про травматичні події.

Загалом результати свідчать про високу інтенсивність симптомів хронічного стресу у вибірці, що вказує на критичну потребу у довгостроковій психологічній допомозі для попередження подальших проявів ПТСР, емоційної ізоляції та соціальної дезадаптації.

З метою оцінки тяжкості посттравматичних проявів серед ветеранів та військовослужбовців із досвідом внутрішнього переміщення на констатувальному етапі дослідження було застосовано Міссісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант). Цей інструмент є однією з найвідоміших стандартизованих методик, спеціально розроблених для виявлення посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а також для диференціації рівня адаптації, наявності психічних розладів та ступеня вираженості посттравматичної симптоматики.

Методика дозволяє не лише констатувати наявність ПТСР, а й окреслити спектр розладів, що мають травматичну основу, та оцінити загальний рівень психоемоційної адаптації особистості до умов мирного життя після пережитого бойового досвіду. Узагальнені результати оцінювання розраховано на основі сирих балів (Додаток І) та представлено в табл. 2.10.

**Результати дослідження за методикою «Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» на констатувальному етапі, n=30**

Оцінка посттравматичних реакцій	Кількість респондентів	
	N	%
Добре адаптовані	4	13,3
Психічні розлади	18	60
ПТСР	8	26,7

Результати свідчать про значну психоемоційну вразливість досліджуваної вибірки: 60% респондентів (n = 18) виявили ознаки психічних розладів, що можуть включати тривожні, депресивні, соматоформні симптоми, пов'язані з пережитими травматичними подіями; 8 учасників (26,7%) отримали оцінки, які однозначно вказують на наявність ПТСР – одного з найтяжчих наслідків психотравмівного досвіду, що супроводжується повторними флешбеками, емоційною загальмованістю, гіперзбудженням та униканням; лише 4 особи (13,3%) були класифіковані як добре адаптовані, що свідчить про збережені механізми психологічного захисту та стійкість до психотравмівних чинників.

Загальна структура результатів засвідчує домінування клінічно значущих проявів дезадаптації серед учасників, що підкреслює актуальність спеціалізованої психотерапевтичної допомоги, спрямованої на подолання наслідків ПТСР, стабілізацію психоемоційного стану та формування ресурсних механізмів подолання.

Для комплексної оцінки емоційно-особистісної сфери респондентів на констатувальному етапі дослідження було використано методику «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, яка дозволяє визначити рівень чотирьох базових психічних станів: тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Ці стани мають ключове значення для розуміння внутрішньої напруги, адаптивних можливостей особистості, схильності до імпульсивних або дезадаптивних

реакцій у складних життєвих умовах. Зведені результати розраховано на основі сирих балів (Додаток К, Додаток Л) та представлено в табл. 2.11.

Таблиця 2.11

**Результати дослідження за методикою «Самооцінка психічних станів»  
(Г. Айзенка) на констатувальному етапі, n=30**

Стан	Рівень	Кількість респондентів	
		N	%
Тривожність	Низький	-	-
	Середній	25	83,3
	Високий	5	16,7
Фрустрація	Низький	-	-
	Середній	23	76,7
	Високий	7	23,3
Агресивність	Низький	-	-
	Середній	20	66,7
	Високий	10	33,3
Ригідність	Низький	-	-
	Середній	21	70
	Високий	9	30

Аналіз даних, представлених у табл. 2.11, свідчить про те, що переважна більшість респондентів (83,3%) характеризуються середнім рівнем тривожності, що може інтерпретуватись як показник стійкого внутрішнього напруження, підвищеної тривожної настороженості та очікування несприятливих подій. У 16,7% учасників виявлено високий рівень тривожності, що вказує на більш інтенсивні прояви тривожного стану, зокрема труднощі з концентрацією уваги, підвищену емоційну чутливість до стресових впливів і можливі порушення сну. Звертає на себе увагу той факт, що жоден з респондентів не продемонстрував низького рівня тривожності, що додатково засвідчує наявність хронічного емоційного напруження в досліджуваній вибірці.

Подібна ситуація спостерігається і щодо фрустрації: 76,7% респондентів перебувають у межах середніх значень, що вказує на збереження базового рівня

емоційної стійкості, але разом із тим – про наявність незадоволених потреб, відчуття обмеженості можливостей або внутрішньої напруги. Ще 23,3% мали високий рівень фрустрації, що може свідчити про глибоке розчарування, відчуття безпорадності чи нездатність впливати на хід власного життя після травматичних подій.

Щодо агресивності, то у більшості учасників – 66,7% – рівень залишається у межах норми (середній), однак третина вибірки (33,3%) демонструє високі показники, що може вказувати на підвищену дратівливість, імпульсивність або приховану ворожість, які часто залишаються неусвідомленими, але проявляються в міжособистісних взаємодіях.

Також показовими є результати за шкалою ригідності, яка відображає психологічну гнучкість особистості. У 70% респондентів зафіксовано середній рівень, проте 30% продемонстрували високу ригідність, що свідчить про труднощі в адаптації до змін, перевагу жорстких установок та невміння швидко перебудовуватися у змінному середовищі.

Узагальнені результати дослідження вказують на наявність у більшості респондентів помірного рівня емоційної напруженості, хоча в окремих випадках простежуються виражені ознаки психологічної дезадаптації. Комбінація підвищених показників тривожності, фрустрації та агресивності за умов когнітивної ригідності створює підґрунтя для формування внутрішньоособистісних конфліктів, що потребують цілеспрямованого психокорекційного втручання в межах психологічної допомоги.

Отже, підсумкові дані констатувального етапу емпіричного дослідження засвідчили наявність виражених і системних психоемоційних ускладнень у ветеранів та військовослужбовців з досвідом внутрішнього переміщення. Усі без винятку учасники виявили певний рівень тривожності, причому переважна більшість (73,3%) – середній і високий рівні, що вказує на значне емоційне напруження. Аналогічно критичним є показник стійкості до бойового стресу: жоден респондент не продемонстрував достатньої або високої стресостійкості, а у 43,3% вона виявилася низькою.

Також виявлено високий рівень нервово-психічної нестійкості у значної частини вибірки, що поєднується з порушеннями поведінкової регуляції, емоційною вразливістю та недостатнім самоконтролем. Комунікативна сфера учасників також характеризується переважно пониженим і низьким потенціалом, що ускладнює їхню соціальну адаптацію.

Морально-етична нормативність у вибірці носить фрагментарний характер: відсутність високих значень свідчить про зниження регуляторної функції ціннісно-нормативної системи. Водночас професійна ідентичність зберігається на достатньому або частково достатньому рівні у понад 70% респондентів, хоча майже третина демонструє ознаки професійного вигорання або втрати мотивації до військової діяльності.

Дані про схильність до девіантних форм поведінки показали, що у третини опитаних є ознаки дезадаптивних стратегій реагування, які можуть проявитися у стресогенних умовах. Особливо тривожним є показник суїцидального ризику: 86,7% респондентів мають окремі або виразні ознаки суїцидальної схильності.

Хронічний військовий стрес, відповідно до результатів шкали ШХВС-Ц, зафіксовано на високому або дуже високому рівні у 96,7% учасників, що супроводжується виразною травматичною реактивністю, емоційною ізоляцією та когнітивним униканням. Понад 85% респондентів демонструють клінічно значущі прояви посттравматичної симптоматики, включно з ПТСР та іншими психічними розладами.

Додатковий аналіз емоційно-особистісних характеристик (за методикою Айзенка) підтверджує загальний висновок про психологічну напруженість: високі рівні тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності свідчать про глибокі порушення внутрішньої рівноваги, недостатню емоційну гнучкість і стійкість до змін.

Отже, результати дослідження вказують на високий рівень дезадаптації ветеранів та військовослужбовців з досвідом внутрішнього переміщення, що проявляється у виражених тривожних, стресових, дезорганізаційних та

посттравматичних симптомах. Отримані дані підтверджують нагальну потребу в системній психологічній допомозі даній категорії населення.

## РОЗДІЛ 3

### РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОГРАМИ ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ЗІ СТАТУСОМ ВПО «НОВИЙ ФРОНТ: ЖИТТЯ»

#### **3.1. Закордонні та вітчизняні моделі психологічної допомоги ветеранам та військовослужбовцям зі статусом ВПО**

Сучасні війни та збройні конфлікти залишають по собі не лише фізичні руйнування, а й глибокі психологічні наслідки для учасників бойових дій та цивільного населення, змушеного покидати свої домівки. Ветерани та військовослужбовці, які водночас мають статус внутрішньо переміщених осіб (ВПО), є особливо вразливою категорією, що перебуває у полі перехресного впливу бойового стресу, втрати соціальних зв'язків, дезадаптації та посттравматичних розладів. У відповідь на ці виклики в різних країнах світу розробляються та апробуються різні моделі психологічної допомоги, спрямовані на відновлення психічного здоров'я, розвиток адаптивних стратегій подолання, підвищення резиліентності та соціальну інтеграцію цієї групи. Ці підходи відображають еволюцію уявлень про природу психотравми, адаптаційні механізми та соціальну реінтеграцію осіб, які зазнали впливу воєнних подій. Подальший огляд зосереджено на ключових зарубіжних теоретичних моделях, що становлять основу сучасних практик психологічної допомоги та можуть бути адаптовані до українського контексту.

Однією з найбільш теоретично обґрунтованих моделей є трансдіагностичний підхід СЕТА, розроблений дослідниками Університету Дж. Гопкінса (США) як інноваційний психотерапевтичний інструмент, який дозволяє реалізовувати ефективну психологічну підтримку в умовах обмежених ресурсів і нестачі спеціалізованих кадрів. Цей підхід інтегрує модулі когнітивно-поведінкової терапії та базується на трансдіагностичному принципі, що означає спрямованість не на окрему психіатричну нозологію, а на спільні

патопсихологічні механізми різних психічних розладів. Такий підхід дозволяє працювати одночасно з проявами депресії, тривожності, посттравматичного стресового розладу, емоційної дезрегуляції та соматичних скарг.

Модель СЕТА включає набір модулів, серед яких поведінкова активація, когнітивна реструктуризація, експозиція до травматичних спогадів, розвиток навичок комунікації, релаксаційні техніки, подолання уникнення, техніки самопідтримки. Послідовність використання цих компонентів визначається індивідуально, що забезпечує високу адаптивність втручання [51].

Теоретичною основою СЕТА виступає когнітивна модель дистресу, відповідно до якої емоційні розлади виникають не стільки внаслідок самої травматичної події, скільки через когнітивні викривлення та автоматичні негативні переконання, які формуються у процесі її сприйняття. Зміна цих переконань, а також відновлення навичок регуляції поведінки та емоцій, становлять ключові механізми психокорекції в межах цієї моделі.

Важливо, що СЕТА має високу культурну чутливість, тобто здатна адаптуватися до конкретного соціального, економічного й культурного контексту, що особливо актуально для роботи з ветеранами та ВПО в українських реаліях. Універсальність, гнучкість, науково обґрунтована структура та доведена ефективність роблять СЕТА однією з найбільш релевантних моделей для широкого впровадження.

Іншим важливим підходом є модель взаємопідтримки, або *peer support*, що ґрунтується на принципі терапевтичного ефекту допомоги іншому (*helper-therapy principle*), сформульованому в США у 1960-х роках. Ця модель отримала розвиток у реабілітаційних програмах для психіатричних пацієнтів, а згодом була адаптована для роботи з ветеранами у таких ініціативах, як *Vets4Vets* (США) або *OSISS* (Канада) [49].

Центральною ідеєю є те, що взаємодія між людьми з подібним досвідом травми має подвійний ефект: вона допомагає не лише отримувачеві підтримки, а й самому помічникові. До основних психологічних механізмів дії *peer support* належать реалізація позитивної соціальної ролі, що підвищує самооцінку; опора

на власний досвід подолання, що набуває цінності як експериментальне знання; соціальне навчання через приклад; а також нормалізація психоемоційного стану через процес соціального порівняння [49]. Ветеран, який бере участь у системі підтримки як помічник, водночас стає моделлю успішного подолання, джерелом надії та доказом можливості відновлення. Peer support формує простір психологічної безпеки, довіри та рівності, що має ключове значення для осіб із досвідом бойового травмування. Модель відповідає принципам trauma-informed care, адже визнає важливість суб'єктивного досвіду, уникає ретравматизації та активує внутрішні ресурси громади. Крім того, peer-підходи сприяють формуванню соціального капіталу, залученню ветеранів до активної громадської діяльності, посиленню почуття ідентичності та подоланню соціальної ізоляції. Цей підхід є дієвим навіть за умов обмеженого доступу до фахової психотерапевтичної допомоги, а також може інтегруватися з іншими інтервенціями, такими як індивідуальна або групова терапія.

Модель посттравматичного зростання (Post-Traumatic Growth, PTG), сформульована Р. Тедескі та Л. Келгуном у рамках позитивної психології, пропонує принципово інший підхід до подолання травматичного досвіду. Згідно з цією теорією, важкі життєві події можуть стати каталізатором для глибинної внутрішньої трансформації, переосмислення життєвих цінностей, відкриття нових перспектив і зростання особистості [59].

Теоретичною основою моделі є концепція когнітивної перебудови смислових структур, відповідно до якої кризовий досвід руйнує наявну систему уявлень про світ і себе, але водночас стимулює побудову нової, більш зрілої й адаптованої. Модель PTG виокремлює п'ять доменів позитивних змін: переоцінка життєвих цінностей, зростання внутрішньої сили, відкриття нових можливостей, поглиблення міжособистісних стосунків та екзистенційне зростання.

У практичній площині це означає, що робота з ветеранами може бути спрямована не лише на зменшення симптомів ПТСР, а й на активізацію потенціалу розвитку, пошук нових сенсів і формування позитивної ідентичності.

Важливою умовою реалізації РТГ є наявність підтримуючого соціального середовища, що сприяє рефлексії та інтеграції досвіду, а також наявність фахово організованих інтервенцій, які активують процес когнітивного осмислення. У цьому контексті РТГ не суперечить, а доповнює інші моделі, зокрема СЕТА (як джерело технік когнітивного опрацювання) та peer support (як джерело безпечного простору й підтримки). Модель РТГ актуальна для екзистенційної, гуманістичної та військової психології, оскільки розширює уявлення про відновлення не лише як про повернення до норми, а як про процес особистісного зростання.

Після розгляду зарубіжних моделей психологічної допомоги необхідно звернути увагу на вітчизняні підходи, які формуються з урахуванням українського соціокультурного контексту, специфіки бойового досвіду, особливостей внутрішнього переміщення та наявних інституційних ресурсів.

Одним із таких підходів є модель Combat Path Debriefing, яка впроваджується Збройними Силами України та адаптована до принципів combat and operational stress control (COSC) [47]. Вона передбачає організацію пост-ротаційних сесій психологічного дібрифінгу для військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій. Завданнями цих сесій є емоційне розвантаження, нормалізація реакцій на стрес, підтримка згуртованості підрозділу та передача адаптивних навичок подолання. Теоретичною основою є концепції колективної емпатії, зняття бойової напруги, підтримки відчуття безпеки та поступового переходу до мирного стану психіки. Важливою рисою цього підходу є його превентивний характер та акцент на групову динаміку, що робить його ефективним у контексті військових структур.

Ще одним актуальним прикладом є модель цифрової самопомоги Self-Help Online, яка набуває поширення серед внутрішньо переміщених осіб і потенційно адаптована до потреб ветеранів [60; 61]. Ця платформа надає доступ до психоедукаційних матеріалів, інтерактивних вправ і самостійних технік стабілізації, зокрема тренінгів зі зниження тривожності, поліпшення сну, релаксації, дихальних практик, зміни автоматичних думок і формування

позитивного мислення. Теоретична основа платформи базується на когнітивній поведінковій парадигмі, концепції саморегуляції та принципах доступності психологічної допомоги. Онлайн-формат знижує бар'єр до отримання підтримки, забезпечує конфіденційність і гнучкість у використанні, що є критично важливим для людей, які пережили переміщення, втрату дому або перебувають у кризових обставинах.

Третім прикладом вітчизняної моделі є програма «Ти як?», ініційована Координаційним центром психічного здоров'я при Кабінеті Міністрів України, яка базується на принципах Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) та фреймворку Міжагентської постійної комісії (IASC) [48]. Ця програма реалізується на макрорівні й передбачає мультиагентну співпрацю державних, громадських та міжнародних структур.

У межах програми здійснюється навчання осіб першого контакту – соціальних працівників, освітян, волонтерів – навичкам психоедукації, психологічної першої допомоги, розпізнавання дистресу та перенаправлення до спеціалізованої допомоги. Особливий акцент робиться на розвитку потенціалу громад як середовищ підтримки, впровадженні моделей локальної стійкості, посиленні згуртованості та відновленні соціального функціонування. Таким чином, ця програма розширює рамки індивідуального втручання, формуючи системну платформу для психологічного супроводу ветеранів і ВПО.

У підсумку, вітчизняні підходи до психологічної допомоги ветеранам і військовослужбовцям зі статусом ВПО демонструють синтез міжнародних теоретичних моделей та практичну адаптацію до національного контексту. Combat Path Debriefing забезпечує інтервенції на рівні військових підрозділів; Self-Help Online – інструменти для індивідуального відновлення; програма «Ти як?» – мультиагентну інтеграцію на рівні громади. Такий багаторівневий підхід створює фундамент для комплексної програми «Новий фронт: Життя», що враховує як потреби цільової групи, так і наукові підходи, доказані у міжнародному та українському контекстах.

### **3.2. Теоретичне обґрунтування змісту та структури програми психологічної допомоги «Новий фронт: життя»**

Розробка програми психологічної допомоги ветеранам та військовослужбовцям зі статусом ВПО «Новий фронт: життя» ґрунтується на системному інтегруванні науково апробованих теоретичних підходів, адаптованих до специфіки подвійної вразливості цільової групи – досвіду бойового травмування та втрати базових соціальних опор внаслідок внутрішнього переміщення.

Основою конструювання змісту програми виступає когнітивно-поведінкова парадигма як універсальна модель інтервенції, що дозволяє цілеспрямовано впливати на когнітивні викривлення, автоматичні думки та деструктивні поведінкові патерни, які формуються внаслідок впливу бойового та адаптаційного стресу. Теоретичним ядром програми є трансдіагностичний підхід, представлений моделлю СЕТА (Common Elements Treatment Approach), який дозволяє працювати з широким спектром психоемоційних симптомів без необхідності попередньої діагностики, що особливо актуально у кризових умовах. У програму включено модулі поведінкової активації, когнітивної реструктуризації, експозиції до травматичних спогадів, управління тривожністю, опрацювання втрат і ресурсного зміцнення. Інтервенції базуються на поетапному принципі з індивідуалізованою послідовністю впровадження, що забезпечує адаптивність до потреб конкретного учасника.

Додатковим теоретичним вектором є модель посттравматичного зростання (Post-Traumatic Growth), згідно з якою криза може стати каталізатором розвитку, формування нової системи смислів та особистісної трансформації. Це передбачає включення в програму рефлексивних практик, інтервенцій, спрямованих на формування нової життєвої перспективи, екзистенційного осмислення травми, активізацію суб'єктної позиції та розвитку внутрішньої сили.

Також в основу програми покладено принцип взаємопідтримки (peer support), який реалізується через створення груп взаємодії, де ветерани мають

можливість виконувати роль фасилітаторів або менторів. Це створює безпечне середовище, знижує бар'єр до включення в терапевтичний процес, сприяє нормалізації переживань через механізми соціального порівняння та експериментального знання, а також забезпечує подвійний терапевтичний ефект – як для отримувача допомоги, так і для ветерана-помічника.

Додатково програма використовує цифровий компонент як інструмент супроводу між сесіями та ресурсну підтримку в умовах ізоляції або обмеженого доступу до фахівця. Він базується на принципах самопомоги й саморегуляції та включає психоедукаційні матеріали, дихальні практики, техніки стабілізації й формування навичок стрес-менеджменту.

Структура програми побудована за принципом фазовості:

- перший етап передбачає встановлення контакту, стабілізацію та психоедукацію;
- другий – цільову психологічну допомогу;
- третій – інтеграцію досвіду та розвиток посттравматичного зростання.

Кожна сесія містить теоретичне ядро, практичну частину з вправами та техніками, блок рефлексії, а також рекомендовані ресурси для самостійного опрацювання.

Таким чином, програма «Новий фронт: життя» є науково обґрунтованою, структурованою та цілісною інтервенційною системою, яка поєднує ефективні елементи міжнародних моделей з адаптованим змістом, чутливим до українського контексту війни, переміщення та посттравматичної адаптації.

Мета програми: забезпечення цілісної психологічної підтримки ветеранів та військовослужбовців зі статусом ВПО через стабілізацію емоційного стану, зменшення симптомів ПТСР, розвиток навичок саморегуляції, активізацію внутрішніх ресурсів, формування позитивної ідентичності та відновлення соціальної інтеграції.

Цільова аудиторія: ветерани бойових дій з досвідом внутрішнього переміщення; чинні військовослужбовці, які мають статус ВПО; особи, що повертаються із зони бойових дій і мають труднощі з адаптацією.

Формат програми:

Тривалість: 8 тижнів

Форма проведення: змішана (групові сесії + індивідуальні інтервенції + цифрові компоненти для самодопомоги)

Сесії: 1 раз на тиждень, тривалість – 90 хв

Кількість учасників у групі: 6–8 осіб

Фасилітатор: сертифікований психолог/психотерапевт, за можливості – у парі з ветераном-консультантом (peer-mentor)

План програми психологічної допомоги «Новий фронт: життя» представлений у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

**План програми психологічної допомоги «Новий фронт: життя»**

№	Назва заняття	Зміст і структура заняття
1	Налагоджуємо співпрацю	Вступна вправа «Приємно познайомитись!», інтерактивні ігри: «Обмін місцями», «Рухлива змійка». Ознайомлення з метою програми, правилами роботи у групі. Обговорення очікувань, створення безпечного простору.
2	Стабілізуємось разом	Психоедукація про стрес і ПТСР. Вправи на заземлення, дихальні техніки. Релаксаційна вправа «Сканування тіла». Обговорення способів самостабілізації.
3	Розпізнаємо емоції	Вправа «Мій емоційний барометр», психоедукація про емоційний інтелект. Робота з базовими емоціями: страх, гнів, сум. Групове обговорення, техніка «Я-повідомлення».
4	Керуємо думками	Психоедукація про автоматичні думки, когнітивні викривлення. Вправа «Заміни негатив на конструктив». Розбір прикладів з досвіду учасників, техніка рефреймінгу.

## Продовження табл. 3.1

5	Сила у взаємопідтримці	Історії подолання. Вправа «Мій ресурсний герой». Модель peer support у дії: взаємна підтримка в парах. Групове обговорення досвіду допомоги іншим.
6	Відкриваємо нові смисли	Знайомство з концепцією посттравматичного зростання. Техніка «Дерево змін». Рефлексія щодо змін після травматичних подій, пошук нових сенсів.
7	Повернення до себе	Техніки самоспівчуття, образи внутрішнього захисника. Практика «Безпечне місце», арт-вправа «Мій щит». Робота над внутрішніми опорами та самоцінністю.
8	Мій новий фронт – життя	Підсумкова рефлексія. Колаж майбутнього, створення особистого плану дій. Завершальний ритуал, символічне закриття групи, обмін підтримкою.

### ***Заняття №1 «Налагоджуємо співпрацю»***

Мета заняття: формування сприятливого психологічного середовища, необхідного для ефективної групової взаємодії; ознайомлення учасників із метою програми, структурою та форматом соціально-психологічного тренінгу; представлення основних принципів і правил роботи в групі; створення атмосфери довіри, емоційної безпеки, відкритості та взаємної підтримки.

Очікувані результати: встановлення міжособистісного контакту між учасниками; формування атмосфери довіри, відкритості та емоційної безпеки; засвоєння правил групової взаємодії; актуалізація очікувань учасників щодо подальших занять.

Необхідні матеріали: ватман, маркери, стікери або бейджі, аркуші А4, стільці, просторе приміщення для рухливих вправ.

#### **I. Вступ (10 хвилин)**

Вітальне слово ведучого.

Коротке ознайомлення з цілями програми та структурою курсу.

Представлення тренера.

Інструктаж щодо безпечного середовища та добровільної участі.

## II. Основна частина (45–55 хвилин)

### Вправа «Приємно познайомитись!» (10 хвилин)

Мета: знайомство учасників, зниження напруги, формування відкритості.

Зміст: кожен учасник створює власну «візитку» (може вказати справжнє або уявне ім'я, яке йому комфортне), прикріплює її на одяг і коротко розповідає про себе та свої очікування від участі в тренінгу.

Обговорення: групове обговорення першого враження, вільне висловлення очікувань.

### Вправа «Правила нашої групи» (10–15 хвилин)

Мета: розробка спільних правил групової взаємодії.

Зміст: тренер зачитує або демонструє запропоновані правила. Учасники обговорюють, вносять доповнення або зміни. Правила фіксуються на ватмані, який залишається на видному місці.

Обговорення: рефлексія щодо значення кожного правила, їх важливості для психологічної безпеки.

### Інтерактивна гра «Обмін місцями» (10–15 хвилин)

Мета: формування позитивного емоційного фону, налагодження комунікації.

Зміст: учасники утворюють коло. Один стоїть у центрі та озвучує фразу «Обміняйтесь місцями ті, хто...» (наприклад, має домашнього улюбленця / любить каву / рано встає тощо). Гра триває, поки всі охочі не побудуть у центрі. Рефлексія: обговорення відчуттів та емоцій під час активності.

### Рухлива вправа «Рухлива змійка» (15–20 хвилин)

Мета: зняття бар'єрів, фізичне включення, згуртування.

Зміст: один учасник виходить із кімнати. Інші утворюють «заплутану» змійку, тримаючись за руки. Завдання того, хто повернувся, – «розплутати» змійку.

Рефлексія: коротке обговорення про відчуття підтримки, командної роботи, контактності.

## III. Заклучна частина (10–15 хвилин)

Релаксація: вправа на поетапне напруження та розслаблення м'язів.

Зворотний зв'язок: запитання до учасників: «Що нового сьогодні дізналися про групу/себе?», «Що запам'яталося найбільше?», «Чого очікуєте від наступного заняття?».

Анонс наступного заняття: коротка інформація про тему і формат.

Прощання: формування кола, дружнє завершення словами підтримки та вдячності.

### ***Заняття №2 «Стабілізуємось разом»***

Мета заняття: ознайомлення учасників із природою стресових реакцій і симптомами ПТСР у контексті військового досвіду, формування початкових навичок емоційної саморегуляції та тілесної стабілізації, розвиток усвідомленого ставлення до власного стану й ресурсів.

Очікувані результати: учасники отримують базові знання про механізми стресу та ПТСР, вчать розпізнавати сигнали перевантаження, засвоюють техніки самозаспокоєння, дихальної регуляції та тілесного заземлення, набувають досвід релаксації.

Необхідні матеріали: презентація (або плакати) з інформацією про стрес і ПТСР, друковані схеми дихальних технік, килимки або пледи для релаксаційної вправи, аудіофайл або інструкція до сканування тіла, ватман і маркери.

I. Вступ (10 хвилин)

Привітання.

Нагадування правил взаємодії у групі.

Коротке введення в тему заняття: чому важливо знати, як працює наш мозок і тіло під час стресу.

Формулювання теми та цілей сесії.

II. Основна частина (45–55 хвилин)

Психоедукаційний блок: «Стрес і ПТСР: як реагує мозок» (10–15 хвилин)

Мета: підвищити інформованість про природу психотравми.

Зміст: коротке пояснення у форматі лекції або діалогу:

- Що таке стресова реакція, тривожність і ПТСР.

- Основні прояви ПТСР: гіпервозбудження, уникання, флешбеки, порушення сну.
- Принцип триєдиного мозку: реакції «бий», «тікай» або «завмири».
- Нормалізація реакцій: «Те, що з вами відбувається – не ознака слабкості, а наслідок надмірного навантаження».

Обговорення: запрошення до діалогу – які реакції знайомі учасникам, які з них найчастіше трапляються.

Вправа «Заземлення через 5 органів чуття» (10 хвилин)

Мета: стабілізація нервової системи, повернення уваги до «тут і тепер».

Зміст: тренер послідовно пропонує: назвати 5 речей, які бачите; 4 речі, які можете відчувати на дотик; 3 звуки, які чуєте; 2 запахи; 1 смак.

Обговорення: відчуття до, під час і після вправи.

Дихальна вправа «4-7-8» (10 хвилин)

Мета: активація парасимпатичної нервової системи.

Зміст: інструкція тренера – вдих на 4 секунди, затримка дихання на 7 секунд, видих на 8 секунд. Повторити 4–6 циклів.

Обговорення: фізичні й емоційні відчуття після вправи.

Релаксаційна вправа «Сканування тіла» (15–20 хвилин)

Мета: глибоке розслаблення, тілесна інтеграція.

Зміст: учасники лягають або сідають зручно, закривають очі. Тренер (або аудіозапис) проводить усвідомлене сканування від голови до п'ят, з фокусом на відчуттях у кожній частині тіла.

Обговорення: добровільне ділення досвідом, запитання.

III. Заключна частина (10–15 хвилин)

Рефлексія: що було новим? Яка вправа сподобалась найбільше? Які труднощі виникли?

Міні-коло «Мій спосіб стабілізації»: кожен учасник ділиться способом, який може спрацювати саме для нього.

Анонс наступного заняття: короткий огляд теми про емоції, з якими стикається ветеран або ВПО після травми.

Ритуал завершення: обмін словами підтримки, створення символічного жесту (наприклад, покласти руку на серце та в тиші побажати собі й іншим спокою до наступної зустрічі).

### *Заняття №3 «Розпізнаємо емоції»*

Мета заняття: розвиток навичок емоційної обізнаності, ідентифікації та вербалізації власних почуттів, формування засад емоційного інтелекту як важливого ресурсу для саморегуляції, подолання конфліктів і побудови конструктивної комунікації в умовах адаптації до цивільного життя.

Очікувані результати: учасники поглиблюють усвідомлення власних емоційних станів, навчаються розрізняти та називати базові емоції, розуміють зв'язок між переживаннями та поведінкою, засвоюють конструктивні форми емоційного вираження та практикують техніку «Я-повідомлень».

Необхідні матеріали: шаблони емоційного барометра, роздруковані картки з назвами базових емоцій, кольорові маркери, аркуші А4, фліпчарт або дошка, ватман для колективного обговорення, списки формулювання «Я-повідомлень».

#### I. Вступ (10 хвилин)

Привітання, нагадування теми і цілей заняття.

Невелика вступна вправа на налаштування: «Оцініть свій емоційний стан від 1 до 10».

Пояснення важливості емоцій у повсякденному функціонуванні, зокрема в умовах посттравматичного досвіду.

#### II. Основна частина (45–55 хвилин)

Психоедукаційний блок: «Емоційний інтелект і базові емоції» (10 хвилин)

Мета: ознайомлення з поняттям емоційного інтелекту, значенням розпізнавання та регулювання емоцій.

Зміст:

Визначення емоційного інтелекту: здатність усвідомлювати, розуміти, виражати та регулювати емоції.

Огляд базових емоцій (за П. Екманом): страх, гнів, сум, радість, відраза, здивування.

Особливості переживання та функції страху, гніву, смутку в контексті досвіду ветерана.

Обговорення: «Яку з базових емоцій я відчував найчастіше останнім часом?»

Вправа «Мій емоційний барометр» (15 хвилин)

Мета: розвиток здатності ідентифікувати та візуалізувати свій емоційний стан.

Зміст: кожному учаснику роздається шаблон барометра із шкалою емоційної інтенсивності (наприклад: 0 – спокій, 5 – помірне збудження, 10 – максимальна напруга). Учасники відзначають на шкалі свій актуальний стан, після чого малюють або коротко описують емоцію, яка відповідає цій позначці.

Обговорення: у групі або парах – що вплинуло на емоцію, як її розпізнати раніше.

Міні-групова робота «Обличчя емоцій» (10–15 хвилин)

Мета: навчитися розрізняти вирази емоцій у собі та інших.

Зміст: учасники об'єднуються у 3 підгрупи (страх, гнів, сум). Кожна підгрупа готує коротку міні-презентацію:

- як ця емоція проявляється у тілі, поведінці, думках;
- які ситуації її викликають;
- як можна її виражати конструктивно.

Презентація й обговорення: інші групи ставлять запитання, доповнюють.

Вправа «Я-повідомлення» (10–15 хвилин)

Мета: навчитися конструктивно виражати емоції, не звинувачуючи співрозмовника.

Зміст: тренер пояснює формулу «Я-повідомлення»:

Я відчуваю (емоція),  
коли (опис ситуації),  
тому що (пояснення),  
і мені хотілося б (бажана дія).

Приклади:

«Я відчуваю злість, коли мене перебивають, тому що це здається мені неповагою. Я хотів би, щоб мене дослуховували до кінця».

«Я відчуваю смуток, коли згадую про службу, тому що там залишилось багато важливого. І мені хотілося б мати змогу це проговорити».

Практика: створення власних «Я-повідомлень» у парах або міні-групах.

III. Заключна частина (10–15 хвилин)

Рефлексія в колі:

- Яка емоція сьогодні була найсильнішою?
- Що я дізнався про себе?
- Яку вправу хочу спробувати ще раз у побуті?

Міні-завдання до наступного разу: спостерігати за своїми емоціями протягом тижня та фіксувати ситуації, у яких виникали гнів, страх або смуток.

Ритуал завершення: вправа «Тихий жест»: кожен по черзі демонструє невербальним способом, як почувається, решта повторює цей жест хором як підтримку.

#### ***Заняття №4 «Керуємо думками»***

Мета заняття: формування навичок усвідомлення автоматичних думок, виявлення деструктивних когнітивних установок і розвиток здатності замінювати їх конструктивними судженнями; ознайомлення з техніками когнітивної реструктуризації як засобу психологічної самопомоги.

Очікувані результати: учасники здобувають базові знання про роль мислення у формуванні емоційних реакцій, навчаються розпізнавати когнітивні викривлення у повсякденному сприйнятті, опановують техніку рефреймінгу, вміють практикувати переформулювання негативних установок у підтримувальні.

Необхідні матеріали: роздаткові картки з прикладами когнітивних викривлень, аркуші для вправи «Заміни негатив на конструктив», маркери, фліпчарт, наліпки, аркуші з таблицею ABC-моделі (за А. Еллісом), папір А4.

I. Вступ (10 хвилин)

Привітання, коротке нагадування тем попередніх занять.

Вступне обговорення: «Що ми зазвичай говоримо собі у стресових ситуаціях?»

Мета заняття: зрозуміти, як наші думки впливають на емоції та поведінку, і навчитися свідомо впливати на цей процес.

## II. Основна частина (45–55 хвилин)

Психоедукація: «Автоматичні думки та когнітивні викривлення» (10–12 хвилин)

Мета: надати учасникам розуміння того, як виникають автоматичні негативні думки (АНД), які типові викривлення мислення зустрічаються після травматичного досвіду.

Ключові поняття:

- Автоматичні думки: мимовільні, швидкі судження, що виникають у відповідь на ситуації.
- Когнітивні викривлення: систематичні помилки мислення, які поглиблюють негативне сприйняття (наприклад: катастрофізація, генералізація, полярне мислення, знецінення позитивного тощо).

Приклади:

«Якщо я знову зірвався, значить, я ніколи не впораюсь» (викривлення – узагальнення).

«Я повинен бути сильним завжди» (перфекціонізм).

Вправа «Заміни негатив на конструктив» (15 хвилин)

Мета: навчитися розпізнавати негативні автоматичні думки та переформулювати їх у більш реалістичні або підтримувальні.

Зміст:

Учасникам роздається таблиця з 3 колонками: «Негативна думка», «Почуття, які вона викликає», «Конструктивна заміна».

Учасники працюють з власними прикладами або обирають із підготовлених варіантів (наприклад: «Я ні на що не здатен», «Все вже втрачено», «Я більше ніколи не буду щасливим»).

У парах або малій групі обговорюють запропоновані заміни, підтримуючи один одного у пошуку альтернатив.

Розбір ситуацій з досвіду учасників (10–15 хвилин)

Мета: закріпити техніку на реальних прикладах.

Зміст: учасники за бажанням описують ситуацію, яка викликала у них сильні негативні переживання (без деталей, що можуть ретравматизувати), після чого група за допомогою тренера намагається виявити автоматичну думку та запропонувати варіанти конструктивного мислення.

Формула запитань:

- Що саме я сказав собі в цій ситуації?
- Яке почуття це викликало?
- Чи є докази за і проти цієї думки?
- Яка думка була б реалістичнішою або більш корисною?

Міні-вправа: «Рефреймінг» (10 хвилин)

Мета: навчитися змінювати кут зору на подію, надаючи їй інший смисл.

Зміст: тренер пропонує фрази для переформулювання, наприклад:

«Я програв – я невдаха» → «Я отримав досвід, що може допомогти мені краще діяти наступного разу». «Я слабкий, бо звернувся по допомогу» → «Здатність просити про допомогу – це прояв сили й усвідомлення потреб».

Учасники виконують рефреймінг своїх власних думок у письмовій формі.

III. Заключна частина (10–15 хвилин)

Рефлексія:

- Що я сьогодні дізнався нового про свої думки?
- Яку думку вдалося переформулювати найбільш вдало?
- Як я можу застосувати цю техніку в побуті?

Домашнє завдання: протягом тижня фіксувати приклади негативних автоматичних думок і пробувати замінювати їх конструктивними.

Завершення заняття: вправу «Коло підтримки»: кожен учасник по черзі ділиться короткою фразою підтримки, яку хотів би сказати собі в складний момент. Усі повторюють цю фразу хором – як символ спільної сили.

### *Заняття №5 «Сила у взаємодтримці»*

Мета заняття: усвідомлення значення взаємної підтримки як ресурсу подолання труднощів, розвиток навичок емпатичного слухання, формування відчуття спільності й довіри в групі; активізація механізмів опори на досвід інших через практику peer support.

Очікувані результати: учасники поглиблюють розуміння важливості взаємодтримки, засвоюють базові принципи моделі peer support, вчаться на особистих прикладах подолання, ідентифікують свої джерела сили та практикують емпатичне слухання в парній взаємодії.

Необхідні матеріали: папір А4, ручки, картки з фразами-стимуляторами, фліпчарт, стікери, зображення або силуети «героїв» (реальних чи вигаданих), аудіоколонка для фонові музики (за бажанням), набір кольорових олівців/маркерів.

#### I. Вступ (10 хвилин)

Привітання, коротке емоційне включення: запитання в колі – «Що мене тримало останнім часом?», «Хто мене підтримав, коли було важко?»

Вступне слово тренера про силу зв'язку між людьми, приклади досліджень, що доводять користь від взаємної підтримки (peer support).

Ціль заняття: навчитися ділитися ресурсами, черпати силу з досвіду інших і розпізнавати, коли ми самі можемо бути джерелом підтримки.

#### II. Основна частина (45–55 хвилин)

##### Вправа «Мій ресурсний герой» (15 хвилин)

Мета: ідентифікація внутрішніх образів сили, що надихають і підтримують у складні моменти.

##### Зміст:

Тренер пропонує учасникам згадати людину, яка допомогла їм у житті, або вигаданий/історичний персонаж, чий приклад викликає почуття впевненості, мужності, стійкості.

Учасники малюють або коротко описують цього «героя» на папері, а також зазначають 3 риси, за які його цінують.

Після завершення – коротке представлення в малих групах (по 2–3 особи):  
«Це мій ресурсний герой, бо...»

Обговорення: Як ці якості є проявленими в мені? Що я можу «позичити» в цього героя?

Міні-лекція: «Peer support як шлях до зцілення» (10 хвилин)

Мета: ознайомлення з принципами взаємопідтримки серед рівних (peer support).

Ключові принципи:

- Рівність і партнерство
- Досвід подолання як ресурс
- Емпатичне слухання
- Взаємне зростання

Приклади: програми підтримки ветеранів у США, Канаді, Україні (наприклад, «Ветеран Хаб»), де ті, хто пройшов шлях зцілення, підтримують новачків.

Обговорення: Чому часто допомогти може саме «така ж людина»?

Парна вправа: «Слухай, щоб зрозуміти» (15 хвилин)

Мета: навчитися емпатичному слуханню без оцінювання й порад.

Зміст:

Учасники об'єднуються в пари. Один ділиться короткою історією, де він/вона подолав складну ситуацію (3–5 хвилин), другий – тільки слухає, не перебиває, не радить, лише підтримує контакт (міміка, кивок, погляд).

Потім – обмін ролями.

Завершення: кожен з пари ділиться, як почувався, слухаючи й коли його слухали.

Обговорення: Що допомагає справді відчувати підтримку? Чим досвід іншої людини може стати джерелом сили?

Групове обговорення: «Я підтримував – мене підтримували» (10–15 хвилин)

Мета: переосмислення власного досвіду як потенційного ресурсу для інших.

Зміст: обговорення в колі:

- Коли я востаннє підтримував іншу людину? Як це вплинуло на мене?
- Чому іноді легше допомагати, ніж просити допомоги?
- Як виглядає підтримка, яка справді працює?

III. Заклучна частина (10–15 хвилин)

Релаксаційна вправа «Символ підтримки»: кожен на стікері малює або записує слово, яке для нього означає підтримку. Потім усі стікери прикріплюються до одного ватману у формі кола – спільного символу єдності.

Рефлексія: що сьогодні було найбільш цінним? Чим я можу бути корисним іншим?

Інформація про наступне заняття: анонс теми – робота з втратою та проживання болючого досвіду.

Завершення: вправа «Живе слово» – кожен називає одне слово, з яким завершує це заняття (довіра, спокій, єдність, тощо).

### ***Заняття №6 «Відкриваємо нові смисли»***

Мета заняття: ознайомлення учасників із концепцією посттравматичного зростання (PTG), формування усвідомлення потенціалу особистісного розвитку після травматичного досвіду, підтримка процесу рефлексії над позитивними змінами, що стали можливими завдяки подоланим викликам.

Очікувані результати: учасники зможуть розпізнати особистісні трансформації, які відбулись унаслідок пережитих труднощів; сформулюють нові смисли та внутрішні опори, а також усвідомлять свій ресурс зростання у складних життєвих обставинах.

Необхідні матеріали: аркуші паперу А4, маркери, кольорові олівці, стікери, ватман, за можливості – проєктор або презентація для демонстрації моделі PTG (п'ять доменів зростання).

I. Вступ (10 хвилин)

Привітання та коротке включення: запитання в колі – «Що змінилося в мені після того, як я пройшов(ла) через важке?».

Вступне слово тренера про ідею посттравматичного зростання: деякі люди після травматичних подій не просто відновлюються, а відкривають нові глибини в собі, змінюють погляди, посилюють внутрішню стійкість.

Коротке ознайомлення з моделлю РТГ від Тедескі та Келгуна: п'ять основних доменів зростання – нові життєві можливості, покращення міжособистісних стосунків, підвищення внутрішньої сили, духовний розвиток, нове сприйняття життя.

## II. Основна частина (45–55 хвилин)

Міні-лекція «Що таке посттравматичне зростання?» (10 хвилин)

Мета: створити уявлення про теоретичну основу теми заняття.

Зміст:

Посттравматичне зростання – не заперечення болю, а результат переосмислення подій.

Люди можуть стати більш чуйними, знайти глибші сенси, переоцінити пріоритети.

Пояснення важливості когнітивної перебудови – як змінюються уявлення про себе і світ після кризи.

Приклади з життя, з літератури, досліджень (за бажанням).

Наголос: зростання не виключає болю; вони можуть існувати одночасно.

Техніка «Дерево змін» (25–30 хвилин)

Мета: допомогти учасникам усвідомити власну динаміку змін, переосмислити особисті трансформації.

Зміст:

Кожному учаснику роздається аркуш із зображенням дерева або пропонується намалювати його самостійно.

Коріння – «Що давало мені опору до травматичних подій?»

Стовбур – «Які труднощі я пережив/пережила?»

Гілки – «Що нового з'явилося в мені після цього? Які зміни я помічаю?»

Листя – «Які нові смисли я зараз відкриваю?»

Плоди – «Що я можу дати іншим завдяки своєму досвіду?»

По завершенню – обговорення в мікрогрупах (по 3–4 особи), бажано в колі довіри: хто хоче — ділиться своїм «деревом».

Рефлексивна вправа «Сенси і цінності» (10–15 хвилин)

Мета: глибше осмислення життєвих змін, виявлення внутрішньої цілісності.

Зміст:

Тренер пропонує учасникам подумати над запитаннями:

- Що для мене стало важливішим, ніж було раніше?
- Що я переоцінив(ла)?
- У чому я став(ла) сильнішим(ою)?
- За що я можу бути вдячним(ою), попри всі втрати?

Учасники самостійно записують відповіді, бажані можуть озвучити одну-дві думки у загальному колі.

Обговорення: Чи завжди смисл – це щось грандіозне? Як знайти сенс у простому?

III. Заключна частина (10–15 хвилин)

Релаксаційна вправа «Внутрішнє світло»

Візуалізація під спокійну музику: учасникам пропонується уявити себе джерелом світла, яке не згасає, навіть якщо зовні темно. Це світло – їхня сила, витримка, внутрішні цінності.

Після завершення – коротке обговорення відчуттів.

Зворотний зв'язок:

- Що нового я дізнався про себе сьогодні?
- Які зміни я в собі бачу?
- Чи легше мені тепер говорити про складне?

Анонс наступного заняття: робота з майбутнім і постановка цілей, техніки візуалізації, зміцнення впевненості у власному шляху.

Завершення: символічна вправа «Крапля сенсу» – кожен на стікері пише слово або фразу, що відображає головну думку заняття, та прикріплює на загальний ватман у формі кола.

### *Заняття №7 «Повернення до себе»*

Мета заняття: сприяння розвитку самоспівчуття, формування внутрішніх ресурсів захищеності, емоційної опори та відновлення відчуття власної цінності. Робота з позитивними образами, що зміцнюють внутрішню стійкість.

Очікувані результати: учасники зможуть активізувати внутрішні образи підтримки та захисту, сформулювати для себе ресурсні стратегії самопомоги, зміцнити контакт із власною гідністю й доброзичливістю до себе.

Необхідні матеріали: аркуші А4, кольорові олівці/маркери, музичний супровід для візуалізації, стікери, ватман, роздруківки з цитатами про силу й самопідтримку (за бажанням).

#### I. Вступ (10 хвилин)

Привітання, коротке коло запитань: «Що я зробив(ла) для себе доброго протягом останнього тижня?»

Вступне слово тренера: тема заняття – самоспівчуття як здатність підтримати себе, коли важко, не осуджуючи, а з турботою й розумінням.

Коротке ознайомлення з ідеєю внутрішнього захисника – уявного образу, який дає нам підтримку, силу й почуття безпеки у складних ситуаціях.

#### II. Основна частина (45–55 хвилин)

##### Психоедукація «Що таке самоспівчуття?» (10 хвилин)

Коротке пояснення компонентів самоспівчуття за Крістін Нефф:

- Доброзичливість до себе замість самокритики
- Спільна людяність замість ізоляції («Я не один(одна) у своїх труднощах»)
- Усвідомленість замість надмірного занурення в біль

Обговорення: як би ми поставились до друга, що переживає важкий період? Чи здатні ми дати собі ту ж турботу?

##### Практика «Безпечне місце» (15 хвилин)

Мета: створити всередині уявний простір, де можна відчувати спокій, захищеність і відновлення.

Зміст:

Візуалізація під спокійний музичний супровід або голос тренера.

Учасникам пропонується уявити місце, де вони почуваються максимально безпечно. Це може бути реальне чи вигадане місце, у природі або в приміщенні.

Запрошення звернути увагу на деталі: кольори, запахи, звуки, дотик, освітлення.

Пропозиція «захопити» з цього місця якийсь символ (камінь, амулет, оберіг), який залишиться з ними як ресурс.

Після завершення – коротке обговорення в парах або колі (за бажанням).

Арт-вправа «Мій щит» (20 хвилин)

Мета: символічне відтворення особистого образу захисту, самоповаги та сили.

Зміст:

Кожному учаснику пропонується створити власний щит – зобразити або символічно оформити те, що дає йому силу, підтримку, нагадує про власну цінність.

Щит ділиться на сектори:

- Мої сильні сторони
- Люди, які мене підтримують
- Мій досвід подолання
- Те, у що я вірю
- Після завершення – за бажанням коротка презентація в групі.

Вправа «Внутрішній захисник» (10 хвилин)

Мета: формування уявного ресурсу підтримки.

Зміст:

Тренер пропонує учасникам уявити образ того, хто завжди їх захищає, підтримує, приймає. Це може бути уявний персонаж, образ із казки, літератури, реальна людина, дух чи частина себе.

Ключові питання:

- Як виглядає цей захисник?
- Яким голосом він говорить?
- Що б він мені сказав, коли мені важко?

Учасники коротко записують фрази підтримки від свого захисника (на картці або стікері). Можуть зберегти їх як «особисту підтримку» на майбутнє.

III. Заключна частина (10–15 хвилин)

Рефлексія:

- Який образ сьогодні був для мене найсильнішим?
- Що з цього заняття я можу забрати з собою як підтримку?
- Як я можу застосувати це у щоденному житті?

Релаксація «Потік теплоти»

Візуалізація тепла, що розливається зсередини – з ділянки серця, по всьому тілу. Учасникам пропонується дихати спокійно й уявляти, як це тепло зцілює, підтримує, зміцнює.

Анонс наступного заняття: підсумок шляху, особисті ресурси, нові горизонти.

Завершення: коло подяки. Учасники передають у колі символічне «джерело тепла» (предмет або уявний образ), кажучи: «Я повертаюся до себе з... (назвати те, що взяли з заняття)».

### ***Заняття №8 «Мій новий фронт – життя»***

Мета заняття: інтеграція отриманого досвіду, усвідомлення особистих змін і ресурсів, формування бачення власного майбутнього та зміцнення відчуття цілісності. Завершення групової роботи в атмосфері підтримки й гідності.

Очікувані результати: учасники зможуть окреслити власний вектор подальшого життя, зміцнити мотивацію до відновлення та самореалізації, усвідомити пройдений шлях і отримати символічну підтримку від групи.

Необхідні матеріали: журнали, ножиці, клей, ватмани або аркуші А3, кольорові ручки/маркери, наліпки, символічний предмет (камінчик, стрічка тощо), спокійна музика.

## I. Вступ (10 хвилин)

Привітання. Коротке коло: «Що змінилося в мені за час тренінгу?»

Актуалізація мети заняття – завершити цикл, підбити підсумки та подивитися в майбутнє з надією й упевненістю.

Тренер наголошує: цей фінал – не прощання, а переходу в новий етап, де знання та навички стануть інструментом для повсякденного життя.

## II. Основна частина (45–55 хвилин)

Рефлексія «Мій шлях» (10 хвилин)

Мета: усвідомлення особистого прогресу.

Зміст:

Учасники заповнюють міні-анкету або малюють «стрічку змін», де позначають:

- з чого вони починали;
- які були внутрішні відкриття;
- що стало найціннішим;
- чим хочуть поділитися.

Коротке обговорення в парах або в колі за бажанням.

Арт-техніка «Колаж майбутнього» (25 хвилин)

Мета: формування позитивного образу власного життя після травматичного досвіду.

Зміст:

Кожен учасник створює колаж свого бачення майбутнього (особистий «новий фронт»):

- Яким я бачу себе?
- Які цілі хочу реалізувати?
- Які ресурси вже маю?
- Що додає мені сили?

Для роботи використовуються вирізки з журналів, символічні слова/фрази, малюнки, зображення.

Колажі оформлюються індивідуально. У кінці відбувається міні-презентація (за бажанням).

Вправа «Мій план дій» (10–15 хвилин)

Мета: конкретизація особистих кроків до відновлення та зростання.

Зміст:

Учасникам пропонується написати 3–5 кроків, які вони хочуть зробити протягом наступного місяця:

- Що допоможе мені зберегти свій ресурс?
- Як я можу піклуватися про себе?
- Що я хочу продовжити з тренінгу в повсякденному житті?

План можна оформити у вигляді «дорожньої карти» або особистого листа собі в майбутнє.

III. Заключна частина (15–20 хвилин)

Завершальний ритуал «Символ підтримки»

Мета: створення відчуття приналежності, цінності спільного досвіду, завершення групового процесу.

Зміст:

Кожен учасник отримує символічний предмет (камінчик, стрічку, паперовий оберіг), що символізує силу, підтримку, надію.

Учасники по колу передають предмет один одному, вимовляючи слова підтримки:

- «Я бажаю тобі...»,
- «Нехай у твоєму житті буде...»,
- «Ти сильний/сильна, бо...»

Цей предмет учасники залишають собі як пам'ять про пройдений шлях.

Зворотний зв'язок і прощання

Обговорення:

- Що для мене було найціннішим у цьому тренінгу?
- З чим я виходжу звідси?
- Що хочу побажати групі?

Завершальне коло: всі учасники беруться за руки, встановлюють зоровий контакт і вголос говорять: «Мій новий фронт – життя».

### **3.3. Оцінка ефективності реалізації програми психологічної допомоги ветеранам та військовослужбовцям зі статусом ВПО**

Після завершення реалізації програми психологічної допомоги «Новий фронт: життя» було проведено контрольний зріз з метою оцінювання ефективності впровадженого втручання. Повторне діагностичне обстеження здійснювалося із застосуванням тих самих психодіагностичних методик, що використовувалися на констатувальному етапі дослідження, що забезпечило можливість коректного порівняння результатів.

Узагальні результати дослідження на контрольному етапі експерименту за методикою «Опитувальник GAD-7» розраховано на основі сирих балів (Додаток М) та представлені в табл. 3.2.

*Таблиця 3.2*

#### **Результати дослідження за методикою «Опитувальник GAD-7» на контрольному етапі, n=30**

Рівень тривожності	Кількість респондентів	
	n	%
мінімальний рівень	6	20
помірний рівень	15	50
середній рівень	9	30
високий рівень	-	-

За отриманими даними, мінімальний рівень тривожності спостерігався у 6 осіб, що становить 20% вибірки. У більшості респондентів, а саме у 15 осіб (50%), зафіксовано помірний рівень тривожності, що свідчить про збереження емоційного напруження, однак без критичних проявів дезадаптації. Середній рівень тривожності мали 9 учасників (30%), натомість високий рівень тривожності не виявлено жодного разу. Узагальнені результати вказують на

відсутність критично високих рівнів тривожності серед учасників дослідження, натомість спостерігається домінування помірних і середніх показників емоційного напруження, що може свідчити про часткову стабілізацію психоемоційного стану після проходження програми психологічної допомоги.

Порівняння результатів респондентів за методикою «Опитувальник GAD-7» на констатувальному та на контрольному етапах експерименту наведено в табл. 3.3.

Таблиця 3.3

**Порівняння результатів за методикою «Опитувальник GAD-7»  
на констатувальному та на контрольному етапах експерименту**

Рівень тривожності	Констатувальний етап		Контрольний етап	
	n	%	n	%
мінімальний рівень	-	-	6	20
помірний рівень	8	26,7	15	50
середній рівень	12	40	9	30
високий рівень	10	33,3	-	-

Як засвідчують дані табл. 3.3, на констатувальному етапі жоден із респондентів не продемонстрував мінімального рівня тривожності, натомість на контрольному етапі цей показник зріс до 20% (6 осіб). Частка учасників із помірним рівнем тривожності зросла з 26,7% (8 осіб) до 50% (15 осіб), що свідчить про зміщення акценту з більш виражених форм тривожності до менш інтенсивних. Кількість респондентів із середнім рівнем тривожності зменшилася з 40% (12 осіб) на початковому етапі до 30% (9 осіб) на завершальному. Найбільш показовим є зниження частки осіб із високим рівнем тривожності: якщо на констатувальному етапі цей показник становив 33,3% (10 осіб), то після реалізації програми не було зафіксовано жодного такого випадку. Отримані результати свідчать про позитивну динаміку зниження рівня тривожності серед респондентів внаслідок впровадження програми психологічної допомоги.

У процесі порівняльного аналізу результатів, отриманих за методикою «Опитувальник GAD-7» на констатувальному та контрольному етапах емпіричного дослідження, було використано t-критерій Стьюдента. Це дозволило оцінити статистичну значущість змін у рівнях тривожності серед респондентів після впровадження програми психологічної підтримки (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Емпіричні значення критерію Т-Стьюдента за методикою «Опитувальник GAD-7»**

Шкали	Середнє значення на констатувальному етапі (M <sub>1</sub> )	Середнє значення на контрольному етапі (M <sub>2</sub> )	U	p
Тривожність	12±3.886	7.9±3.305	24,333	0***

\* - p<0,05; \*\* - p<0,01; \*\*\* - p<0,001

Як бачимо, середній бал тривожності на констатувальному етапі становив 12,0 (±3,886), тоді як на контрольному етапі він знизився до 7,9 (±3,305). Критерій Т-Стьюдента (U = 24,333) показав статистично значущу різницю між показниками на двох етапах (p < 0,001), що вказує на ефективність запропонованої програми у зниженні рівня тривожності в досліджуваній вибірці.

Узагальні результати дослідження на контрольному етапі експерименту за методикою «Опитувальника (БОО) «Адаптивність-200»» розраховано на основі сирих балів (Додаток Н, Додаток П) та продемонстровано в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

**Результати дослідження за методикою «Опитувальника (БОО) «Адаптивність-200»» на контрольному етапі, n=30**

Рівень стійкості до бойового стресу (РСБС)	Кількість респондентів	
	n	%
низька стійкість	-	-
задовільна стійкість	-	-
достатня стійкість	27	90
висока стійкість	3	10

Як видно з даних, більшість респондентів – 27 осіб (90%) – показали достатній рівень стійкості до бойового стресу, що вказує на позитивні зміни в адаптаційних механізмах та підвищення психологічної стійкості після проведеної програми психологічної допомоги. Водночас 3 учасники (10%) досягли високого рівня стресостійкості, що вказує на високий рівень психологічної готовності до подолання стресових факторів, пов'язаних із бойовим досвідом. Відсутність респондентів із низькою або задовільною стійкістю до стресу свідчить про загальне покращення психоемоційного стану учасників дослідження на контрольному етапі.

Порівняння результатів респондентів за методикою «Опитувальника (БОО) «Адаптивність-200» на констатувальному та на контрольному етапах експерименту наведено в табл. 3.6.

*Таблиця 3.6*

**Порівняння результатів за методикою «Опитувальника (БОО) «Адаптивність-200» на констатувальному та на контрольному етапах експерименту**

Рівень стійкості до бойового стресу (РСБС)	Констатувальний етап		Контрольний етап	
	n	%	n	%
низька стійкість	13	43,3	-	-
задовільна стійкість	17	56,7	-	-
достатня стійкість	-	-	27	90
висока стійкість	-	-	3	10

Порівняння результатів, представлених у табл. 3.6, свідчить про суттєві позитивні зміни у рівні стійкості до бойового стресу серед ветеранів та військовослужбовців зі статусом ВПО після реалізації психологічної програми. На констатувальному етапі значна частина вибірки характеризувалася низьким (43,3%) та задовільним (56,7%) рівнями стресостійкості, що вказує на наявність психологічних труднощів у подоланні наслідків бойових дій і адаптації до цивільного життя. На контрольному етапі дослідження не зафіксовано жодного

випадку низької або задовільної стійкості до бойового стресу, що свідчить про повне усунення відповідних початкових показників. Водночас спостерігається суттєве зростання кількості учасників із достатнім рівнем стресостійкості – цей показник досяг 90% вибірки. Крім того, вперше з’явилася категорія респондентів із високим рівнем стійкості до бойового стресу, яка охопила 10% досліджуваної групи, що вказує на позитивну динаміку у формуванні адаптивних ресурсів учасників.

У ході порівняльного аналізу результатів за методикою «Опитувальника (БОО) «Адаптивність-200», отриманих на констатувальному та контрольному етапах експерименту, було застосовано t-критерій Стьюдента (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

**Емпіричні значення критерію Т-Стьюдента за методикою «Опитувальника (БОО) «Адаптивність-200»**

Шкали	Середнє значення на констатувальному етапі (M <sub>1</sub> )	Середнє значення на контрольному етапі (M <sub>2</sub> )	U	p
Рівень стійкості до бойового стресу (РСБС)	74.8±6.071	33.7±6.276	29,623	0****

\* - p<0,05; \*\* - p<0,01; \*\*\*\* - p<0,001

Значення середнього балу на констатувальному етапі становило 74,8±6,071, тоді як на контрольному етапі відзначено суттєве зниження середнього показника до 33,7±6,276. Використання критерію Т-Стьюдента засвідчило статистично значущу різницю між показниками двох етапів (U = 29,623; p < 0,001), що свідчить про ефективність проведеної психологічної інтервенції у зниженні проявів бойового стресу. Отже, отримані дані підтверджують позитивний вплив застосованої програми на підвищення психоемоційної стійкості ветеранів і військовослужбовців зі статусом ВПО.

Результати дослідження за Шкалою поведінкової регуляції на контрольному етапі продемонстровано в табл. 3.8

Таблиця 3.8

**Результати дослідження за Шкалою поведінкової регуляції на  
контрольному етапі, n=30**

Рівень	Кількість респондентів	
	n	%
високий рівень	1	3,3
достатньо високий рівень	2	6,7
достатній рівень	2	6,7
в цілому достатній рівень	20	66,7
дещо понижений рівень	5	16,6
окремі ознаки нервово-психічної нестійкості і порушення поведінкової регуляції	-	-
виражені ознаки нервово-психічної нестійкості і порушення поведінкової регуляції	-	-
вкрай високий рівень нервово-психічної нестійкості	-	-

Результати вказують на суттєве покращення показників саморегуляції: більшість учасників – 20 осіб (66,7%) – продемонстрували загалом достатній рівень поведінкової регуляції, що свідчить про відновлення контролю над поведінковими реакціями в умовах стресу. Високий рівень регуляції зафіксовано у 1 респондента (3,3%), а достатньо високий і достатній рівні – у 2 осіб (по 6,7%) відповідно. Частка учасників із дещо пониженим рівнем поведінкової регуляції склала 5 осіб (16,6%), тоді як жоден із респондентів не виявив ознак нервово-психічної нестійкості чи значних порушень регуляції поведінки.

Порівняння результатів респондентів за Шкалою поведінкової регуляції на констатувальному та на контрольному етапах експерименту наведено в табл. 3.9.

Таблиця 3.9

**Порівняння результатів за Шкалою поведінкової регуляції на  
констатувальному та на контрольному етапах експерименту**

Рівень	Констатувальний етап		Контрольний етап	
	n	%	n	%
високий рівень	-	-	1	3,3

достатньо високий рівень	-	-	2	6,7
достатній рівень	-	-	2	6,7
в цілому достатній рівень	7	23,3	20	66,7
дещо понижений рівень	7	23,3	5	16,6
окремі ознаки нервово-психічної нестійкості і порушення поведінкової регуляції	12	40	-	-
виражені ознаки нервово-психічної нестійкості і порушення поведінкової регуляції	4	13,4	-	-
вкрай високий рівень нервово-психічної нестійкості	-	-	-	-

Як бачимо, частка респондентів із ознаками нервово-психічної нестійкості та порушеннями поведінкової регуляції, які на початковому етапі становили 53,4% (40% з окремими ознаками та 13,4% з вираженими порушеннями), на контрольному етапі повністю відсутня, тобто зменшилася на 53,4%. Водночас загальний рівень достатньої поведінкової регуляції збільшився з 23,3% до 66,7%, що вказує на зростання на 43,4%. Крім того, частка респондентів із дещо пониженим рівнем знизилася з 23,3% до 16,6%, що становить зменшення на 6,7%. Ці зміни вказують на значне покращення здатності до самоконтролю і стабілізації емоційно-вольового стану серед учасників експерименту.

У ході порівняльного аналізу результатів за Шкалою поведінкової регуляції, отриманих на констатувальному та контрольному етапах експерименту, було застосовано t-критерій Стьюдента (табл. 3.10).

*Таблиця 3.10*

**Емпіричні значення критерію Т-Стьюдента за Шкалою поведінкової регуляції**

Шкали	Середнє значення на констатувальному етапі (M <sub>1</sub> )	Середнє значення на контрольному етапі (M <sub>2</sub> )	U	p
-------	--	--	---	---

Шкала поведінкової регуляції	47.767±4.621	21.4±5.636	20,502	0***
------------------------------	--------------	------------	--------	------

\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$

Як бачимо з табл. 3.10, результати статистичного аналізу за критерієм Т-Стюдента свідчать про вірогідність цих змін ( $U = 20,502$ ;  $p < 0,001$ ), що підтверджує значне покращення рівня поведінкової регуляції у вибірці учасників після впровадження психологічної програми. Це підтверджує ефективність застосованих заходів у стабілізації нервово-психічного стану та підвищенні здатності до самоконтролю.

Результати дослідження за Шкалою комунікативного потенціалу на контрольному етапі наведено в табл. 3.11.

*Таблиця 3.11*

**Результати дослідження за Шкалою комунікативного потенціалу на контрольному етапі, n=30**

Рівень	Кількість респондентів	
	n	%
високий рівень	28	93,3
достатньо високий рівень	2	6,7
достатній рівень	-	-
середній рівень	-	-
задовільний рівень	-	-
понижений рівень	-	-
низький рівень	-	-
вкрай низький рівень	-	-

Отже, на контрольному етапі більшість учасників – 28 осіб (93,3%) – показали високий рівень комунікативних здібностей, що вказує на покращення вміння встановлювати і підтримувати ефективні міжособистісні контакти. Ще 2 респонденти (6,7%) мали достатньо високий рівень, що також є позитивним показником соціальної адаптації. Жоден учасник не продемонстрував середній,

задовільний, понижений чи низький рівень комунікативного потенціалу, що вказує на стабільний розвиток навичок комунікації серед більшості досліджуваних після проведеної психологічної роботи.

Порівняння результатів респондентів за Шкалою комунікативного потенціалу на констатувальному та на контрольному етапах експерименту наведено в табл. 3.12.

*Таблиця 3.12*

**Порівняння результатів за Шкалою комунікативного потенціалу на констатувальному та на контрольному етапах експерименту**

Рівень	Констатувальний етап		Контрольний етап	
	n	%	n	%
високий рівень	-	-	28	93,3
достатньо високий рівень	2	6,7	2	6,7
достатній рівень	5	16,7	-	-
середній рівень	4	13,3	-	-
задовільний рівень	4	13,3	-	-
понижений рівень	7	23,3	-	-
низький рівень	8	26,7	-	-
вкрай низький рівень	-	-	-	-

На констатувальному етапі дослідження 23,3% респондентів продемонстрували понижений рівень комунікативних навичок, а ще 26,7% – низький рівень, що свідчило про недостатній розвиток міжособистісної взаємодії. Проте після реалізації психологічної програми на контрольному етапі ці показники не були зафіксовані, що свідчить про повне (100%) усунення випадків із недостатнім комунікативним потенціалом серед учасників дослідження. Водночас рівень учасників із високим комунікативним потенціалом збільшився з 0% до 93,3%, що становить приріст на 93,3 відсоткових пункти. Кількість респондентів із достатньо високим рівнем залишилась стабільною – 6,7%. Категорії середнього, задовільного та достатнього рівнів, які на констатувальному етапі займали відповідно 13,3%, 13,3% та 16,7%, також були

повністю ліквідовані до контрольного етапу. Це вказує на загальне підвищення рівня комунікативного потенціалу учасників дослідження.

У ході порівняльного аналізу результатів за Шкалою комунікативного потенціалу, отриманих на констатувальному та контрольному етапах експерименту, було застосовано t-критерій Стьюдента (табл. 3.13).

*Таблиця 3.13*

**Емпіричні значення критерію Т-Стьюдента за Шкалою комунікативного потенціалу**

Шкали	Середнє значення на констатувальному етапі (M <sub>1</sub> )	Середнє значення на контрольному етапі (M <sub>2</sub> )	U	p
Шкала комунікативного потенціалу	15.267±3.321	6.4±1.673	14,915	0***

\* - p<0,05; \*\* - p<0,01; \*\*\* - p<0,001

Отже, середнє значення комунікативного потенціалу на констатувальному етапі становило 15,267±3,321, тоді як після реалізації програми, на контрольному етапі, цей показник суттєво знизився до 6,4±1,673. Результати статистичного аналізу за критерієм Т-Стьюдента (U = 14,915) засвідчили наявність статистично значущої різниці між етапами з високим рівнем достовірності (p < 0,001). Це є переконливим свідченням ефективності проведених заходів психологічної допомоги у підвищенні комунікативного потенціалу респондентів.

Результати дослідження за Шкалою морально-етичної нормативності на контрольному етапі представлено в табл. 3.14.

*Таблиця 3.14*

**Результати дослідження за Шкалою морально-етичної нормативності на контрольному етапі, n=30**

Рівень	Кількість респондентів	
	n	%
дуже високий рівень	7	23,3

високий рівень	13	43,3
достатньо високий рівень	4	13,4
достатній рівень	6	20
в цілому достатній рівень	-	-
задовільний рівень	-	-
недостатній рівень	-	-
низький рівень	-	-
вкрай низький рівень	-	-

Таблиця 3.14 відображає розподіл респондентів за рівнями морально-етичної нормативності на контрольному етапі дослідження (n=30). Найбільша кількість учасників (13 осіб, 43,3%) демонструє високий рівень морально-етичної нормативності, що вказує на стійкі моральні орієнтири та відповідність соціальним нормам поведінки. Значна частина респондентів (7 осіб, 23,3%) досягла дуже високого рівня, що вказує на посиленій внутрішній моральний контроль. Достатньо високий рівень продемонстрували 4 осіб (13,4%), достатній рівень – 6 осіб (20%). Вибірка не містить респондентів із нижчими рівнями нормативності, що свідчить про загальну позитивну динаміку у формуванні морально-етичних засад серед ветеранів та військовослужбовців зі статусом ВПО на завершальному етапі програми.

Порівняння результатів респондентів за Шкалою морально-етичної нормативності на констатувальному та на контрольному етапах експерименту наведено в табл. 3.15.

*Таблиця 3.15*

**Порівняння результатів за Шкалою морально-етичної нормативності на констатувальному та на контрольному етапах експерименту**

Рівень	Констатувальний етап		Контрольний етап	
	n	%	n	%
дуже високий рівень	-	-	7	23,3
високий рівень	-	-	13	43,3
достатньо високий рівень	-	-	4	13,4

достатній рівень	7	23,3	6	20
в цілому достатній рівень	6	20	-	-
задовільний рівень	6	20	-	-
недостатній рівень	7	23,3	-	-
низький рівень	4	13,4	-	-
вкрай низький рівень	-	-	-	-

Таблиця 3.15 ілюструє позитивну динаміку змін у рівнях морально-етичної нормативності респондентів між констатувальним і контрольним етапами дослідження. Якщо на початковому етапі не було зафіксовано жодного учасника з високим або дуже високим рівнем зазначеного показника, то після реалізації програми кількість респондентів із високим рівнем зросла до 13 осіб (43,3%), а з дуже високим – до 7 осіб (23,3%). Отримані дані вказують на помітне підвищення рівня морально-етичної орієнтації та посилення внутрішніх нормативних установок у досліджуваній групі.

Одночасно спостерігається зниження кількості респондентів із нижчими рівнями нормативності: категорії «в цілому достатній», «задовільний», «недостатній» та «низький» рівні, які разом склали значну частину вибірки на початковому етапі (відповідно 6 (20%), 6 (20%), 7 (23,3%) та 4 (13,4%)), на контрольному етапі взагалі не зафіксовані. Кількість осіб із достатньо високим рівнем зросла незначно – з 0 до 4 (13,4%), а тих, хто має достатній рівень, зменшилась з 7 (23,3%) до 6 (20%).

Таким чином, результати вказують на позитивну тенденцію до підвищення рівня морально-етичної нормативності у досліджуваній групі, що виражається у збільшенні частки респондентів із високими рівнями та одночасному зменшенні частки учасників із низькими й середніми рівнями.

У ході порівняльного аналізу результатів за Шкалою морально-етичної нормативності, отриманих на констатувальному та контрольному етапах експерименту, було застосовано t-критерій Стьюдента (табл. 3.16).

Таблиця 3.16

**Емпіричні значення критерію Т-Ст'юдента за Шкалою морально-етичної нормативності**

Шкали	Середнє значення на констатувальному етапі (M <sub>1</sub> )	Середнє значення на контрольному етапі (M <sub>2</sub> )	U	p
Шкала морально-етичної нормативності	11.767±2.012	5.9±1.709	11.09	0***

\* - p<0,05; \*\* - p<0,01; \*\*\* - p<0,001

Як бачимо, середнє значення на початковому етапі становило 11,767 ± 2,012, тоді як на контрольному етапі відмічається суттєве зниження цього показника до 5,9 ± 1,709. За результатами статистичного аналізу за критерієм Т-Ст'юдента (U = 11,09; p < 0,001) зафіксовано достовірну різницю між показниками двох етапів. Це вказує на значне покращення морально-етичної нормативності серед респондентів у процесі реалізації психологічної програми, що відображає підвищення рівня відповідальності, дотримання моральних норм та соціальної регуляції поведінки учасників дослідження.

Результати дослідження за Шкалою військово-професійної спрямованості на контрольному етапі представлено в табл. 3.17.

Таблиця 3.17

**Результати дослідження за Шкалою військово-професійної спрямованості на контрольному етапі, n=30**

Рівень	Кількість респондентів	
	n	%
високий рівень	4	13,4
достатній рівень	25	83,3
в цілому достатній рівень	1	3,3
недостатній рівень	-	-
низький рівень	-	-

Таблиця 3.17 демонструє розподіл респондентів за рівнями військово-професійної спрямованості на контрольному етапі дослідження (n=30). Переважна більшість учасників – 25 осіб (83,3%) – проявили достатній рівень військово-професійної спрямованості, що вказує на збереження у них стабільної мотивації та готовності до виконання професійних обов'язків. Водночас 4 респонденти (13,4%) продемонстрували високий рівень, що вказує на особливо виражену зацікавленість та активну професійну позицію. Ще 1 особа (3,3%) була віднесена до категорії в цілому достатнього рівня, що свідчить про часткову підтримку військово-професійної ідентичності з можливими коливаннями в мотивації. Недостатніх або низьких рівнів серед учасників не зафіксовано.

Порівняння результатів респондентів за Шкалою військово-професійної спрямованості на констатувальному та на контрольному етапах експерименту наведено в табл. 3.18.

Таблиця 3.18

**Порівняння результатів за Шкалою військово-професійної спрямованості на констатувальному та на контрольному етапах експерименту**

Рівень	Констатувальний етап		Контрольний етап	
	n	%	n	%
високий рівень	-	-	4	13,4
достатній рівень	11	36,7	25	83,3
в цілому достатній рівень	11	36,7	1	3,3
недостатній рівень	6	20	-	-
низький рівень	2	6,6	-	-

На констатувальному етапі високий рівень не був зафіксований, тоді як на контрольному етапі він зріс і становив 13,4% (4 особи), що вказує на підвищення професійної мотивації у частини учасників.

Спостерігається помітна позитивна динаміка змін у рівні військово-професійної спрямованості респондентів між констатувальним і контрольним етапами дослідження. Зокрема, частка осіб із достатнім рівнем зросла з 36,7% (11 осіб) до 83,3% (25 осіб), що свідчить про суттєве підвищення готовності до

виконання військових обов'язків і зміцнення професійної мотивації. Водночас кількість респондентів з рівнем «в цілому достатній» зменшилася з 36,7% (11 осіб) до 3,3% (1 особа), що вказує на формування більш чіткої та стабільної професійної орієнтації. Також повністю зникли випадки недостатньої військово-професійної спрямованості (зниження з 20% до 0%), як і респонденти з низьким рівнем цього показника (було 6,6%, 2 особи), що додатково засвідчує ефективність програми психологічної допомоги у контексті професійної ідентичності.

У ході порівняльного аналізу результатів за Шкалою військово-професійної спрямованості, отриманих на констатувальному та контрольному етапах експерименту, було застосовано t-критерій Стьюдента (табл. 3.19).

Таблиця 3.19

**Емпіричні значення критерію Т-Стьюдента за Шкалою військово-професійної спрямованості**

Шкали	Середнє значення на констатувальному етапі (M <sub>1</sub> )	Середнє значення на контрольному етапі (M <sub>2</sub> )	U	p
Шкала військово-професійної спрямованості	12.967±2.798	5.267±1.461	12.422	0***

\* - p<0,05; \*\* - p<0,01; \*\*\* - p<0,001

Результати статистичного аналізу, проведеного з використанням критерію Т-Стьюдента (U = 12,422; p < 0,001), засвідчили наявність статистично значущих відмінностей між констатувальним і контрольним етапами дослідження. Зафіксоване зниження середніх значень інтерпретується як позитивна динаміка, що відображає поліпшення рівня військово-професійної спрямованості учасників. Це підтверджує ефективність реалізованої психологічної програми, спрямованої на посилення професійної мотивації та формування стійкої військової ідентичності серед ветеранів і військовослужбовців зі статусом внутрішньо переміщених осіб.

Результати дослідження за Шкалою схильності до девіантних форм поведінки на контрольному етапі представлено в табл. 3.20.

Таблиця 3.20

**Результати дослідження за Шкалою схильності до девіантних форм поведінки на контрольному етапі, n=30**

Рівень	Кількість респондентів	
	n	%
відсутність ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки	30	100
в цілому виражені ознаки девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки відсутні	-	-
відзначено наявність деяких ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки	-	-
наявність виразних ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки	-	-

Як бачимо з табл. 3.20, усі учасники дослідження (100%) не продемонстрували жодних ознак девіантних форм поведінки, зокрема аддиктивної чи делинквентної. Інші категорії, що передбачали наявність окремих чи виразних ознак девіантної поведінки, у вибірці відсутні.

Порівняння результатів респондентів за Шкалою схильності до девіантних форм поведінки на констатувальному та на контрольному етапах експерименту наведено в табл. 3.21.

Таблиця 3.21

**Порівняння результатів за Шкалою схильності до девіантних форм поведінки на констатувальному та на контрольному етапах експерименту**

Рівень	Констатувальний етап		Контрольний етап	
	n	%	n	%
відсутність ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки	11	36,7	30	100

в цілому виражені ознаки девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки відсутні	10	33,3	-	-
відзначено наявність деяких ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки	9	30	-	-
наявність виразних ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки	-	-	-	-

Таблиця 3.21 демонструє динаміку змін за Шкалою схильності до девіантних форм поведінки між констатувальним та контрольним етапами експерименту. На констатувальному етапі лише 36,7% респондентів не мали ознак девіантної поведінки, тоді як на контрольному етапі ця кількість зросла до 100%, що вказує на повне усунення девіантних проявів серед учасників дослідження. Водночас категорії респондентів із вираженими або частковими ознаками девіантної поведінки (разом 63,3% на початковому етапі) на контрольному етапі повністю відсутні. Таким чином, спостерігається суттєве зниження наявності девіантних тенденцій, що свідчить про ефективність застосованих заходів психологічної допомоги.

У ході порівняльного аналізу результатів за Шкалою схильності до девіантних форм поведінки, отриманих на констатувальному та контрольному етапах експерименту, було застосовано t-критерій Стьюдента (табл. 3.22).

Таблиця 3.22

**Емпіричні значення критерію Т-Стьюдента за Шкалою схильності до девіантних форм поведінки**

Шкали	Середнє значення на констатувальному етапі (M <sub>1</sub> )	Середнє значення на контрольному етапі (M <sub>2</sub> )	U	p
Шкала схильності до девіантних форм поведінки	18.167±2.854	7.433±1.524	17.87	0***

\* - p<0,05; \*\* - p<0,01; \*\*\* - p<0,001

Отримане значення критерію  $U$  дорівнює 17,87 при рівні статистичної значущості  $p < 0,001$ , що вказує на достовірність зниження рівня схильності до девіантної поведінки у вибірці після впровадження програми психологічної допомоги. Ці дані підтверджують ефективність проведених заходів у контексті зменшення девіантних тенденцій серед ветеранів та військовослужбовців зі статусом ВПО.

Результати дослідження за Шкалою суїцидального ризику на контрольному етапі представлено в табл. 3.23.

*Таблиця 3.23*

**Результати дослідження за Шкалою суїцидального ризику на контрольному етапі, n=30**

Рівень	Кількість респондентів	
	n	%
відсутність ознак суїцидального ризику	29	96,7
в цілому виразних ознак суїцидальної схильності не виявлено	1	3,3
відзначена наявність окремих ознак суїцидальної схильності	-	-
відзначена наявність виразних ознак суїцидальної схильності	-	-

Результати показують, що переважна більшість учасників – 29 осіб, що становить 96,7% вибірки, не має ознак суїцидального ризику. Лише 1 респондент (3,3%) демонструє відсутність виразних ознак суїцидальної схильності, що вказує на мінімальний або відсутній ризик аутоагресивної поведінки у більшості учасників. Відзначених випадків наявності окремих чи виразних ознак суїцидальної схильності на контрольному етапі не зафіксовано.

Порівняння результатів респондентів за Шкалою суїцидального ризику на констатувальному та на контрольному етапах експерименту наведено в табл. 3.24.

Таблиця 3.24

**Порівняння результатів за Шкалою суїцидального ризику на констатувальному та на контрольному етапах експерименту**

Рівень	Констатувальний етап		Контрольний етап	
	n	%	n	%
відсутність ознак суїцидального ризику	3	10	29	96,7
в цілому виразних ознак суїцидальної схильності не виявлено	1	3,3	1	3,3
відзначена наявність окремих ознак суїцидальної схильності	16	53,4	-	-
відзначена наявність виразних ознак суїцидальної схильності	10	33,3	-	-

Таблиця 3.24 ілюструє порівняння результатів за Шкалою суїцидального ризику на констатувальному та контрольному етапах експерименту. На початковому етапі лише 3 респонденти (10%) не мали ознак суїцидального ризику, тоді як на контрольному етапі ця кількість значно зросла до 29 осіб (96,7%), що вказує на суттєве покращення стану учасників щодо відсутності суїцидальних проявів.

Число осіб, у яких не було виявлено виразних ознак суїцидальної схильності, залишилось стабільним і становить 1 респондента (3,3%) на обох етапах. Водночас кількість учасників із наявністю окремих ознак суїцидальної схильності зменшилася з 16 (53,4%) на констатувальному етапі до 0 на контрольному, а число осіб із виразними ознаками суїцидальної схильності зменшилось з 10 (33,3%) до 0.

Таким чином, спостерігається значне зменшення кількості респондентів із будь-якими проявами суїцидального ризику – від 96% до повної відсутності таких ознак, що підтверджує ефективність проведеної програми психологічної допомоги у зниженні суїцидального ризику серед ветеранів та військовослужбовців зі статусом ВПО.

У ході порівняльного аналізу результатів за Шкалою суїцидального ризику, отриманих на констатувальному та контрольному етапах експерименту, було застосовано t-критерій Стьюдента (табл. 3.25).

Таблиця 3.25

**Емпіричні значення критерію Т-Стьюдента за Шкалою суїцидального ризику**

Шкали	Середнє значення на констатувальному етапі (M <sub>1</sub> )	Середнє значення на контрольному етапі (M <sub>2</sub> )	U	p
Шкала суїцидального ризику	10.633±2.906	2±0.91	16.756	0***

\* - p<0,05; \*\* - p<0,01; \*\*\* - p<0,001

Середнє значення показника суїцидального ризику на констатувальному етапі становило 10,633 (±2,906), тоді як на контрольному етапі воно знизилося до 2,0 (±0,91). Значення статистичного критерію U становить 16,756 при рівні значущості p<0,001, що вказує на достовірність різниці між двома вимірами.

Таким чином, за результатами дослідження зафіксовано статистично значуще зниження рівня суїцидального ризику серед учасників після впровадження програми психологічної допомоги, що свідчить про високу ефективність застосованих психологічних заходів у покращенні психоемоційного стану ветеранів та військовослужбовців зі статусом внутрішньо переміщених осіб.

Узагальні результати дослідження на контрольному етапі експерименту за методикою «Шкала хронічного воєнного стресу (ШХВС-Ц)» розраховано на основі сирих балів (Додаток Р) та представлені в табл. 3.26.

Таблиця 3.26

**Результати дослідження за методикою «Шкала хронічного воєнного стресу (ШХВС-Ц)» на контрольному етапі, n=30**

Показник	Рівень	Кількість респондентів
----------	--------	------------------------

		n	%
Загальний показник стресу	низький	-	-
	помірний	22	73,3
	високий	8	26,7
	дуже високий	-	-
Травматична реактивність (ТР)	низький	1	3,3
	помірний	20	66,7
	високий	9	30
	дуже високий	-	-
Емоційна ізоляція (ЕІ)	низький	1	3,3
	помірний	15	50
	високий	14	46,7
	дуже високий	-	-
Когнітивне уникання (КУ)	низький	4	13,4
	помірний	16	53,3
	високий	9	30
	дуже високий	1	3,3

Щодо загального показника стресу, більшість учасників (73,3%) характеризуються помірним рівнем, тоді як 26,7% мають високий рівень хронічного стресу. Відсутні випадки низького або дуже високого рівня стресу.

За субшкалою травматичної реактивності (ТР) спостерігається, що 66,7% респондентів мають помірний рівень симптомів, 30% – високий, а лише 3,3% – низький рівень. Високий рівень травматичної реактивності свідчить про наявність значущих симптомів гіпернастороженості і інтрузивних спогадів, пов'язаних із бойовим досвідом.

Щодо емоційної ізоляції (ЕІ), 50% респондентів відносяться до категорії з помірним рівнем, 46,7% мають високий рівень емоційного відчуження, і лише 3,3% – низький рівень. Це вказує на значну частку учасників із тенденцією до емоційного виснаження та соціального віддалення.

За субшкалою когнітивного уникання (КУ) 53,3% респондентів мають помірний рівень уникання думок і спогадів про травматичні події, 30% – високий

рівень, 13,4% – низький рівень і 3,3% – дуже високий рівень когнітивного уникання.

Порівняння результатів респондентів за методикою «Шкала хронічного воєнного стресу (ШХВС-Ц)» на констатувальному та на контрольному етапах експерименту наведено в табл. 3.27.

Таблиця 3.27

**Порівняння результатів за методикою «Шкала хронічного воєнного стресу (ШХВС-Ц)» на констатувальному та на контрольному етапах експерименту**

Показник	Рівень	Констатувальний етап		Контрольний етап	
		n	%	n	%
Загальний показник стресу	низький	-	-	-	-
	помірний	1	3,3	22	73,3
	високий	27	90	8	26,7
	дуже високий	2	6,7	-	-
Травматична реактивність (ТР)	низький	-	-	1	3,3
	помірний	4	13,3	20	66,7
	високий	20	66,7	9	30
	дуже високий	6	20	-	-
Емоційна ізоляція (ЕІ)	низький	-	-	1	3,3
	помірний	1	3,3	15	50
	високий	20	66,7	14	46,7
	дуже високий	9	30	-	-
Когнітивне уникання (КУ)	низький	-	-	4	13,4
	помірний	4	13,3	16	53,3
	високий	18	60	9	30
	дуже високий	8	26,7	1	3,3

Таблиця 3.27 демонструє порівняння результатів за методикою «Шкала хронічного воєнного стресу (ШХВС-Ц)» на констатувальному та контрольному етапах експерименту.

Щодо загального показника стресу, на констатувальному етапі 90% респондентів мали високий рівень стресу, а 6,7% – дуже високий, тоді як лише 3,3% продемонстрували помірний рівень. На контрольному етапі значно збільшилася кількість учасників із помірним рівнем стресу – до 73,3%, тоді як високий рівень знизився до 26,7%, а дуже високий рівень стресу зник повністю. Таким чином, спостерігається суттєве зниження тяжкості хронічного стресу у більшості респондентів.

За субшкалою травматичної реактивності (ТР) відбулося зменшення частки учасників із високим (з 66,7% до 30%) та дуже високим рівнем (з 20% до 0%), водночас помітно зросла частка респондентів із помірним рівнем (з 13,3% до 66,7%) і з'явився незначний відсоток з низьким рівнем (3,3%). Це вказує на значне пом'якшення гострих реакцій на травматичні спогади.

Щодо емоційної ізоляції (ЕІ), кількість осіб із дуже високим рівнем зменшилась з 30% до 0%, частка з високим рівнем незначно знизилась (з 66,7% до 46,7%), а помірний рівень зріс із 3,3% до 50%. З'явилися також респонденти з низьким рівнем (3,3%). Це вказує на зменшення емоційного відчуження та виснаження.

За шкалою когнітивного уникання (КУ) також відзначено зменшення високого рівня (з 60% до 30%) і дуже високого рівня (з 26,7% до 3,3%), у той час як помірний рівень зріс з 13,3% до 53,3%, а низький рівень з'явився у 13,4% респондентів. Це вказує на зменшення активних стратегій уникання травматичних спогадів і покращення психічного балансу.

У ході порівняльного аналізу результатів за методикою «Шкала хронічного воєнного стресу (ШХВС-Ц)», отриманих на констатувальному та контрольному етапах експерименту, було застосовано t-критерій Стьюдента (табл. 3.28).

**Емпіричні значення критерію Т-Стюдента за методикою «Шкала  
хронічного воєнного стресу (ШХВС-Ц)»**

Шкали	Середнє значення на констатувальному етапі (M <sub>1</sub> )	Середнє значення на контрольному етапі (M <sub>2</sub> )	U	p
Загальний показник стресу	38.5±4.524	26±4.892	22.888	0***
Травматична реактивність (ТР)	14.767±2.849	10.2±3.112	13.249	0***
Емоційна ізоляція (ЕІ)	16.1±2.644	11.1±2.708	15.721	0***
Когнітивне уникання (КУ)	7.633±1.629	4.7±2.087	11.374	0***

\* - p<0,05; \*\* - p<0,01; \*\*\* - p<0,001

Як бачимо з табл. 3.28, загальний показник стресу знизився з 38.5±4.524 на констатувальному етапі до 26±4.892 на контрольному, що є статистично значущою різницею (U = 22.888, p < 0.001). Це свідчить про суттєве зменшення загального рівня хронічного воєнного стресу серед респондентів.

За підшкалою травматичної реактивності (ТР) середнє значення знизилось із 14.767±2.849 до 10.2±3.112 (U = 13.249, p < 0.001), що вказує на помітне зменшення симптомів гіпернастороженості та інтрузивних спогадів.

Емоційна ізоляція (ЕІ) також зазнала значного зниження – з 16.1±2.644 до 11.1±2.708 (U = 15.721, p < 0.001), що свідчить про покращення емоційного стану та зменшення відчуження і виснаження.

Показник когнітивного уникання (КУ) знизився з 7.633±1.629 до 4.7±2.087 (U = 11.374, p < 0.001), що демонструє зменшення ухиляння від спогадів і думок, пов'язаних із травматичними подіями.

Отже, результати таблиці свідчать про значну позитивну динаміку у зниженні симптомів хронічного воєнного стресу за всіма ключовими аспектами психоемоційного стану учасників дослідження.

Узагальні результати дослідження на контрольному етапі експерименту за методикою «Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» розраховано на основі сирих балів (Додаток С) та представлені в табл. 3.29.

Таблиця 3.29

**Результати дослідження за методикою «Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» на контрольному етапі, n=30**

Оцінка посттравматичних реакцій	Кількість респондентів	
	N	%
Добре адаптовані	21	70
Психічні розлади	9	30
ПТСР	-	-

Згідно з отриманими даними, більшість учасників – 21 особа, що становить 70% вибірки – виявили ознаки доброї адаптації, що свідчить про збереження ефективних механізмів психологічної стійкості після травматичного досвіду.

Водночас у 9 респондентів (30%) було зафіксовано наявність психічних розладів, що може свідчити про збереження симптоматики, пов'язаної з психотравматичними подіями, але при цьому ознак посттравматичного стресового розладу (ПТСР) виявлено не було.

Порівняльні дані щодо результатів респондентів, отриманих за методикою «Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)», на констатувальному та контрольному етапах експерименту подано в табл. 3.30.

Таблиця 3.30

**Порівняння результатів за методикою «Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» на констатувальному та контрольному етапах експерименту**

Оцінка посттравматичних реакцій	Констатувальний етап		Контрольний етап	
	Кількість респондентів		Кількість респондентів	
	N	%	N	%

Добре адаптовані	4	13,3	21	70
Психічні розлади	18	60	9	30
ПТСР	8	26,7	-	-

На констатувальному етапі лише 4 респонденти (13,3%) були класифіковані як добре адаптовані, тоді як на контрольному етапі їх кількість зросла до 21 особи, що становить 70% вибірки. Це свідчить про значне покращення рівня адаптації серед учасників дослідження.

Водночас спостерігається зменшення кількості респондентів із ознаками психічних розладів: з 18 осіб (60%) на констатувальному етапі до 9 осіб (30%) після проходження програми. Ця динаміка свідчить про помітне зниження психоемоційної вразливості та загальне покращення психологічного стану учасників дослідження.

Щодо учасників із діагнозом посттравматичного стресового розладу (ПТСР), їх кількість зменшилася з 8 (26,7%) на початковому етапі дослідження до 0 на контрольному етапі, що свідчить про повне зникнення виявлених симптомів ПТСР у вибірці після проведеної психологічної підтримки.

Таким чином, спостерігається суттєве покращення психоемоційного стану учасників експерименту, що підтверджує ефективність застосованих корекційних заходів.

У ході порівняльного аналізу результатів за методикою «Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)», отриманих на констатувальному та контрольному етапах експерименту, було застосовано *t*-критерій Стьюдента (табл. 3.31).

*Таблиця 3.31*

**Емпіричні значення критерію Т-Стьюдента за методикою «Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»**

Шкали	Середнє значення на констатувальному етапі (M <sub>1</sub> )	Середнє значення на контрольному етапі (M <sub>2</sub> )	U	p
-------	--	--	---	---

Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)	103.4±9.357	91.833±7.474	22.144	0***
---	-------------	--------------	--------	------

\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$

Отже, на констатувальному етапі середній бал становив  $103.4 \pm 9.357$ , тоді як на контрольному етапі він знизився до  $91.833 \pm 7.474$ . Проведений аналіз із застосуванням критерію Т-Ст'юдента показав статистично значущу різницю між цими значеннями ( $U = 22.144$ ,  $p < 0.001$ ), що свідчить про істотне зменшення вираженості посттравматичних реакцій у респондентів після реалізації програми психологічної допомоги. Отже, отримані дані підтверджують ефективність проведеного втручання у покращенні психоемоційного стану учасників дослідження.

Узагальні результати дослідження на контрольному етапі експерименту за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка) розраховано на основі сирих балів (Додаток Т, Додаток У) та представлені в табл. 3.32.

Таблиця 3.32

**Результати дослідження за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка) на контрольному етапі, n=30**

Стан	Рівень	Кількість респондентів	
		N	%
Тривожність	Низький	6	20
	Середній	23	76,7
	Високий	1	3,3
Фрустрація	Низький	13	43,3
	Середній	17	56,7
	Високий	-	-
Агресивність	Низький	6	20
	Середній	23	76,7

	Високий	1	3,3
Ригідність	Низький	9	30
	Середній	21	70
	Високий	-	-

Як бачимо з табл. 3.32, за показником тривожності більшість учасників (76,7%) демонстрували середній рівень цього стану, 20% мали низький рівень, і лише 3,3% – високий рівень тривожності. Щодо фрустрації, 56,7% респондентів були в межах середнього рівня, а 43,3% – мали низький рівень, високий рівень не зафіксовано.

Агресивність також переважно проявлялася на середньому рівні (76,7%), низький рівень мали 20%, а високий – 3,3% учасників. Щодо ригідності, 70% респондентів були в середньому діапазоні, тоді як 30% – у низькому, високих значень не виявлено.

Отже, результати свідчать про переважне утримання респондентами середніх рівнів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, що може свідчити про помірну вираженість цих психічних станів у досліджуваній групі на контрольному етапі.

Порівняння результатів респондентів за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка) на констатувальному та на контрольному етапах експерименту наведено в табл. 3.33.

*Таблиця 3.33*

**Порівняння результатів за методикою «Самооцінка психічних станів»  
(Г. Айзенка) на констатувальному та на контрольному етапах  
експерименту**

Стан	Рівень	Констатувальний етап		Контрольний етап	
		n	%	n	%
Тривожність	Низький	-	-	6	20
	Середній	25	83,3	23	76,7
	Високий	5	16,7	1	3,3
Фрустрація	Низький	-		13	43,3

	Середній	23	76,7	17	56,7
	Високий	7	23,3	-	-
Агресивність	Низький	-	-	6	20
	Середній	20	66,7	23	76,7
	Високий	10	33,3	1	3,3
Ригідність	Низький	-	-	9	30
	Середній	21	70	21	70
	Високий	9	30	-	-

Таблиця 3.33 ілюструє порівняння результатів за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка) між констатувальним та контрольним етапами експерименту.

Динаміка змін за показником тривожності засвідчує позитивні тенденції: частка респондентів із низьким рівнем тривожності зростає з 0% на констатувальному етапі до 20% на контрольному, що свідчить про покращення емоційного стану учасників. Одночасно спостерігається незначне зниження частки осіб із середнім рівнем тривожності – на 6,6% (з 83,3% до 76,7%). Найбільш показовим є суттєве зменшення кількості респондентів із високим рівнем тривожності – з 16,7% до 3,3%, що свідчить про ефективність реалізованих заходів програми психологічної допомоги.

Щодо фрустрації, на контрольному етапі кількість респондентів із низьким рівнем зростає з 0% до 43,3%, у той час як середній рівень збільшився на 10% (з 76,7% до 86,7%). Високий рівень фрустрації зник, зменшившись з 23,3% до 0%.

По агресивності також відбулося позитивне зміщення: кількість осіб із низьким рівнем збільшилася з 0% до 20%, середній рівень підвищився з 66,7% до 76,7%, а високий рівень знизився суттєво – з 33,3% до 3,3%.

Щодо ригідності, збільшення кількості респондентів із низьким рівнем становить 30%, тоді як середній рівень залишився стабільним (70%). Високий рівень ригідності повністю зник, зменшившись з 30% до 0%.

Таким чином, порівняння показує загальне покращення психічного стану досліджуваних, зменшення високих рівнів тривожності, фрустрації,

агресивності та ригідності та зростання кількості осіб із низькими рівнями цих показників.

У ході порівняльного аналізу результатів за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка), отриманих на констатувальному та контрольному етапах експерименту, було застосовано t-критерій Стьюдента (табл. 3.34).

Таблиця 3.34

**Емпіричні значення критерію Т-Стьюдента за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)**

Шкали	Середнє значення на констатувальному етапі (M <sub>1</sub> )	Середнє значення на контрольному етапі (M <sub>2</sub> )	U	p
Тривожність	12.767±2.192	9.067±2.638	12.030	0***
Фрустрація	13±2.491	8.6±2.238	15.832	0***
Агресивність	13.233±2.582	9.133±2.345	16.351	0***
Ригідність	13.067±2.612	9.1±2.482	14.297	0***

\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$

Для всіх досліджуваних шкал – тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності – відзначено статистично значуще зниження середніх значень на контрольному етапі порівняно з констатувальним ( $p < 0,001$ ).

Зокрема, середній рівень тривожності знизився з 12.77 ( $\pm 2.19$ ) до 9.07 ( $\pm 2.64$ ), фрустрації – з 13.00 ( $\pm 2.49$ ) до 8.60 ( $\pm 2.24$ ), агресивності – з 13.23 ( $\pm 2.58$ ) до 9.13 ( $\pm 2.35$ ), а ригідності – з 13.07 ( $\pm 2.61$ ) до 9.10 ( $\pm 2.48$ ).

Отримані результати свідчать про суттєве покращення психоемоційного стану респондентів після впровадження психологічної корекції, що підтверджується високою статистичною значущістю виявлених змін.

Таким чином, результати порівняльного аналізу на констатувальному та контрольному етапах експерименту засвідчили високу ефективність програми психологічної допомоги «Новий фронт: життя» для ветеранів та військовослужбовців зі статусом ВПО. Статистично значущі позитивні зміни ( $p < 0,001$ ) були зафіксовані за всіма ключовими психодіагностичними

показниками, що свідчить про цілісне покращення психоемоційного стану учасників після завершення програми.

Зокрема, за методикою GAD-7 рівень тривожності достовірно знизився ( $t = 24,333$ ;  $p < 0,001$ ), що супроводжувалося зникненням випадків високої тривожності. За опитувальником «Адаптивність-200» було зафіксовано статистично значуще підвищення стійкості до бойового стресу ( $t = 29,623$ ;  $p < 0,001$ ), із повною ліквідацією категорій низької та задовільної стійкості.

Вірогідні зміни спостерігалися за Шкалою поведінкової регуляції ( $t = 20,502$ ;  $p < 0,001$ ): зникли прояви нервово-психічної нестійкості, натомість понад 75% респондентів продемонстрували достатній або вищий рівень самоконтролю. За Шкалою комунікативного потенціалу зафіксовано істотне зростання високих показників ( $t = 14,915$ ;  $p < 0,001$ ) і повне усунення ознак соціальної дезадаптації.

Значне покращення відзначено за шкалами морально-етичної нормативності ( $t = 11,09$ ;  $p < 0,001$ ) і військово-професійної спрямованості ( $t = 12,422$ ;  $p < 0,001$ ), що свідчить про посилення моральної відповідальності, зростання професійної ідентичності та внутрішньої мотивації учасників.

Повна відсутність девіантних тенденцій була підтверджена за Шкалою схильності до девіантної поведінки ( $t = 17,87$ ;  $p < 0,001$ ), а ризик аутоагресивної поведінки суттєво знизився відповідно до результатів Шкали суїцидального ризику ( $t = 16,756$ ;  $p < 0,001$ ).

Окремо слід підкреслити позитивну динаміку за показниками хронічного воєнного стресу: за всіма підшкалами (загальний рівень стресу, травматична реактивність, емоційна ізоляція, когнітивне уникання) було зафіксовано достовірне зниження інтенсивності проявів ( $p < 0,001$ ). Також, згідно з результатами за Місісіпською шкалою, спостерігалось статистично значуще зменшення симптоматики посттравматичних розладів ( $t = 22,144$ ;  $p < 0,001$ ).

За методикою самооцінки психічних станів (Г. Айзенк) зафіксовано значуще зниження тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності (усі  $p < 0,001$ ), що вказує на стабілізацію загального психоемоційного фону респондентів.

Таким чином, усі вимірювані показники психоемоційного стану, рівня адаптації, поведінкової регуляції, комунікації, моральності, професійної спрямованості та схильності до ризикованої поведінки продемонстрували статистично значущі позитивні зміни, що підтверджує ефективність запропонованої програми психологічної допомоги.

## ВИСНОВКИ

Результати дослідження особливостей психологічної роботи з ветеранами та військовослужбовцями зі статусом ВПО визначають наступні висновки:

Проведено всебічний теоретичний аналіз психологічних чинників, які супроводжують досвід внутрішнього переміщення та участі у бойових діях серед ветеранів і військовослужбовців, із акцентом на особливості їхнього психоемоційного стану, адаптаційних труднощів та потенційних ризиків розвитку дезадаптації. Визначено, що вимушене переселення є потужним психотравмуючим чинником, що негативно впливає на всі ключові сфери особистості – мотиваційну, когнітивну, емоційну та поведінкову. Серед найпоширеніших психологічних проявів у внутрішньо переміщених ветеранів та військовослужбовців виокремлено знижену самооцінку, підвищену тривожність, апатію, емоційну нестабільність, труднощі у соціальній взаємодії та кризу ідентичності.

Окрему увагу приділено аналізу психоемоційних наслідків бойового досвіду, які в поєднанні з фактом вимушеного переселення істотно ускладнюють процес адаптації ветеранів і військовослужбовців до умов мирного життя, зумовлюючи підвищений рівень психічного напруження, тривожності та дезадаптивних реакцій. Бойовий стрес здатен призводити як до короточасних порушень у психічній діяльності, так і до тривалих посттравматичних розладів, що проявляються у вигляді ПТСР, депресій, суїцидальних думок, соматичних симптомів, а також розладів особистості.

Вивчення світового й національного досвіду психологічної реабілітації свідчить про ефективність багаторівневої допомоги, яка охоплює діагностику, психоосвіту, консультування, терапевтичний супровід, групову роботу та профілактичні заходи. Особливої уваги заслуговують системні підходи США й Ізраїлю, де акцент робиться не лише на лікуванні наслідків травм, а й на їх попередженні.

Здійснено обґрунтовану підготовку до емпіричного дослідження психічного стану ветеранів та військовослужбовців із досвідом внутрішнього переміщення, що передбачало як формування релевантної вибірки, так і ретельний добір психодіагностичного інструментарію. Вибірка з 30 респондентів відповідала критеріям дослідження, охоплюючи осіб чоловічої статі віком від 25 до 45 років, які мають бойовий досвід та перебувають у стані адаптації до мирного життя. Дотримання етичних норм, добровільність участі та інформована згода стали обов'язковими складовими дослідницького процесу. З метою комплексного вивчення психоемоційного стану респондентів було підібрано п'ять психодіагностичних методик, що охоплюють основні вектори дослідження: тривожність, стресостійкість, посттравматичні прояви, адаптивні ресурси та емоційно-особистісні характеристики. Кожна з обраних методик має високу валідність, надійність та апробованість у роботі з військовим контингентом. Їх поєднання дозволило сформувати повноцінний психодіагностичний профіль учасників, що є основою для подальшого аналізу, інтерпретації результатів та розробки ефективної програми психологічної допомоги.

Аналіз результатів констатувального етапу емпіричного дослідження засвідчив наявність системних психоемоційних і адаптаційних порушень у ветеранів та військовослужбовців зі статусом внутрішньо переміщених осіб. Усі учасники дослідження виявили певний рівень тривожності: 73,3% мали середній або високий рівень, що свідчить про поширеність емоційного напруження та потребу в психологічній інтервенції.

Оцінка стійкості до бойового стресу за методикою «Адаптивність-200» виявила переважання низького (43,3%) і задовільного (56,7%) рівнів без наявності достатніх або високих показників, що вказує на загальну психологічну вразливість вибірки до дії стресових факторів. Шкала поведінкової регуляції зафіксувала ознаки нервово-психічної нестійкості у 53,4% респондентів, тоді як ознаки стабільної поведінкової саморегуляції спостерігались лише у 23,3% учасників.

Результати за шкалою комунікативного потенціалу вказують на обмеженість соціальної взаємодії: лише 23,4% мали достатній або достатньо високий рівень, тоді як 50% респондентів демонстрували понижений або низький рівень соціальної активності. Схожа тенденція виявлена у морально-етичній сфері: високі рівні нормативності відсутні, а у 36,7% осіб зафіксовано низький або недостатній рівень морально-етичної регуляції, що може ускладнювати внутрішню інтеграцію та прийняття соціальних норм у цивільному середовищі.

Попри часткову збереженість військово-професійної ідентичності у 73,4% учасників (достатній або в цілому достатній рівень), майже третина респондентів виявила ознаки професійної дезорієнтації та втрати мотивації. Щодо схильності до девіантної поведінки, у третини вибірки (30%) зафіксовано наявність окремих ознак ризикованої поведінки, що створює передумови для формування деструктивних стратегій реагування в умовах соціального стресу.

Найбільш тривожними були результати за шкалами суїцидального ризику та хронічного воєнного стресу. Відповідно, у 86,7% респондентів спостерігаються прояви різного ступеня суїцидальної схильності, а 96,7% учасників мають високий або дуже високий рівень хронічного стресу, що супроводжується симптомами емоційної ізоляції, когнітивного уникання та повторної травматизації. Дані Місісіпської шкали свідчать про наявність ПТСР у 26,7% респондентів і психічних розладів – у 60% вибірки.

Оцінка емоційно-особистісної сфери за методикою Г. Айзенка засвідчила домінування середніх і високих рівнів тривожності (100%), фрустрації (100%), агресивності (33,3%) та ригідності (30%), що є індикатором емоційної нестабільності, внутрішніх конфліктів і зниження адаптаційної гнучкості.

Таким чином, результати дослідження дозволяють зробити висновок про високий рівень дезадаптації, психологічного виснаження та посттравматичних порушень у вибірці, що зумовлює необхідність системного впровадження програм психологічної допомоги, спрямованих на зниження тривожності,

подолання симптомів ПТСР, розвиток стресостійкості та формування адаптивних ресурсів у ветеранів і військовослужбовців зі статусом ВПО.

Огляд зарубіжних і вітчизняних моделей психологічної допомоги ветеранам та військовослужбовцям зі статусом внутрішньо переміщених осіб засвідчив розмаїття підходів, що ґрунтуються на сучасних теоріях психотерапії, нейропсихології, соціальної роботи та гуманістичної психології. Серед них виокремлюються моделі, орієнтовані на трансдіагностичне опрацювання симптомів (СЕТА), активізацію внутрішніх ресурсів і соціального капіталу (peer support), когнітивне переосмислення травми як джерела зростання (PTG), а також інституційні підходи до посттравматичної підтримки в межах військових структур (Combat Path Debriefing), онлайн-інструменти самопомоги (Self-Help Online) та програми психосоціальної підтримки на рівні громади («Ти як?»). Зарубіжний досвід пропонує перевірені, науково обґрунтовані рішення, які можуть бути адаптовані до українського контексту з урахуванням культурних особливостей, ресурсних обмежень та специфіки травматичного досвіду. Водночас вітчизняні моделі демонструють гнучкість і здатність інтегрувати міжнародні підходи з локальними практиками, орієнтованими як на індивідуальну роботу, так і на побудову системної інфраструктури психосоціальної підтримки.

Програма «Новий фронт: життя» є науково обґрунтованим комплексом психологічної підтримки, розробленим з урахуванням подвійної вразливості ветеранів та військовослужбовців зі статусом ВПО. Її зміст базується на когнітивно-поведінковому та трансдіагностичному підходах, що забезпечують гнучкість і ефективність інтервенцій у кризових умовах. Включення моделі посттравматичного зростання та принципів взаємопідтримки сприяє не лише зменшенню симптомів ПТСР, а й особистісному зміцненню учасників. Структура програми побудована поетапно: від стабілізації та психоедукації до глибокої рефлексії та формування життєвих орієнтирів. Поєднання групових, індивідуальних і цифрових компонентів підвищує доступність та адаптивність.

Урахування українського контексту війни та переміщення робить програму актуальним і дієвим ресурсом психологічної допомоги й підтримки.

Результати, отримані на контрольному етапі дослідження, свідчать про високу ефективність реалізованої програми психологічної допомоги «Новий фронт: життя». Учасники продемонстрували істотне покращення психоемоційного стану за всіма діагностичними шкалами: знизилися рівні тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, посилилася здатність до поведінкової регуляції, підвищився рівень адаптивності та морально-етичної нормативності. Спостерігається повне усунення ознак девіантної поведінки та суттєве зниження суїцидального ризику, що є ключовими показниками стабілізації внутрішнього стану.

Значно покращились показники комунікативного потенціалу та військово-професійної спрямованості, що свідчить про зростання впевненості в собі, відновлення мотивації до професійної діяльності та посилення соціальної взаємодії. Окрему увагу заслуговує зниження симптомів хронічного воєнного стресу й посттравматичних реакцій, що підтверджує доцільність використання стратегій психологічної допомоги, спрямованих на роботу з бойовими травмами.

Загалом, зафіксовані позитивні зміни є не лише статистично достовірними, а й практично значущими, що вказує на глибоку трансформацію психоемоційного стану ветеранів і військовослужбовців зі статусом ВПО. Комплексний підхід, реалізований у межах програми, продемонстрував високу ефективність у контексті адаптації до мирного життя, зниження внутрішньої напруги та підвищення якості життя цільової групи.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янова Н. М. Гібридна війна: російсько-українське протистояння. *Молодий вчений*, 2017. № 3(43), С. 30–34.
2. Агаєв Н.А., Коқун 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. Алябіна Ю. О. Особливості психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб і вимушених переселенців. *Психологічні читання : зб. матеріалів ІХ наук.-практ. конф. молод. вчених (м. Харків, 1 груд. 2023 р.) : у 2-х т. / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Каф. соц. та психол., Наук. парк «Наука та безпека».* – Харків : ХНУВС, 2023. Т. 1. С. 12-15.
4. Блінов О. А. Особливості мотивації та переживань учасників бойових дій. *Сучасний стан психологічного забезпечення професійної діяльності сил охорони правопорядку.* Харків : Національна академія НГУ, 2017. С. 84–87.
5. Волошин С. М. Особливості змісту соціально-психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб до нового соціального середовища. *Наукові записки Національного університету «Острозька ака- демія».* Серія «Психологія»: науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, 2019. № 9. С. 73–76.
6. Газізова О. Трансформація ідентичностей внутрішньо переміщених осіб у процесі їх соціокультурної адаптації та інтеграції у нові територіальні громади. *Українознавство.* 2019. № 4. С. 83-96. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ukr\\_2019\\_4\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ukr_2019_4_7).
7. Голотенко А. Особливості психосоціального благополуччя внутрішньо переміщених осіб. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціальна робота.* 2018. Вип. 1. С. 6-9. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vkhucozrob\\_2018\\_1\\_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vkhucozrob_2018_1_3).
8. Голубовська І. О., Леута О. І., Міжнародна термінологія у сфері міграції: українсько-англійський тлумачний словник. Київ : БЛАНК-ПРЕС, 2015. 100 с.

9. Григоренко І. О., Савельєва Н. М. Соціальна робота з внутрішньо переміщеними особами в сучасних умовах : навч. посіб. Полтава : ПНПУ, 2017. 100 с.
10. Гульбс О.А., Кобець О.В. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Психологічний журнал*. 2021. № 7. С. 100–106.
11. Заклади, що надають послуги психологічної реабілітації : Міністерство у справах ветеранів. URL: <https://mva.gov.ua/ua/veteranam/likuvannya-ta-reabilitaciya/centri-z-nadannya-poslug-psiologichnoyi-reabilitaciyi>
12. Зборовський О.М. Психічні порушення в учасників АТО та методи їх корекції. Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти. Київ : Пріоритети, 2016. С. 184–192.
13. Каплан Ю. Б. Особливості інтеграції та адаптації внутрішньо переміщених осіб у нових територіальних громадах: питання реалізації політичних прав і свобод / НІСД (Національний інститут стратегічних досліджень). 2017. С. 1–9. URL: [https://niss.gov.ua/sites/default/files/2017-12/perem\\_osoby-2f1a8.pdf](https://niss.gov.ua/sites/default/files/2017-12/perem_osoby-2f1a8.pdf)
14. Кердивар В. В. Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту : монографія. Харків : НУЦЗУ, 2021. 142 с.
15. Кокурн О.М. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
16. Кокурн 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.
17. Кокурн О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.

18. Колесніченко О.С., Приходько І.І., Мацегора Я.В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах : монографія. Харків : НА НГУ, 2021. 75 с.
19. Кравченко К.О., Тімченко О.В., Ширококов Ю.М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції: монографія. Х.: Вид-во НУЦЗУ, 2017. 256 с.
20. Кудренко О.В., Афанасенко В.С. Вплив стрес-факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовців Повітряних Сил (на основі досвіду АТО). *Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України*. 2018. № 2 (31). С. 137–144.
21. Логвинова М. О. Внутрішньо переміщені особи як категорія вимушених мігрантів: поняття та ознаки. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Географічні науки*. 2019. Вип. 11. С. 44-50. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ksuhsgs\\_2019\\_11\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ksuhsgs_2019_11_8).
22. Лящ О. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. *Психологічні перспективи*. 2021. Вип. 37. С. 128–140. DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2021-37-128-140>
23. Методичні рекомендації з використання Шкали хронічного воєнного стресу (ШХВС-Ц) / укладач Т. В. Іванова. – Суми : Сумський державний університет, 2025. 23 с.
24. Михлюк Е., Логовський І. Психологічні особливості життєстійкості внутрішньо переміщених осіб. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2024. № 1(7). С. 105–117.
25. Мульована Л. І. Методи психологічної допомоги учасникам АТО. *Молодий Вчений*, 2014. № 10(13), С. 114–116.
26. Орбан-Лембрик Л. Е. Вплив міграційних процесів на поведінкові прояви особистості. *Філософія, соціологія, психологія*. Івано-Франківськ: ВДВ ЦІТ, 2008. Вип. 13. Ч. 1. С. 3–15.

27. Осьодло В. І., Зубовський Д. С. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи. *Укр. психолог. журн.*, 2017. № 1. С. 63–79.
28. Павлик Н. В. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів: метод. посіб. Київ, 2020. 92 с. С. 90–92. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/719941/>
29. Педоренко В. М. Особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини). *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, 2022. № (5), С. 5-10. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.5.1>
30. Попелюшко Р. П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр.* 2015. 13. С. 198–207.
31. Приходько І.І. Система профілактики та контролю бойового стресу у військовослужбовців. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія «Психологія»*. 2018. Вип. 1. URL: [http://books.ndcnangu.co.ua/statti\\_NDL\\_3/Vnadpn\\_2018\\_1\\_13.pdf](http://books.ndcnangu.co.ua/statti_NDL_3/Vnadpn_2018_1_13.pdf)
32. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками бойових дій на етапі відновлення. Методичний посібник. Київ : «Центр учбової літератури», 2023. 283 с.
33. Семикіна О. Ю., Федченко В. Ю., Явдак І. О., Череднякова О. С., Волкова С. О. Особливості емоційного стану у внутрішньо переміщених осіб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2020. №13. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-03>.
34. Солдатова О. С. Соціально-психологічні особливості адаптації внутрішньо-переміщених осіб: матеріали третьої міждисципл. наук-практ. конф. 6 жовтня, 2017 р. Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія», 2017. С. 8
35. Спринська З. В. Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб. *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. № 6. С. 50-56.

36. Стаднік А. В., Мельник Ю. Б. Опитувальник генералізованого тривожного розладу: метод. посіб. (укр. версія). Харків: ХОГОКЗ. 2025. 12 с. URL: <https://doi.org/10.26697/sri.krpoach/stadnik.melnyk.1.2025>
37. Стасюк В. В. Психологічні особливості реадптації Учасників бойових дій. *Актуальні проблеми психологічної та соціальної адаптації в умовах кризового суспільства*, 2018. С. 153-154.
38. Сургунд Н., Верба Г. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців на етапі відновлення. *Psychology Travelogs*, 2024. № (3), С. 47–56. DOI: <https://doi.org/10.31891/PT-2024-3-5>
39. Тітарь І. О. Поняття та критерії адаптації й інтеграції внутрішньо переміщених осіб і умови скасування статусу переселенця. *Соціологія. Київ : «Український соціум»*, 2016. № 4 (59). С. 57–68.
40. Трубавіна І. М. Проблеми внутрішньо переміщених осіб в Україні як основа ведення випадку в соціальній роботі з ними. *Гібридна війна на Сході України в міждисциплінарному вимірі: витоки, реалії, перспективи реінтеграції. Збірник наукових праць. Старобільськ: ДЗ «ЛНУ ім. Т. Шевченка»*, 2017. С. 320-342.
41. Тютюнник Л. Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. *Вісник Національного університету оборони України. Зб-к наук. праць*. 2020. Вип. 2 (55). С. 106–115.
42. Шиделко А. В. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 1 (6). С. 476–486. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-1\(6\)-476-486](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-1(6)-476-486).
43. Шиліна Н. Є. Проблема емоційного стану біженців та поселенців за умов військового конфлікту в Україні на прикладі студентів 5 курсу. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. Том 34 (73) № 2. С. 30–36.
44. Andersson P. Post-traumatic stress symptoms linked to hidden Holocaust trauma among adult Finnish evacuees separated from their parents as children in World War II, 1939–1945: A case–control study. *International Psychogeriatrics*. 2011. Vol. 23, No. 4. P. 654–661. DOI: 10.1017/S1041610210001791

45. GoodTherapy. Military and Veterans Issues. URL: <https://www.goodtherapy.org/learn-about-therapy/issues/veterans-mentalhealth-issues>
46. Handbook of interpersonal psychology: theory, research, assessment and therapeutic interventions / Edited by L.M. Horowitz, S. Strack. New York: Wiley&Sons. 2011. 649 p.
47. Hukovskyy A., Korol L., Shulha M. The Combat Path: Sustaining Mental Readiness in Ukrainian Soldiers. *U.S. Army War College Press*, 2024. — URL: <https://publications.armywarcollege.edu/News/Display/Article/3789930/the-combat-path-sustaining-mental-readiness-in-ukrainian-soldiers/>
48. Mental Health and Psychosocial Support Technical Working Group. Target Model for MHPSS Services in Ukraine. Mental Health and Psychosocial Support Technical Working Group. Coordination Center for Mental Health, Cabinet of Ministers of Ukraine, 2023. URL: [https://howareu.com/static-objects/howareu/media/Posibnuki/TM\\_MHPSS\\_UKRAINE\\_ENGLISH%20VERSION\\_upd.pdf](https://howareu.com/static-objects/howareu/media/Posibnuki/TM_MHPSS_UKRAINE_ENGLISH%20VERSION_upd.pdf)
49. Mercier J. M., Hosseiny F., Rodrigues S., Friio A., Brémault-Phillips S., Shields D. M., Dupuis G. Peer Support Activities for Veterans, Serving Members, and Their Families: Results of a Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023. Vol. 20, № 4. DOI: 10.3390/ijerph20043628.
50. Murray K., Davidson G., Schweitzer R. Review of refugee mental health interventions following resettlement: best practices and recommendations. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2010. Vol. 80, №. 4. P. 576–585.
51. Murray L. K., Haroz E., Dorsey S., Kane J., Bolton P. A., Pullmann M. D. Understanding mechanisms of change: An unpacking study of the evidence-based common-elements treatment approach (CETA) in low and middle income countries. *Behaviour Research and Therapy*. 2020. Vol. 130. DOI: 10.1016/j.brat.2019.103430
52. Official website of the U.S. Department of Veterans Affairs. URL: <https://www.va.gov/>

53. Psychological treatment of IDF soldier [Electronic resource] / Tamir Institute of Psychotherapy Discounted. 2018. URL: <https://www.tipulpsychology.co.il/idf.html>.
54. Siriwardhana C., Ali S. S., Roberts B., Stewart R. A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Conflict and Health*. 2014. № 8. DOI: 10.1186/1752-1505-8-13.
55. Siriwardhana C., Stewart R. Forced migration and mental health: prolonged internal displacement, return migration and resilience. *Health Promotion International*. 2013. № 5. P. 19–23.
56. Somasundaram D. Collective trauma in the Vanni: a qualitative inquiry into the mental health of the internally displaced due to the civil war in Sri Lanka. *International Journal of Mental Health Systems*. 2010. № 4. 22. DOI: 10.1186/1752-4458-4-22.
57. Steele Z., Chey T., Silove D., Bryant R.A., van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009. Vol. 302, № 5. P. 537–549. DOI: 10.1001/jama.2009.1132.
58. Stress Symptom Checklist. URL: <https://www.baylor.edu/content/services/document.php/183434.pdf>
59. Tsai J., El-Gabalawy R., Sledge W., Southwick S. M., Pietrzak R. H. Post-traumatic Growth among Veterans in the United States: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Psychological Medicine*. 2015. Vol. 45, № 1. P. 165–179. DOI: 10.1017/S0033291714001202
60. Weinreich K. J., Frankova I., Maksymets N., Barbui C., Klymchuk V., Mooren T., Olechno E., Purgato M., Sijbrandij M., Witteveen A. B., van der Ven E. Implementing scalable face-to-face and digital interventions among forcibly displaced persons from Ukraine in Europe: protocol of The U-RISE Project. *European Journal of Psychotraumatology*. 2025. Vol. 16, № 1. DOI: 10.1080/20008066.2025.2468117
61. World Health Organization. Strengthening national capacity for mental health and psychosocial support during the war: WHO support to Ukraine in 2022

Geneva: World Health Organization, 2022. URL:  
[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/special-initiative/who-mhps-support-to-ukraine\\_feb\\_2023.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/special-initiative/who-mhps-support-to-ukraine_feb_2023.pdf)

## Додаток А

### Опитувальник GAD-7

Оцініть, як часто протягом останніх двох тижнів Ви відчували кожен із перелічених нижче симптомів. Для кожного твердження оберіть одну відповідь, що найбільш точно відображає Ваш стан. Поставте відповідну оцінку:

- ніколи – 0 балів;
- кілька днів – 1 бал;
- понад половину днів – 2 бали;
- майже щодня – 3 бали.

#### Текст опитувальника

	Ніколи (0 балів)	Кілька днів (1 бал)	Понад половину днів (2 бали)	Майже щодня (3 бали)
Підвищена нервова збудливість, занепокоєння або дратівливість				
Нездатність впоратися з хвилюванням				
Надмірне занепокоєння з різних приводів				
Нездатність розслабитися				
Крайній ступень занепокоєння: «не можу знайти собі міста»				
Легко піддаюся відчуттю занепокоєності або дратівливості				
Побоювання чогось страшного				

#### Інтерпретація результатів:

- 0 – 4 бали – мінімальний рівень тривожності;
- 5 – 9 балів – помірний рівень тривожності;
- 10 – 14 балів – середній рівень тривожності;
- 15 – 21 – високий рівень тривожності.

## Додаток Б

### Опитувальник (БОО) «Адаптивність-200»

Опитувальник містить 200 тверджень (питань) про життя, роботу, відносини у сім'ї, інтереси і схильності. Ваше завдання полягає у тому, щоб визначити своє відношення до кожного твердження, тобто погодитися або не погодитися з ним. Якщо Ви погоджуєтеся з твердженням, то дайте відповідь «так». Якщо Ви не згодні – відповідь «ні».

Правильних або неправильних відповідей тут бути не може, тому довго не замислюйтеся над питанням – давайте відповідь, виходячи з того, що більше відповідає Вашому характеру або уявленню про самого себе.

#### Текст опитувальника

№	Питання
1	Буває, що я серджуся
2	Зазвичай вранці я прокидаюся свіжим і відпочившим
3	Зараз я приблизно так само працездатний, як і завжди
4	Доля безумовно несправедлива до мене
5	Запори у мене бувають дуже рідко
6	Часом мені дуже хотілося покинути свій дім
7	Часом у мене бувають напади сміху або плачу, з якими я ніяк не можу впоратись
8	Мені здається, що мене ніхто не розуміє
9	Вважаю, що якщо хтось заподіяв мені зло, я повинен йому відповісти тим же
10	Іноді мені в голову приходять такі нехороші думки, що краще про них нікому не розказувати
11	Мені важко зосередитися на якому-небудь завданні або роботі
12	У мене бувають дуже дивні і незвичайні переживання
13	У мене були відсутні неприємності через мою поведінку
14	В дитинстві я скоював дрібні крадіжки
15	Буває, у мене з'являється бажання ламати або крушити все навколо
16	Бувало, що я цілими днями або навіть тижнями нічого не міг робити, тому що ніяк не міг примусити себе взятися до роботи
17	Сон у мене переривчастий і неспокійний
18	Моя сім'я відноситься з несхваленням до тієї роботи, яку я обрав
19	Бували випадки, що я не виконував своїх обіцянок
20	Голова у мене болить часто
21	Раз на тиждень або частіше я без жодної видимої причини раптово відчуваю жар у всьому тілі
22	Було б добре, якби майже всі закони відмінили
23	Стан мого здоров'я майже такий же, як у більшості моїх знайомих (не гірше)
24	Зустрічаючи на вулиці своїх знайомих або шкільних друзів, з якими я давно не бачився, я вважаю за краще проходити осторонь від них, якщо вони зі мною не заговорюють першими

25	Більшості людей, які мене знають, я подобаюся
26	Я людина товариська
27	Іноді я так наполягаю на своєму, що люди втрачають терпіння
28	Значну частину часу настрій у мене пригнічений
29	Тепер мені важко сподіватися на те, що я чого-небудь досягну у житті
30	У мене мало впевненості в собі
31	Іноді я кажу неправду
32	Зазвичай я вважаю, що життя – гарна річ
33	Я вважаю, що більшість людей здатна збрехати, щоб просунутись по службі
34	Я охоче беру участь у зібраннях, зборах і інших суспільних заходах
35	Я сварюся з членами моєї сім'ї дуже рідко
36	Іноді у мене виникає сильне бажання порушити правила пристойності або кому-небудь нашкодити
37	Найважча боротьба для мене - це боротьба з самим собою
38	М'язові судоми або сіпання у мене бувають у край рідко (або майже не бувають)
39	Я досить байдужий до того, що зі мною буде
40	Іноді, коли я не добре себе відчуваю я буваю дратівливим
41	Значну частину часу у мене таке відчуття, що я зробив щось не те або навіть щось погане
42	Деякі люди до того люблять командувати, що мені так і кортить робити все наперекір, навіть якщо я знаю, що вони мають рацію
43	Я часто вважаю себе зобов'язаним відстоювати те, що вважаю справедливим
44	Моя мова зараз така ж як завжди (не швидше і не повільніше, немає ні хрипоти, ні виразності)
45	Я вважаю, що моє сімейне життя таке ж добре, як у більшості моїх знайомих
46	Мене в край зачіпає, коли мене критикують або лають
47	Іноді у мене буває таке відчуття, що я просто повинен нанести ушкодження собі або кому-небудь іншому
48	Моя поведінка значною мірою визначається звичаями тих, хто мене оточує
49	В дитинстві у мене була така компанія, де всі прагнули стояти один за одного
50	Іноді мені так і кортить з ким-небудь затіяти бійку
51	Бувало, що я казав про речі, в яких не розбираюся
52	Зазвичай я засинаю спокійно і мене не турбують ніякі думки
53	Останні декілька років я відчуваю себе добре
54	У мене ніколи не було ні припадків, ні судом
55	Зараз моя вага постійна (я не худну і не повнішаю)
56	Я вважаю, що часто мене карали несправедливо
57	Я легко можу розплакатись
58	Я мало втомлююся
59	Я був би досить спокійний, якби у кого-небудь з моєї сім'ї були неприємності через порушення закону
60	З моїм розумом твориться щось недобре
61	Щоб приховати свою сором'язливість мені доводиться докладати великі зусилля.
62	Напади запаморочення у мене бувають дуже рідко (або майже не бувають)
63	Мене турбують сексуальні (статеві) питання
64	Мені важко підтримувати розмову з людьми, з якими я тільки що познайомився
65	Коли я намагаюся щось зробити, то часто помічаю, що у мене тремтять руки
66	Руки у мене такі ж спритні і моторні, як і раніше
67	Велику частину часу я відчуваю загальну слабкість
68	Іноді, коли я збентежений я сильно вкриваюся потом і мене це дратує
69	Буває, що я відкладаю на завтра те, що повинен зробити сьогодні

70	Думаю, що я людина приречена
71	Бували випадки, що мені було важке утриматися від того, щоб що-небудь не поцупити в кого-небудь або де-небудь, наприклад у магазині
72	Я зловживав спиртними напоями
73	Я часто про що-небудь турбуюся
74	Мені б хотілося бути членом декількох гуртків або зборів
75	Я рідко задихаюся, і у мене не буває сильного серцебиття
76	Все своє життя я суворо дотримуюсь принципів, заснованих на почутті обов'язку
77	Траплялося, що я перешкоджав або поступав наперекір людям просто із принципу, а не тому, що справа була дійсно важливою
78	Якщо мені не загрожує штраф і машин поблизу немає, я можу перейти вулицю там, де бажаю, а не там де потрібно
79	Я завжди був незалежним і вільним від контролю з боку сім'ї
80	У мене бували періоди такої сильної стурбованості, що я навіть не міг всидіти на місці
81	Часто мої вчинки тлумачилися не вірно
82	Мої батьки і (або) інші члени моєї сім'ї прискіпуються до мене більше, ніж треба
83	Хтось керує моїми думками
84	Люди байдужі до того, що з тобою трапиться (переробити)
85	Мені подобається бути в компанії, де всі жартують один над одним
86	В школі я засвоював матеріал повільніше, аніж інші
87	Я цілком впевнений у собі
88	Нікому не довіряти – найбезпечніше
89	Раз на тиждень або частіше я буваю дуже збудженим і схвилованим
90	Коли я знаходжуся в компанії, мені важко знайти відповідну тему для розмови
91	Мені легко примусити інших людей боятися мене, і іноді я це роблю ради забави
92	У грі я вважаю за краще вигравати
93	Безглуздо засуджувати людину, яка обдурила того, хто сам дозволяє себе обдурювати
94	Хтось намагається впливати на мої думки
95	Я щодня випиваю багато води
96	Щасливіше всього я буваю наодинці
97	Я обурююся кожного разу, коли дізнаюся, що злочинець з якої-небудь причини залишився безкарним
98	У моєму житті був один або декілька випадків, коли я відчував, що хтось за допомогою гіпнозу примушує мене скоювати ті або інші вчинки
99	Я дуже рідко починаю розмову з людьми першим
100	У мене ніколи не було зіткнень із законом
101	Мені приємно мати серед своїх знайомих значних людей, це як би додає мені вагу у власних очах
102	Іноді без жодної причини у мене раптом наступають періоди незвичайної веселості
103	Життя для мене майже завжди пов'язано з напругою
104	У школі мені було дуже важко виступати перед класом
105	Люди проявляють по відношенні до мене стільки співчуття і симпатії, наскільки я заслуговую
106	Я відмовляюся грати в деякі ігри, тому що це у мене погано виходить
107	Мені здається, що я знаходжу друзів з такою ж легкістю, як і інші
108	Мені неприємно, коли навколо мене є люди
109	Як правило, мені не везе
110	Мене легко збити з пантелику
111	Деякі з членів моєї сім'ї скоювали вчинки, які мене лякали
112	Іноді у мене бувають напади сміху або плачу, з якими я ніяк не можу впоратись

113	Мені важко приступити до виконання нового завдання або розпочати нову справу
114	Якби люди не були налаштовані проти мене, я досягнув би у житті набагато більшого
115	Мені здається, що мене ніхто не розуміє
116	Серед моїх знайомих є люди, які мені не подобаються
117	Я легко втрачаю терпіння з людьми
118	Часто у новій обстановці я переживаю почуття тривоги
119	Часто мені хочеться померти
120	Іноді я такий збуджений, що мені важко заснути
121	Часто я переходжу на іншу сторону вулиці, щоб уникнути зустрічі з тим, кого я побачив
122	Бувало, що я кидав почату справу, оскільки боявся, що я не справлюся з нею
123	Майже щодня трапляється що-небудь, що лякає мене
124	Навіть серед людей я зазвичай відчуваю себе самотнім
125	Я переконаний, що існує лише одне єдине правильне розуміння значення життя
126	В гостях я частіше сиджу де-небудь осторонь або розмовляю з ким-небудь одним, ніж беру участь у загальних розвагах
127	Мені часто кажуть, що я запальний
128	Буває, що я з ким-небудь пліткую
129	Часто мені неприємно, коли я намагаюся застерегти кого-небудь від помилок, а мене розуміють неправильно
130	Я часто звертаюся до людей за порадою
131	Часто, навіть тоді, коли усе для мене складається добре, я відчуваю що мені усе байдуже
132	Мене досить важко вивести з себе
133	Коли я намагаюся вказати людям на їх помилки або допомогти вони часто розуміють мене неправильно
134	Зазвичай я спокійний, і мене нелегко вивести з душевної рівноваги
135	Я заслуговую суворого покарання за свою провину
136	Мені притаманно так сильно переживати свої розчарування, що я не можу примусити себе не думати про них
137	Часом мені здається, що я ні на що не здатний
138	Бувало, що під час обговорення деяких питань я, особливо не замислюючись, погоджувався з думкою інших
139	Мене дуже турбують різного роду нещастя
140	Мої переконання і погляди непохитні
141	Я вважаю, що можна не порушуючи закон спробувати знайти в ньому лазівку
142	Є люди, які мені настільки неприємні, що я в глибині душі радію, коли вони одержують прочухан за що-небудь
143	У мене бували періоди, коли через хвилювання я втрачав сон
144	Я відвідую різні суспільні заходи, тому що це дозволяє бути мені серед людей
145	Можна пробачити людям порушення тих правил, які вони вважають нерозсудливими
146	У мене є погані звички, які є настільки сильними, що боротися з ними просто марно
147	Я охоче знайомлюся з новими людьми
148	Буває, що непристойний жарт у мене викликає сміх
149	Якщо справа йде у мене погано, то мені відразу хочеться все кинути
150	Я вважаю за краще діяти відповідно до власних планів, а не слідувати вказівкам інших
151	Мені подобається, коли оточуючі знають мою точку зору.
152	Якщо я поганої думки про людину або навіть зневажаю її, я мало прагну приховати це від неї
153	Я людина нервова і легко збудлива

154	Все у мене виходить погано, не так як треба
155	Майбутнє здається мені безнадійним
156	Люди досить легко можуть змінити мою думку, навіть якщо до цього вона здавалася мені остаточною
157	Кілька разів на тиждень у мене буває таке відчуття, що повинно трапитися щось жахливе
158	Значну частину часу я відчуваю себе втомленим
159	Я люблю бути на вечірках і просто в компаніях
160	Я прагну ухилитися від конфліктів і скрутних ситуацій
161	Мене дуже дратує те, що я забуваю, куди кладу речі
162	Пригодницькі розповіді мені подобаються більше, ніж розповіді про любов
163	Якщо я захочу зробити щось, але оточуючі вважають, що цього робити не варто, я можу легко відмовитися від своїх намірів
164	Безглуздо засуджувати людей, які прагнуть урвати від життя все, що можуть
165	Мені байдуже, що про мене думають інші
166	Я абсолютно не пристосований до військової служби і це мене дуже лякає
167	Я переконаний, що чоловіки повинні служити у Збройних Силах тільки за власним бажанням
168	Останнім часом у мене все частіше і частіше трапляються „промахи” і невдачі по службі.
169	Найбільші труднощі для мене під час служби – це необхідність підкорятися командирам і начальникам
170	Тим правилам, які, на мій погляд, несправедливі, я завжди прагну протидіяти
171	Мені хотілося б випробувати себе серйозною і небезпечною справою
172	Мене довго не залишає відчуття образи, заподіяне товаришами
173	Жити за військовим розпорядком для мене просто нестерпно
174	Я сумніваюся, що зможу зі своїм здоров'ям витримати всі навантаження військової служби
175	Я заздрю тим, хто зміг ухилитися від військової служби
176	Я відчуваю все більше і більше розчарувань по відношенню до моєї військової спеціальності
177	Я часто розгублююся у складних і небезпечних ситуаціях
178	Мені хотілося б служити у ВДВ або частинах спеціального призначення
179	Із службою у мене ніщо не виходить (не „клеїться”). Часто думаю: „не моя це справа”
180	Коли мною хтось командує, це викликає у мене відчуття протесту
181	Мені завжди було важко пристосовуватися до нового колективу
182	Під час подальшої служби я був би не проти послужити там, де небезпечно і де ведуться бойові дії
183	Присяга на вірність Вітчизні у сучасних умовах втратила свою актуальність
184	Мені завжди було нелегко пристосовуватися до нових умов життя
185	У складних ситуаціях я не можу швидко приймати правильні рішення
186	Я упевнений, що в майбутньому не стану укладати або продовжувати контракт на продовження військової служби
187	У мене бувають періоди похмурої дратівливості, під час яких я „зриваю зло” на оточуючих
188	Я насилу витримую фізичні навантаження, пов'язані з моєю професійною діяльністю
189	Я достатньо спокійно відношуся до необхідності брати участь в тривалих і небезпечних відрядженнях
190	Навряд чи я схочу присвятити все своє життя військовій професії (продовжити контракт, залишитися на службу за контрактом, поступити у військове училище)

191	„За компанію” з товаришами я можу прийняти неабияку кількість алкоголю (перевищити свою звичайну „норму”)
192	У компаніях, де я часто буваю, друзі іноді палять „травичку”. Я їх за це не засуджую
193	Останнім часом, щоб не „зірватися”, я був вимушений приймати заспокійливі ліки
194	Мої батьки (родичі) часто виказували побоювання у зв'язку з моїми випивками
195	Немає нічого поганого, коли люди намагаються випробувати на собі незвичайні стани, приймаючи деякі речовини
196	У стані агресії я здатний багато на що
197	Я крутий і жорстокий з оточуючими
198	Якщо хтось заподіяв мені зло, я вважаю зобов'язаним відплатити йому тим же („око за око, зуб за зуб”)
199	Можна погодитися з тим, що я не дуже схильний виконувати багато наказів, вважаючи їх безрозсудними
200	Я думаю, що будь-яке положення законів і військових статутів можна тлумачити двояко

### Ключі до опитувальника

Шкали	«ТАК»	«НІ»
Достовірність		1, 10, 19, 31, 51, 69, 78, 92, 101, 116, 128, 138, 148
Поведінкова регуляція (ПР)	4, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 29, 30, 36, 37, 39, 40, 41, 47, 57, 60, 63, 65, 67, 68, 70, 73, 80, 82, 83, 84, 86, 89, 94, 95, 96, 98, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 127, 129, 131, 135, 136, 137, 139, 143, 146, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 162	2, 3, 5, 23, 25, 32, 38, 44, 45, 52, 53, 54, 55, 58, 62, 66, 75, 87, 105, 132, 134, 140
Комунікативний потенціал (КП)	9, 24, 27, 43, 46, 61, 64, 81, 88, 90, 99, 104, 106, 114, 121, 126, 133, 142, 151, 152	26, 34, 35, 48, 49, 74, 85, 107, 130, 144, 147, 159
Морально-етична нормативність (МН)	14, 22, 33, 42, 50, 56, 59, 71, 72, 77, 79, 91, 93, 141, 145, 150, 164, 165	13, 76, 97, 100, 160, 163
Військово-професійна спрямованість (ВПС)	166, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190	171, 178, 182, 189
Схильність до девіантних форм поведінки (ДАП)	6, 9, 14, 15, 22, 36, 39, 42, 47, 50, 56, 59, 71, 72, 91, 93, 117, 127, 141, 145, 151, 152, 164, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200	13, 100, 163.
Суїцидальний ризик	4, 8, 10, 28, 29, 39, 41, 47, 70, 84, 115, 119, 124, 136, 137, 149, 154, 155	32, 105

Шкала достовірності:

Якщо загальна кількість балів дорівнює або перевищує 10, то висвічується інформація: результати слід вважати необ'єктивними внаслідок прагнення

випробовуваного якомога більше відповідати соціально бажаному типу особистості.

РІВЕНЬ СТІЙКОСТІ ДО БОЙОВОГО СТРЕСУ (РСБС) =

ПР (сірі бали) + КП (сірі бали) + МН (сірі бали)

Переведення значень сирих балів РСБС у стени

Найменування показника	Стени									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Сирі значення 4-го рівня «Адаптивність»	≥ 87	75-86	63-74	51-62	40-50	31-39	25-30	21-24	18-20	≤ 17

Інтерпретація значень РСБС у стенах

	Стени	Рівень стійкості до бойового стресу
≥ 87	1	низька стійкість до бойового стресу
75-86	2	
63-74	3	задовільна стійкість до бойового стресу
51-62	4	
40-50	5	достатня стійкість до бойового стресу
31-39	6	
25-30	7	
21-24	8	висока стійкість до бойового стресу
18-20	9	
≤ 17	10	

1-Й РІВЕНЬ СТІЙКОСТІ ДО БОЙОВОГО СТРЕСУ. Високий рівень розвитку адаптаційних можливостей особистості. Повністю відповідає вимогам, що пред'являються до військовослужбовців в умовах бойової діяльності.

2-Й РІВЕНЬ СТІЙКОСТІ ДО БОЙОВОГО СТРЕСУ. Достатній рівень розвитку адаптаційних можливостей особистості. В основному відповідає вимогам, що пред'являються до військовослужбовців в умовах бойової діяльності.

3-Й РІВЕНЬ СТІЙКОСТІ ДО БОЙОВОГО СТРЕСУ. Задовільний рівень розвитку адаптаційних можливостей особистості. Мінімально відповідає вимогам, що пред'являються до військовослужбовців в умовах бойової діяльності.

4-Й РІВЕНЬ СТІЙКОСТІ ДО БОЙОВОГО СТРЕСУ. Недостатній рівень розвитку адаптаційних можливостей особистості. Не відповідає вимогам, що пред'являються до військовослужбовців в умовах бойової діяльності.

Переведення у стени результатів, отриманих за шкалами

Стени	Основні шкали БОО			Додаткові шкали БОО		
	ПР	КП	МН	ВПС	ДАП	СР
1	≥ 57	≥ 23	≥ 17	18 - 25	≥ 25	≥ 15
2	56-46	22-20	16	16-17	21-24	14-10
3	45-35	19-18	15-14	14-15	18-20	9-7
4	34-27	17-15	13-12	11-13	15-17	6-5
5	26-19	14-13	11-10	8-10	12-14	4
6	18-13	12-11	9-8	5-7	10-11	3
7	12-9	10-9	7	4	8-9	2
8	8-6	8-7	6-5	2-3	6-7	1
9	5	6	4	1	4-5	0
10	0-4	0-5	0-3	0	0-3	0

При значеннях шкали (Д = 0 - 5 балів) – ВИСОКА достовірність результатів обстеження.

При значеннях шкали (Д = 6 - 9 балів) – ДОСТАТНЯ достовірність результатів обстеження. Окремі ознаки соціальної бажаності.

При значеннях шкали (Д ≥ 10 балів) – результати обстеження НЕДОСТОВІРНІ. Формулювання висновку не уявляється можливим. Потрібне додаткове поглиблене обстеження.

### 1. Шкала поведінкової регуляції

Стени	Інтерпретація значень шкали ПР
10-8 стенів	Високий рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції. Високий рівень працездатності, у тому числі і в умовах вираженого стресу. Висока толерантність до несприятливих психічних і фізичних навантажень.
7 стенів	Достатньо високий рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції. Достатньо високий рівень працездатності, у тому числі і в ускладнених умовах діяльності. Достатньо висока толерантність до психічних і фізичних навантажень. Достатньо висока стійкість до дії стрес-чинників.
6 стенів	Достатній рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції. Достатній рівень працездатності, у тому числі і в ускладнених умовах діяльності. Достатня толерантність до психічних і фізичних навантажень. Достатня стійкість до дії стрес-чинників.
5 стенів	В цілому достатній рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції. Стійкий рівень працездатності у звичних умовах життєдіяльності.

	При тривалій дії явних психічних навантажень можливо тимчасове погіршення якості діяльності.
4 стени	Дещо понижений рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції. Нестабільний рівень працездатності, що особливо проявляється в ускладнених умовах діяльності. Адаптація до нових і незвичайних умов життєдіяльності ускладнена і може супроводжуватися тимчасовим погіршенням функціонального стану організму.
3 стени	Окремі ознаки нервово-психічної нестійкості і порушення поведінкової регуляції. Недостатня толерантність до психічних і фізичних навантажень. Адаптація до нових умов життєдіяльності, як правило, ускладнена і може супроводжуватися тривалим погіршенням функціонального стану організму і професійної працездатності. При надзвичайно високих психічних навантаженнях можливий зрив професійної діяльності.
2 стени	Виражені ознаки нервово-психічної нестійкості і порушення поведінкової регуляції. Низька толерантність до психічних і фізичних навантажень. Адаптація до нових умов життєдіяльності протікає хворобливо. Можливе тривале і виражене погіршення функціонального стану організму. Рівень професійної працездатності у даний період часу низький. При посиленні психічних навантажень достатньо вірогідний зрив професійної діяльності.
1 стени	Вкрай високий рівень нервово-психічної нестійкості. Ознаки граничних нервово-психічних розладів. Вкрай низька толерантність до психічних і фізичних навантажень. Адаптація до нових умов життєдіяльності протікає дуже хворобливо з тривалим і вираженим погіршенням функціонального стану організму. Працездатність у даний період часу різко знижена. Посилення психічних навантажень приводить до зриву професійної діяльності.

## 2. Шкала комунікативного потенціалу

Стени	Інтерпретація значень шкали КП
10-8 стенів	Високий рівень комунікативних здібностей. Швидко адаптується у новому колективі. Легко встановлює контакти з оточуючими. У міжособистісному спілкуванні неконфліктний. Завжди адекватно оцінює свою роль і правильно будує між персональні взаємостосунки у колективі.
7 стенів	Достатньо високий рівень комунікативних здібностей. Достатньо швидко адаптується у новому колективі. При встановленні міжособистісних контактів з оточуючими, як правило, не зазнає труднощів. У спілкуванні не конфліктний. У більшості випадків адекватно оцінює свою роль в колективі. На критику реагує адекватно. Достатня здатність до корекції поведінки.
6 стенів	Достатній рівень комунікативних здібностей. Достатньо швидко адаптується у новому колективі. При встановленні міжособистісних контактів з оточуючими, як правило, не зазнає труднощів. У спілкуванні не конфліктний. У більшості випадків адекватно оцінює свою роль в колективі. На критику реагує адекватно. Достатня здатність до корекції поведінки.
5 стенів	Рівень комунікативних здібностей середній. У цілому без особливих ускладнень адаптується до нового колективу. При встановленні

	міжособистісних контактів з оточуючими іноді може неправильно будувати стратегію своєї поведінки. Разом з тим, до критичних зауважень відноситься адекватно, здатний коригувати свою поведінку. У спілкуванні не конфліктний. Достатньо адекватно оцінює свою роль у колективі.
4 стени	Задовільний рівень комунікативних здібностей. На початковому етапі адаптації до нового колективу можуть виникати ускладнення. Не завжди правильно буде між персональні взаємостосунки, зважаючи на деяку неадекватність самооцінки. На критичні зауваження на свою адресу в основному реагує адекватно, хоча і дещо хворобливо. В цілому здатний до корекції своєї поведінки.
3 стени	Понижений рівень комунікативних здібностей. Наявність окремих ознак акцентуації характеру. На початковому етапі адаптації до нового колективу виникають значні ускладнення. Між персональні взаємостосунки (як по горизонталі, так і по вертикалі) часто буде неправильно. Хворобливо реагує на критику. Недостатньо розвинута здатність до корекції своєї поведінки.
2 стени	Рівень комунікативних здібностей низький. Наявність ознак акцентуації характеру. Початковий етап адаптації до нового колективу розтягнутий у часі і, як правило, протікає вельми хворобливо. Часто виникають ускладнення в побудові міжособистісних контактів з оточуючими, зважаючи на наявність неадекватної самооцінки. Схильність до підвищеної конфліктності. Хворобливо реагує на критику. Фіксований на образах, що заподіяні йому оточуючими. Недостатньо розвинута здатність до корекції поведінки.
1 стени	Вкрай низький рівень комунікативних здібностей. Наявність виражених ознак акцентуації характеру. Адаптація до нового колективу протікає тривало і вкрай хворобливо. Постійно випробовує утруднення в побудові міжособистісних контактів з оточуючими. Високий рівень конфліктності. Колективом, як правило, відкидаємо. Фіксований на образах, заподіяних оточуючими, унаслідок чого схилений до ірраціональних вчинків. Вкрай низька здатність до корекції поведінки.

### 3. Шкала морально-етичної нормативності

Стени	Інтерпретація значень шкали МН
10-9 стенив	Дуже високий рівень соціалізації. Суворо орієнтований на загальноприйняті і соціально схвалювані норми поведінки. Суворо дотримується корпоративних вимог. У повсякденній діяльності групові інтереси ставить вище особистісних. Виражені альтруїстські якості.
8 стенив	Високий рівень соціалізації. Суворо орієнтований на загальноприйняті і соціально ухвалені норми поведінки. Схильний дотримуватися корпоративних вимог. У повсякденній діяльності групові інтереси ставить вище особистісних.
7 стенив	Достатньо високий рівень соціалізації. Орієнтований на дотримання загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. Дотримується корпоративних вимог. У повсякденній життєдіяльності групові інтереси, як правило, переважають над особистісними інтересами.
6 стенив	Достатній рівень соціалізації. У цілому орієнтований на дотримання загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. У цілому дотримується корпоративних вимог. В повсякденній життєдіяльності

	групові інтереси, як правило, переважають над особистісними інтересами.
5 стенів	В цілому достатній рівень соціалізації. Прагне дотримуватися загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. У повсякденній життєдіяльності групові інтереси, як правило, переважають над особистісними інтересами.
4 стени	Задовільний рівень соціалізації. Не завжди орієнтований на дотримання загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. У повсякденній життєдіяльності особистісні інтереси, як правило, переважають над груповими
3 стени	Недостатній рівень соціалізації. В цілому не прагне дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки і соціально ухвалених вимог. В повсякденній життєдіяльності особистісні інтереси переважають над груповими.
2 стени	Низький рівень соціалізації. Не прагне дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки. В основному вважає за краще діяти згідно власних планів, не орієнтуючись на думку оточуючих. В повсякденній життєдіяльності переважають егоцентричні тенденції. Особистісні інтереси переважають над інтересами групи. Досягнення особистісних інтересів може здійснювати в обхід існуючих заборон і правил.
1 стен	Вкрай низький рівень соціалізації (значно відмінний від номінальних значень для даної вікової групи). Вважає за краще діяти згідно власних планів, не рахуючись з думкою оточуючих. Особистісні інтереси домінують над груповими. Для досягнення особистісних інтересів ігноруються загальноприйняті норми і правила поведінки.

## ДОДАТКОВІ ШКАЛИ БОО «АДАПТИВНІСТЬ-200»

### 1. Шкала військово-професійної спрямованості

Стени	Інтерпретація значень шкали ВПС
10-8 стенів	Високий рівень військово-професійної спрямованості. Виражене бажання продовжувати професійну діяльність, у тому числі і в особливих умовах.
7-6 стенів	Достатній рівень військово-професійної спрямованості. Стійка орієнтація на продовження професійної діяльності, у тому числі і в особливих умовах.
5 стенів	В цілому достатній рівень військово-професійної спрямованості. Орієнтований на продовження професійної діяльності, у тому числі і в особливих умовах.
4 стени	Недостатній рівень військово-професійної спрямованості. Не повною мірою задоволений своєю військовою професійною діяльністю і службовим призначенням. Орієнтація на продовження професійної діяльності сумнівна.
3-1 стени	Низький рівень військово-професійної спрямованості. Не задоволений своєю військовою професійною діяльністю і службовим призначенням.

### 2. Шкала схильності до девіантних форм поведінки

Стени	Інтерпретація значень шкали ДАП
10-6 стенів	Відсутність ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки. Відсутність ознак агресивної поведінки відносно оточуючих. Орієнтація на дотримання соціально ухвалених норм поведінки і

	раціональну побудову між персональних взаємостосунків з ровесниками і із старшими за віком.
5 стенів	В цілому виражені ознаки девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки відсутні. Відмічається наявність окремих ознак нераціональної побудови між персональних взаємостосунків з ровесниками і із старшими за віком. Іноді допускає порушення соціально ухвалених норм поведінки.
4-3 стени	Відзначено наявність деяких ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки. Наявність агресивних реакцій відносно оточуючих. Схильність до нераціональної побудови між персональних взаємостосунків з ровесниками і із старшими за віком. Схильний допускати порушення соціально ухвалених норм поведінки.
2-1 стени	Наявність виразних ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки. Наявність виражених агресивних реакцій відносно оточуючих. Як правило, між персональні взаємостосунки з ровесниками і із старшими за віком буде нераціонально. Не орієнтований на дотримання соціально ухвалених норм поведінки.

### 3. Шкала суїцидального ризику

Стени	Інтерпретація значень шкали СР
10-6 стенів	Відсутність ознак суїцидального ризику.
5 стенів	В цілому виразних ознак суїцидальної схильності не виявлено. Наголошується наявність окремих ознак, що свідчать про певні труднощі в між персональних взаємостосунках з ровесниками і (або) із старшими по віку.
4-3 стени	Відзначена наявність окремих ознак суїцидальної схильності. За наявності затяжної військово-професійної адаптації або труднощів у між персональних взаємостосунках з ровесниками і із старшими за віком можуть виникнути думки суїцидальної спрямованості.
2-1 стени	Відзначена наявність виразних ознак суїцидальної схильності. За наявності затяжної військово-професійної адаптації або труднощів в між персональних взаємостосунках з ровесниками і із старшими по віку можуть виникнути думки про суїцидальний шантаж або закінчені суїцидальні дії.

## Додаток В

### Шкала хронічного воєнного стресу (ШХВС-Ц)

Будь ласка, прочитайте кожне твердження та оберіть одну відповідь, яка найточніше описує, як часто це вас турбувало останнім часом. Відповідайте щиро – тут немає правильних або неправильних відповідей. Виберіть одну відповідь для кожного твердження, яка найбільше відповідає вашому самопочуттю.

Шкала хронічного воєнного стресу цивільних (ШХВС-Ц) містить 15 пунктів, кожен з яких оцінюється за 5-бальною шкалою від 0 до 4.

- 0 – зовсім не турбувало;
- 1 – турбувало рідко (одиначні випадки);
- 2 – іноді (кілька разів на тиждень);
- 3 – часто (майже щодня);
- 4 – щодня або кілька разів на день.

#### Текст опитувальника

№	Твердження	0	1	2	3	4
1	Періодичні спогади, думки або образи, пов'язані з війною					
2	Часті неприємні сни або кошмари, що відображають переживання, пов'язані з війною					
3	Переживання моментів, коли здається, що небезпечна ситуація, яку ви пережили, повторюється знову					
4	Відчуття емоційного напруження або тривоги, коли щось нагадує про війну (звуки, новини, розмови)					
5	Реакції тіла, як–от серцебиття, тремтіння або пітливість, у відповідь на нагадування про небезпечні ситуації, пов'язані з військовими подіями					
6	Лякливість або різка реакція на несподівані звуки чи події, які викликають асоціації з військовими діями					
7	Втрата інтересу до звичайних занять, які раніше приносили задоволення					
8	Відчуття, що ви емоційно віддаляєтесь від людей навколо					
9	Відчуття емоційної глухоти, коли важко відчувати або виражати емоції					
10	Відчуття безнадійності або втрати перспектив на майбутнє					

11	Часті спалахи роздратування або гніву, навіть з незначних причин					
12	Відчуття неможливості зосередитися на звичайних справах або роботі					
13	Бажання уникати тем, що стосуються війни, або емоційних переживань, пов'язаних із конфліктом					
14	Уникання місць або ситуацій, які асоціюються з військовими діями					
15	Труднощі у згадуванні важливих деталей того, що з вами відбувалося під час небезпечних ситуацій, пов'язаних з війною					

### Ключ до оцінювання

- мінімальний можливий бал: 0 (усі симптоми відсутні);
- максимальний бал: 60 (всі 15 тверджень = 4 бали).

### Субшкали та структура факторів

ШХВС-Ц має три субшкали, що відповідають різним аспектам хронічного воєнного стресу.

- Травматична реактивність (ТР) – містить 6 пунктів; загальний діапазон балів за цією субшкалою становить від 0 до 24.
- Емоційна ізоляція (ЕІ) – також включає 6 пунктів; підсумковий бал – від 0 до 24.
- Когнітивне уникання (КУ) – складається з 3 пунктів; діапазон балів – від 0 до 12.

Для обчислення показників за кожною субшкалою потрібно підсумувати бали відповідних пунктів:

- Травматична реактивність (ТР): пункти 1– 6.
- Емоційна ізоляція (ЕІ): пункти 7 – 12.
- Когнітивне уникання (КУ): пункти 13 – 15.

Кожна субшкала має власний діапазон балів: ТР і ЕІ – від 0 до 24 балів (по 6 пунктів), КУ – від 0 до 12 балів (3 пункти).

Для підрахунку балів у кожній субшкалі потрібно підсумувати значення відповідних пунктів. Якщо використовується електронна форма, можна застосувати автоматизовану формулу.

Інтерпретація загального балу (від 0 до 60):

- 0–14 балів – низький рівень хронічного стресу;
- 15–29 балів – помірний рівень;
- 30–44 бали – високий рівень;
- 45–60 балів – дуже високий рівень (кризовий).

Рівні за субшкалами

Травматична реактивність (ТР):

- 0–5 балів – низький рівень (симптоми незначні або відсутні);
- 6–11 – помірний рівень;
- 12–17 – високий рівень;
- 18–24 – дуже високий рівень.

Емоційна ізоляція (ЕІ):

- 0–5 балів – низький рівень (симптоми незначні або відсутні);
- 6–11 – помірний рівень;
- 12–17 – високий рівень;
- 18–24 – дуже високий рівень.

Когнітивне уникання (КУ):

- 0–2 бали – низький рівень;
- 3–5 балів – помірний рівень;
- 6–8 балів – високий рівень;
- 9–12 балів – дуже високий рівень.

## Додаток Г

### Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)

Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від «1» до «5». Користуючись цією шкалою, вкажіть, до якої міри Ви згодні або не згодні з цим твердженням: 5 – абсолютно вірно; 4 – вірно; 3 – деякою мірою вірно; 2 – скоріше, невірно; 1 – абсолютно невірно.

#### Текст опитувальника

№	Твердження	Оцінка (1-5)
1.	До служби в армії у мене було більше друзів, ніж зараз	
2.	У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії	
3.	Якщо хтось виведе мене з терпіння, то я швидше за все, не стримаюсь (застосую фізичну силу)	
4.	Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, то це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю	
5.	Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться	
6.	Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми	
7.	Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні	
8.	Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити	
9.	Зовні я виглядаю бездушним	
10.	Останнім часом я відчуваю що хочу покінчити з собою	
11.	Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати	
12.	Я весь час запитую себе, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні	
13.	У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії	
14.	Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати	
15.	Я відчуваю, що більше не можу	
16.	Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають	
17.	Мене досі радують ті самі речі, що й раніше	
18.	Мої фантазії реалістичні і викликають страх	
19.	Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації	
20.	Мені важко зосередитися	
21.	Я без причини плачу	
22.	Мені подобається бути в товаристві інших людей	
23.	Мене лякають мої прагнення і бажання	
24.	Я легко засинаю	
25.	Від несподіваного шуму я легко здригаюся	
26.	Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю	

27.	Я легка, спокійна, врівноважена людина	
28.	Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти	
29.	Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії	
30.	Я не відчуваю дискомфорту, тоді, коли перебуваю в натовпі	
31.	Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці	
32.	Я боюся засинати	
33.	Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії	
34.	Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше	
35.	Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть у відношенні до близьких людей	

### Ключ

Відповідь	Номери тверджень
Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ( $\Sigma 1$ ):	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ( $\Sigma 2$ ):	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

### Обробка результатів:

Загальний бал:  $\Sigma 1 + \Sigma 2$ . Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів. Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на «прямі» твердження і відповіді за «зворотними» твердженнями, перекодовані таким чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

### Інтерпретація результатів:

Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають посттравматичних стресових розладів і тих, які не мають посттравматичних стресових розладів. За даними В.Ю. Шаніна:

- добре адаптовані –  $76 \pm 18$ ;
- психічні розлади –  $86 \pm 26$ ;
- ПТСР –  $130 \pm 18$ .

## Додаток Г

### Методика «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)

Виберіть такий варіант власної думки із запропонованої трьохбальної шкали, що найбільш розкриває її зміст: 2 – підходить; 1 – не дуже підходить; 0 – не підходить.

#### Текст опитувальника

№	Психічні стани	Оцінка (0-2)
1.	Не відчуваю у собі впевненості	
2.	Часто червонію без причини	
3.	Мій сон мене непокоїть	
4.	Легко починаю нудьгувати	
5.	Непокоюся через неприємності, які є тільки в уяві	
6.	Мене лякають труднощі	
7.	Люблю аналізувати свої недоліки	
8.	Мене легко переконати	
9.	Я підозріливий	
10.	Важко переносити час очікування	
11.	Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, із яких можна знайти вихід	
12.	Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом	
13.	У неприємних ситуаціях я схильний без поважних причин звинувачувати себе	
14.	Нещастя та невдачі нічому мене не вчать	
15.	Я часто відмовляюся від боротьби, вважаю її даремною	
16.	Я часто почуваю себе беззахисним	
17.	Іноді у мене буває стан відчаю	
18.	Відчуваю розгубленість перед труднощами	
19.	У важкі хвилини життя іноді поведжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли	
20.	Вважаю недоліки свого характеру невинними	
21.	Залишаю за собою право вирішального голосу	
22.	Часто при розмові перебиваю співрозмовника	
23.	Мене легко розсердити	
24.	Люблю робити зауваження іншим	
25.	Хочу бути авторитетом для оточуючих	
26.	Не задовольняюсь малим, хочу більшого	
27.	Коли розгніваюсь, погано себе стримую	
28.	Більше люблю керувати, ніж підкорятися	
29.	У мене різка, грубувата жестикуляція	
30.	Я злопам'ятний	
31.	Мені важко змінювати звички	
32.	Нелегко переключати увагу	
33.	З обережністю ставлюся до всього нового	
34.	Мене важко переконати	
35.	Нерідко у мене з голови не виходять думки, яких потрібно позбутися	

36.	Нелегко зближуюся з людьми	
37.	Мене розчаровує навіть незначні зміни плану	
38.	Я проявляю впертість	
39.	Неохоче йду на ризик	
40.	Різко реауюю на відхилення від прийнятого мною режиму	

#### Методика оцінювання:

Підраховується кількість балів за кожно з чотирьох груп питань:

I – 1–10-те питання – тривожність;

II – 11–20-те питання – фрустрація (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає в конфліктній ситуації);

III – 21–30-те питання – агресивність;

IV – 31–40-ве питання – ригідність (тенденція до збереження своїх стереотипів, способів мислення, нездатність змінити власну точку зору).

#### Інтерпретація результатів:

Тривожність:

- 0–7 балів – низька тривожність;
- 8–14 балів – тривожність середня, допустимого рівня;
- 15–20 балів – висока тривожність.

Фрустрація:

- 0–7 балів – висока самооцінка, стійкість до невдач, не боїтеся труднощів;
- 8–14 балів – середній рівень самооцінки, має місце фрустрація;
- 15–20 балів – низька самооцінка, ви уникаєте труднощів, боїтеся невдач.

Агресивність:

- 0–7 балів – ви спокійні, стримані;
- 8–14 балів – середній рівень агресії;
- 15–20 балів – ви агресивні, нестримані, маєте труднощі в стосунках з людьми.

Ригідність:

- 0–7 балів – ригідності нема;
- 8–14 балів – середній рівень;
- 15–20 балів – сильно виражена ригідність.

## Додаток Д

**Результати дослідження за методикою «Опитувальник GAD-7» на  
констатувальному етапі дослідження, сирі бали**

Респондент	№ питання							Сума балів
	1	2	3	4	5	6	7	
1	3	3	0	2	3	3	3	17
2	2	2	3	2	2	1	1	13
3	1	3	3	3	2	0	2	14
4	1	1	2	3	3	3	3	16
5	1	2	0	1	3	3	1	11
6	2	2	1	2	3	2	3	15
7	1	1	0	1	1	2	3	9
8	0	3	1	1	2	0	1	8
9	0	2	2	3	1	1	3	12
10	2	2	3	2	3	3	3	18
11	3	1	2	2	0	0	2	10
12	3	3	3	3	1	1	2	16
13	2	0	1	2	0	1	1	7
14	0	2	2	1	0	0	0	5
15	1	2	1	0	1	0	1	6
16	2	1	1	1	3	2	3	13
17	3	0	2	3	3	2	2	15
18	1	3	1	2	2	2	1	12
19	1	3	3	3	2	2	3	17
20	3	2	2	0	2	2	3	14
21	1	2	1	2	2	2	0	10
22	2	3	0	0	0	2	1	8
23	3	3	3	1	3	3	3	19
24	1	3	0	1	0	0	1	6
25	3	1	1	3	1	1	1	11
26	1	2	3	3	1	1	2	13
27	1	1	0	2	0	2	1	7
28	2	2	0	1	1	2	2	10
29	3	1	3	0	3	1	1	12
30	2	3	2	1	3	3	2	16

**Додаток Е**  
**Результати дослідження за методикою Опитувальник (БОО) «Адаптивність-200»**  
**на констатувальному етапі дослідження, сирі бали**

№ питання	Респондент																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Q1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1
Q2	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
Q3	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	
Q4	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	
Q5	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
Q6	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	
Q7	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
Q8	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	
Q9	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	
Q10	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	
Q11	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	
Q12	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	
Q13	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	
Q14	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	
Q15	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	
Q16	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	
Q17	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	
Q18	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	
Q19	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	
Q20	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	
Q21	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	
Q22	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	
Q23	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	
Q24	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	
Q25	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	
Q26	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	
Q27	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	
Q28	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
Q29	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	
Q30	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	
Q31	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
Q32	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
Q33	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	
Q34	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	
Q35	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	
Q36	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	
Q37	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	
Q38	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	
Q39	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	
Q40	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	

Q41	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1			
Q42	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	
Q43	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	
Q44	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	
Q45	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	
Q46	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
Q47	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	
Q48	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	
Q49	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	
Q50	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	
Q51	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	
Q52	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	
Q53	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1
Q54	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	
Q55	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	
Q56	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	
Q57	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	
Q58	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	
Q59	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
Q60	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	
Q61	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	
Q62	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	
Q63	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	
Q64	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	
Q65	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	
Q66	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	
Q67	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	
Q68	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	
Q69	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	
Q70	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	
Q71	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	
Q72	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	
Q73	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
Q74	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	
Q75	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	
Q76	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
Q77	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
Q78	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0
Q79	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	
Q80	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1
Q81	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	
Q82	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	
Q83	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	
Q84	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	
Q85	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	
Q86	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
Q87	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0
Q88	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Q89	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	

Q90	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0		
Q91	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1		
Q92	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0		
Q93	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0		
Q94	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0		
Q95	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0		
Q96	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0		
Q97	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1		
Q98	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0		
Q99	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0		
Q100	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0		
Q101	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1		
Q102	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1		
Q103	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1		
Q104	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0		
Q105	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	
Q106	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	
Q107	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	
Q108	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1		
Q109	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0		
Q110	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	
Q111	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0		
Q112	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	
Q113	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	
Q114	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	
Q115	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	
Q116	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0
Q117	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	
Q118	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	
Q119	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	
Q120	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	
Q121	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Q122	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0
Q123	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Q124	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	
Q125	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	
Q126	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1
Q127	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Q128	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0
Q129	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Q130	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	
Q131	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
Q132	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Q133	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0
Q134	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Q135	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Q136	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Q137	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
Q138	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1

Q139	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0								
Q140	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0							
Q141	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0								
Q142	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1							
Q143	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0					
Q144	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1						
Q145	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1						
Q146	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1						
Q147	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1					
Q148	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1					
Q149	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1						
Q150	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0						
Q151	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0						
Q152	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0					
Q153	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1				
Q154	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1				
Q155	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1					
Q156	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1					
Q157	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1					
Q158	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1					
Q159	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1				
Q160	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1					
Q161	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0					
Q162	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0				
Q163	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1				
Q164	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1				
Q165	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1				
Q166	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0				
Q167	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0				
Q168	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1			
Q169	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0			
Q170	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1			
Q171	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0			
Q172	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
Q173	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0			
Q174	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0			
Q175	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0		
Q176	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0			
Q177	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0		
Q178	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
Q179	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1		
Q180	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1		
Q181	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0		
Q182	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1		
Q183	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
Q184	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	
Q185	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	
Q186	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	
Q187	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1

Q188	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1		
Q189	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0		
Q190	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0		
Q191	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1		
Q192	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	
Q193	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	
Q194	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	
Q195	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	
Q196	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	
Q197	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
Q198	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	
Q199	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	
Q200	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1

## Додаток Ж

**Розподіл за шкалами за методикою Опитувальник (БОО) «Адаптивність-200» на констатувальному етапі, сирі бали**

Респондент	Шкали						РСБС	Стен РСБС
	ПР	КП	МН	ВПС	ДАП	СР		
1	48	15	15	11	18	8	78	2
2	46	16	8	13	15	8	70	3
3	50	13	8	13	17	12	71	3
4	55	19	15	11	17	13	89	1
5	49	13	12	14	24	12	74	3
6	48	17	12	10	15	4	77	2
7	51	14	14	15	24	13	79	2
8	52	6	13	13	21	12	71	3
9	44	19	13	17	18	8	76	2
10	48	21	9	12	15	14	78	2
11	47	16	12	12	17	10	75	2
12	48	12	13	17	19	11	73	3
13	46	15	10	15	12	7	71	3
14	54	21	11	13	20	11	86	2
15	41	16	13	8	20	8	70	3
16	41	18	10	14	19	6	69	3
17	47	19	10	10	21	9	76	2
18	42	15	10	15	11	9	67	3
19	47	17	14	14	20	15	78	2
20	47	14	12	16	19	12	73	3
21	56	19	14	13	17	14	89	1
22	55	15	11	9	20	16	81	2
23	48	14	11	9	19	10	73	3
24	50	11	9	9	16	15	70	3
25	45	17	12	16	18	9	74	3
26	36	17	10	20	19	8	63	3
27	50	11	13	12	19	9	74	3
28	54	11	13	14	17	13	78	2
29	45	15	15	14	18	10	75	2
30	43	12	11	10	20	13	66	3

## Додаток 3

**Результати дослідження за методикою «Шкала хронічного воєнного стресу  
(ШХВС-Ц)» на констатувальному етапі дослідження, сирі бали**

Респондент	№ питання															ТР (1-6)	ЕІ (7-12)	КУ (13-15)	Загальний бал
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
1	4	2	2	2	2	2	4	2	1	3	2	2	4	2	2	14	14	8	36
2	2	4	2	3	4	3	4	2	3	4	1	2	4	1	4	18	16	9	43
3	1	2	3	1	4	2	1	4	4	4	1	1	1	3	1	13	15	5	33
4	1	1	3	1	4	1	4	4	4	3	3	3	1	4	3	11	21	8	40
5	3	1	3	1	2	3	2	1	4	3	1	4	4	2	1	13	15	7	35
6	4	3	3	2	4	1	3	4	4	2	3	3	1	3	1	17	19	5	41
7	3	2	3	1	1	2	3	3	2	3	3	1	3	3	2	12	15	8	35
8	2	4	1	3	3	4	3	1	4	1	4	4	2	1	3	17	17	6	40
9	3	1	3	3	1	4	1	4	3	3	3	2	4	2	2	15	16	8	39
10	1	2	1	1	2	4	4	4	4	4	2	2	3	4	2	11	20	9	40
11	3	4	1	3	2	1	1	1	3	2	1	4	1	1	3	14	12	5	31
12	3	2	4	3	1	2	1	1	3	2	4	4	3	3	2	15	15	8	38
13	4	4	4	1	4	1	2	1	2	4	4	2	3	2	3	18	15	8	41
14	1	1	1	4	1	3	1	2	2	4	2	3	1	4	1	11	14	6	31
15	1	3	2	2	1	4	2	4	2	4	3	4	3	3	4	13	19	10	42
16	3	1	3	2	4	1	4	2	2	2	3	3	4	4	1	14	16	9	39
17	1	4	3	2	4	1	3	4	4	3	4	3	2	3	3	15	21	8	44
18	3	4	4	3	4	1	1	4	4	3	2	4	1	3	4	19	18	8	45
19	1	1	2	3	3	2	2	3	3	4	4	2	4	1	4	12	18	9	39
20	4	1	2	1	4	2	4	1	1	4	3	3	1	1	3	14	16	5	35
21	3	4	4	3	4	4	2	4	1	4	4	3	1	4	4	22	18	9	49
22	2	4	4	2	3	4	2	1	3	1	1	2	4	2	2	19	10	8	37
23	2	2	3	4	1	1	4	1	4	1	2	1	4	4	4	13	13	12	38
24	4	4	3	3	1	4	1	4	4	3	3	2	3	2	2	19	17	7	43
25	2	2	2	1	3	2	4	3	3	2	1	2	1	4	3	12	15	8	35
26	4	1	1	4	1	4	3	4	3	4	1	4	1	4	4	15	19	9	43
27	2	1	2	1	2	3	4	1	1	4	1	1	2	1	3	11	12	6	29
28	3	4	1	4	3	1	1	4	3	1	4	3	4	2	1	16	16	7	39
29	2	3	2	2	3	4	2	4	2	4	3	2	3	2	3	16	17	8	41
30	3	2	2	2	1	4	1	1	3	2	4	3	1	2	3	14	14	6	34

## Додаток И

**Результати дослідження за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» на констатувальному етапі дослідження, сирі бали**

учасник	№ питання																																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1	4	5	3	5	5	2	3	3	3	5	4	3	5	2	4	2	4	5	1	4	2	5	4	1	1	3	3	2	4	4	3	4	4	1	3
2	5	3	5	1	2	4	1	4	2	2	1	2	5	2	4	4	4	4	5	3	1	4	2	4	2	2	4	5	2	2	4	2	2	4	4
3	1	5	5	2	5	2	1	4	4	4	5	1	5	5	1	1	1	1	4	3	3	1	3	3	1	3	5	2	2	1	4	1	4	2	1
4	5	3	4	3	3	1	3	5	3	1	5	2	3	1	2	2	4	5	3	1	4	5	4	5	5	3	5	4	5	3	3	4	2	2	5
5	1	5	4	4	4	4	4	3	2	4	1	1	1	1	3	1	4	5	1	3	3	1	5	1	3	2	4	3	1	4	1	1	2	4	4
6	2	3	1	5	1	1	3	1	2	2	4	5	1	1	3	2	5	4	2	4	3	3	1	5	4	2	3	1	1	4	3	5	3	4	4
7	3	4	3	2	3	3	4	4	1	1	2	1	3	4	1	1	2	2	3	4	2	1	4	4	1	2	1	4	5	5	3	1	1	3	3
8	3	4	1	4	3	1	4	4	3	1	3	1	5	2	2	2	3	5	1	4	1	4	1	5	4	3	1	1	4	3	3	5	3	3	3
9	2	5	1	4	1	5	4	5	3	4	3	1	1	4	4	5	5	3	4	1	5	5	1	5	3	4	1	4	5	5	1	3	2	1	2
10	2	3	2	2	3	2	2	2	1	1	1	3	5	2	2	3	2	1	5	4	2	1	4	5	4	1	4	3	4	2	2	3	1	2	5
11	2	2	1	4	2	3	4	5	1	5	4	4	4	5	4	5	4	3	4	5	2	4	2	3	1	3	4	2	2	5	2	5	1	4	5
12	1	2	2	1	2	1	5	5	1	5	5	5	3	4	2	3	5	1	5	4	5	1	4	5	4	2	2	5	4	1	5	2	2	5	4
13	2	4	2	2	3	2	1	5	5	4	2	1	4	3	4	4	2	3	4	1	1	5	3	3	5	4	3	1	1	2	3	4	5	5	4
14	2	5	3	2	3	1	2	5	2	2	2	2	3	1	4	2	5	2	5	3	5	4	1	5	5	1	4	2	5	1	3	1	3	4	2
15	1	5	4	1	5	1	3	1	1	1	4	1	5	3	3	1	4	4	5	1	3	4	1	4	4	3	2	5	5	3	4	1	4	3	5
16	4	5	1	5	5	2	2	2	5	3	5	3	3	2	4	1	2	2	4	1	5	5	2	1	2	3	2	2	5	5	5	3	5	1	4
17	1	1	5	4	4	4	3	5	4	3	2	2	3	3	5	5	2	4	2	4	4	5	1	1	3	5	4	1	4	1	1	1	5	2	4
18	5	5	5	5	5	3	4	5	4	3	3	4	1	2	1	1	1	5	3	1	3	4	2	4	4	5	2	4	4	2	2	4	2	4	4
19	5	1	4	3	1	1	1	5	4	5	4	5	5	3	5	2	3	5	1	2	2	2	3	5	5	1	1	2	1	3	5	2	1	3	3
20	1	5	1	2	1	3	1	5	4	1	5	5	3	5	5	5	5	2	2	3	1	5	1	1	3	5	5	4	1	1	2	4	2	2	2
21	3	3	2	4	1	4	5	3	1	1	5	5	2	3	3	4	2	2	2	2	3	3	2	4	1	1	4	2	3	1	5	5	4	2	1
22	2	1	4	4	5	2	5	2	5	3	3	3	3	1	3	4	4	1	3	3	3	5	2	5	2	3	3	5	5	2	4	2	5	5	1
23	5	1	4	2	2	1	2	5	3	1	2	1	1	3	5	1	2	4	1	1	3	5	4	2	4	2	5	2	3	3	3	3	4	5	2
24	2	3	3	1	5	4	2	1	1	2	4	1	1	5	4	1	4	2	3	1	5	2	4	2	1	4	3	2	1	5	4	2	2	3	3
25	5	5	1	1	5	5	4	3	1	3	3	5	4	2	4	4	3	4	1	3	1	2	3	2	3	5	4	5	2	4	3	4	1	4	1
26	4	1	2	5	3	4	5	3	3	1	2	2	5	2	4	2	5	2	4	1	5	1	1	1	3	3	1	5	4	4	2	5	3	1	2
27	4	3	3	1	4	5	3	1	5	4	3	5	5	5	3	3	2	4	1	5	2	1	2	3	5	1	1	1	1	1	2	5	3	3	3
28	3	2	4	5	1	4	3	4	5	1	1	5	5	3	1	4	2	2	5	3	2	1	5	4	5	4	5	5	5	4	4	5	2	3	3
29	3	4	4	2	3	3	5	4	3	2	2	3	4	2	5	2	1	1	4	3	4	4	4	4	5	5	2	1	4	2	1	3	5	1	3
30	1	5	5	2	4	1	1	3	5	1	5	1	2	4	1	5	2	1	3	4	1	2	3	2	2	3	2	3	1	3	3	4	3	3	1

## Додаток К

**Результати дослідження за методикою «Самеоцінка психічних станів» (Г. Айзенка) на констатувальному етапі  
дослідження, сирі бали**

Q	№ респондента																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	1	0	2	2	1	2	2	2	2	1	0	0	2	2	2	0	0	2	2	0	2	0	1	2	0	0	2	2	2	2	2
2	2	1	2	2	2	0	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	2	2	1	2	2	2	2	0	2	0
3	2	0	1	1	2	0	2	1	2	1	2	1	1	2	0	0	1	0	0	1	2	0	0	2	1	2	1	1	2	1	
4	2	2	0	0	2	2	1	0	1	2	2	1	2	2	0	0	1	2	2	2	2	2	0	2	1	2	2	2	2	2	
5	0	1	1	1	0	2	0	2	2	2	1	2	2	2	1	0	0	2	2	0	1	0	2	1	1	2	2	2	2	0	
6	0	2	1	1	2	0	2	0	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	0	0	1	2	2	1	2	2	
7	0	1	2	2	1	0	1	1	2	2	1	2	0	1	1	1	2	2	0	2	2	0	2	1	2	2	1	2	0	2	
8	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	0	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	0	1	2	2	
9	2	2	2	0	0	0	2	1	1	0	2	1	2	0	2	2	2	2	1	1	1	2	0	2	2	1	2	2	1	0	
10	2	0	1	2	2	0	2	2	1	0	0	0	2	2	1	2	1	0	0	2	0	2	1	1	1	1	0	1	1	1	
11	0	2	0	1	2	2	1	0	1	0	1	2	1	2	2	0	0	1	0	0	2	0	2	0	2	1	2	2	2	2	
12	2	2	2	1	0	2	1	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
13	2	2	2	0	2	2	2	2	2	0	0	2	1	1	2	1	2	2	2	2	0	0	1	2	2	2	2	2	2	0	2
14	1	2	2	1	1	1	1	1	0	2	2	2	0	2	2	0	2	1	2	1	2	2	1	2	1	0	2	2	1	1	
15	0	2	2	2	2	2	0	0	0	0	2	0	1	2	2	2	1	0	1	2	2	1	2	0	0	2	2	1	2	2	
16	0	2	1	1	0	1	2	2	0	1	1	1	1	2	2	2	0	2	2	0	2	0	1	1	1	2	1	0	0	2	
17	1	0	2	2	2	1	2	2	2	2	1	0	2	2	0	0	1	1	1	1	2	0	1	0	2	0	2	1	2	2	
18	2	0	1	2	1	2	2	1	2	0	1	1	0	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	0	2	1	0	1	2	
19	1	0	0	1	2	2	2	2	1	2	2	0	2	1	1	2	2	0	1	2	0	2	0	0	1	2	1	2	2	2	
20	1	1	0	2	0	2	0	0	0	1	2	0	2	0	1	2	2	1	1	2	1	0	0	2	2	0	2	1	2	0	
21	2	1	0	2	1	2	2	0	1	0	2	0	2	2	1	0	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	0	2	2	
22	0	1	2	1	0	2	2	2	1	2	1	0	2	2	2	1	2	0	1	2	0	1	0	2	2	1	2	2	1	2	
23	1	2	1	1	2	0	0	2	2	2	0	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	0	2	0	2	2	2	2	2	
24	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	0	2	1	1	1	2	2	0	2	1	2	2	2	
25	1	1	2	1	1	1	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	0	0	1	0	2	1	1	1	2	1	1	2	1	0	
26	2	2	1	0	2	1	2	2	1	2	2	2	0	1	1	1	0	2	2	2	2	2	2	0	1	2	2	0	2	2	
27	0	0	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	0	0	1	1	1	1	2	1	0	2	0	2	2	1	2	2	0	
28	2	2	2	2	2	1	1	2	0	1	0	2	2	2	0	2	0	2	2	1	1	0	1	2	1	2	0	2	2	1	
29	2	0	1	0	2	2	1	1	1	0	0	1	2	2	0	0	0	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	
30	0	2	0	1	1	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	0	1	1	2	0	
31	2	2	1	2	0	2	2	0	2	1	0	0	2	2	0	2	0	2	0	0	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	
32	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	0	1	2	2	2	
33	0	0	2	0	2	1	2	2	0	2	0	2	2	2	0	2	0	1	2	2	1	2	2	0	1	2	0	2	2	2	
34	2	2	2	1	2	0	2	2	0	1	0	2	2	2	1	0	2	1	2	2	1	1	1	0	0	1	0	1	2	2	
35	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	0	1	2	1	1	1	2	0	0	2	2	2	2	0	0	0	2	2	

36	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	0	0	1	2	2	2	2	2	1	0	1	1	1	2	2	2	2	2
37	1	2	2	2	2	0	2	0	2	1	0	0	1	0	2	1	0	2	2	2	2	0	1	2	0	1	1	1	2	2
38	0	0	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	1	1	2	2	2	1	2	2	0	2	2	2	0	2	2
39	2	1	2	1	2	0	2	0	2	1	2	2	2	2	0	1	2	0	2	2	2	0	0	0	0	0	1	1	2	2
40	1	0	2	2	2	2	2	1	2	2	0	2	0	2	0	1	2	2	2	2	2	1	0	2	1	1	2	0	0	0

## Додаток Л

**Результати дослідження за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка) на констатувальному етапі дослідження, сирі бали (розподіл за станами)**

Учасник	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
1	13	10	11	12
2	11	13	12	11
3	14	12	12	15
4	13	13	11	14
5	12	12	15	16
6	8	17	14	12
7	16	14	16	20
8	12	10	16	9
9	17	9	11	14
10	13	9	15	16
11	12	16	11	10
12	13	10	15	14
13	16	13	17	12
14	14	18	16	15
15	11	15	8	8
16	8	13	10	14
17	12	13	8	12
18	14	11	11	15
19	11	14	16	15
20	13	13	14	16
21	14	15	13	11
22	11	10	13	10
23	9	13	11	14
24	14	11	14	12
25	12	13	12	13
26	16	13	17	9
27	14	18	13	11
28	13	13	13	13
29	15	12	18	16
30	12	17	14	13

## Додаток М

**Результати дослідження за методикою «Опитувальник GAD-7» на  
контрольному етапі дослідження, сирі бали**

Респондент	№ питання							Сума балів
	1	2	3	4	5	6	7	
1	3	2	2	0	2	0	3	12
2	0	1	2	1	0	2	2	8
3	2	1	0	2	0	3	1	9
4	2	1	1	2	0	2	2	10
5	1	2	0	1	1	1	1	7
6	0	2	2	2	2	1	1	10
7	1	0	2	0	0	0	2	5
8	0	1	1	1	0	0	1	4
9	0	1	1	0	1	2	2	7
10	2	3	3	1	3	1	1	14
11	1	0	0	2	1	1	1	6
12	2	2	0	2	1	3	1	11
13	1	1	0	0	0	0	1	3
14	0	1	0	0	1	0	0	2
15	0	1	0	1	0	0	2	4
16	2	0	1	1	1	3	0	8
17	2	0	3	2	0	3	1	11
18	2	1	1	1	2	1	1	9
19	2	2	0	3	3	1	2	13
20	2	3	0	1	0	2	1	9
21	1	1	1	0	2	1	0	6
22	0	1	1	0	2	1	0	5
23	2	2	3	3	0	3	1	14
24	0	1	1	0	1	0	1	4
25	1	2	1	0	1	2	0	7
26	1	0	2	2	0	1	3	9
27	0	0	1	1	1	1	0	4
28	0	2	1	2	0	0	1	6
29	1	1	2	0	0	3	1	8
30	1	3	1	2	2	2	1	12

**Додаток Н**  
**Результати дослідження за методикою Опитувальник (БОО) «Адаптивність-200»**  
**на контрольному етапі дослідження, сирі бали**

№ питання	Респондент																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
Q1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	
Q2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0		
Q3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	
Q4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0		
Q5	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	
Q6	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	
Q7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
Q8	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	
Q9	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1
Q10	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	
Q11	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	
Q12	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	
Q13	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	
Q14	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	
Q15	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	
Q16	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	
Q17	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	
Q18	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	
Q19	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	
Q20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	
Q21	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	
Q22	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	
Q23	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	
Q24	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	
Q25	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
Q26	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	
Q27	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	
Q28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	
Q29	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	
Q30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0
Q31	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
Q32	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Q33	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	
Q34	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	
Q35	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
Q36	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0
Q37	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	
Q38	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	
Q39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	
Q40	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	

Q41	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0							
Q42	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0					
Q43	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0						
Q44	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0					
Q45	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0				
Q46	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0					
Q47	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1					
Q48	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0					
Q49	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1					
Q50	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1				
Q51	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0					
Q52	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0				
Q53	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0				
Q54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1				
Q55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0				
Q56	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1				
Q57	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0				
Q58	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0			
Q59	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Q60	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1				
Q61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0				
Q62	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1				
Q63	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0				
Q64	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1				
Q65	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0				
Q66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0				
Q67	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0				
Q68	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1				
Q69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1				
Q70	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1			
Q71	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0				
Q72	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1				
Q73	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0				
Q74	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1				
Q75	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0				
Q76	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0				
Q77	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0			
Q78	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0			
Q79	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1		
Q80	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1		
Q81	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0		
Q82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0		
Q83	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1		
Q84	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1			
Q85	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	
Q86	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Q87	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	
Q88	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Q89	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0

Q90	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0			
Q91	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1			
Q92	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0			
Q93	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0				
Q94	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0			
Q95	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0			
Q96	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0			
Q97	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1		
Q98	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0			
Q99	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0		
Q100	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0			
Q101	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1			
Q102	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1		
Q103	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1		
Q104	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0		
Q105	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	
Q106	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	
Q107	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
Q108	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	
Q109	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	
Q110	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	
Q111	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0		
Q112	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
Q113	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
Q114	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
Q115	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	
Q116	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0
Q117	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	
Q118	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	
Q119	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	
Q120	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	
Q121	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
Q122	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
Q123	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	
Q124	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	
Q125	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	
Q126	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0
Q127	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
Q128	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	
Q129	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	
Q130	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
Q131	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	
Q132	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Q133	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	
Q134	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
Q135	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	
Q136	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	
Q137	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	
Q138	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	

Q139	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0		
Q140	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0		
Q141	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0			
Q142	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0			
Q143	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0		
Q144	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1		
Q145	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1		
Q146	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1		
Q147	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1		
Q148	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1		
Q149	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0		
Q150	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0		
Q151	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0		
Q152	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0		
Q153	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1		
Q154	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	
Q155	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0		
Q156	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0		
Q157	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1		
Q158	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	
Q159	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	
Q160	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1		
Q161	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	
Q162	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
Q163	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1		
Q164	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1		
Q165	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	
Q166	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0		
Q167	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
Q168	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1		
Q169	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	
Q170	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	
Q171	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	
Q172	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	
Q173	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	
Q174	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	
Q175	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
Q176	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	
Q177	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	
Q178	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Q179	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1
Q180	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	
Q181	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
Q182	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	
Q183	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	
Q184	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	
Q185	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	
Q186	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	
Q187	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	

Q188	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1		
Q189	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	
Q190	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	
Q191	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	
Q192	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	
Q193	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	
Q194	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	
Q195	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	
Q196	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	
Q197	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0
Q198	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	
Q199	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	
Q200	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1

## Додаток П

## Розподіл за шкалами за методикою Опитувальник (БОО) «Адаптивність-200» на контрольному етапі, сирі бали

Респондент	Шкали						РСБС	Стен РСБС
	ПР	КП	МН	ВПС	ДАП	СР		
1	18	8	4	5	8	2	30	7
2	20	8	9	7	9	3	37	6
3	21	8	6	6	9	3	35	6
4	30	7	6	8	10	4	43	5
5	29	8	4	7	9	3	41	5
6	27	8	7	6	8	2	42	5
7	20	6	3	4	7	1	29	7
8	27	3	6	6	7	2	36	6
9	26	7	4	5	8	2	37	6
10	24	9	8	7	10	3	41	5
11	26	8	8	7	9	3	42	5
12	19	5	4	5	8	2	28	7
13	26	7	6	6	7	2	39	6
14	17	5	5	5	6	1	27	7
15	28	9	6	6	9	3	43	5
16	9	8	6	3	4	0	23	8
17	19	5	5	4	6	1	29	7
18	21	7	5	5	6	2	33	6
19	20	6	9	6	8	2	35	6
20	22	5	6	5	7	2	33	6
21	25	6	7	7	9	3	38	6
22	25	7	8	7	8	3	40	5
23	20	4	3	4	6	1	27	7
24	7	8	6	2	6	1	21	8
25	19	6	7	5	7	2	32	6
26	19	3	7	3	5	1	29	7
27	23	6	6	5	8	2	35	6
28	9	6	8	3	5	1	23	8
29	22	5	5	4	6	1	32	6
30	24	4	3	5	8	2	31	6

## Додаток Р

**Результати дослідження за методикою «Шкала хронічного воєнного стресу  
(ШХВС-Ц)» на контрольному етапі дослідження, сирі бали**

Респондент	№ питання															ТР (1-6)	ЕІ (7-12)	КУ (13-15)	Загальний бал
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
1	3	0	1	2	2	1	2	2	1	3	1	1	2	0	0	9	10	2	21
2	1	3	0	1	3	1	4	1	1	3	1	1	3	0	3	9	11	6	26
3	1	1	2	0	3	0	1	4	4	4	0	0	1	2	0	7	13	3	23
4	0	0	3	0	3	0	2	4	2	1	2	1	0	4	2	6	12	6	24
5	3	0	1	0	2	3	2	0	3	3	0	3	3	1	1	9	11	5	25
6	4	3	3	2	2	0	3	3	4	0	1	2	0	3	0	14	13	3	30
7	3	2	2	1	0	2	2	2	1	3	2	0	3	1	2	10	10	6	26
8	1	3	1	1	2	3	2	1	3	0	3	3	0	0	3	11	12	3	26
9	3	1	1	2	1	2	0	2	3	3	3	0	2	2	0	10	11	4	25
10	1	2	0	0	2	4	2	3	3	4	0	1	1	2	2	9	13	5	27
11	2	4	0	2	1	0	0	0	3	0	0	4	0	1	1	9	7	2	18
12	3	2	4	3	1	1	1	1	1	2	2	3	3	1	0	14	10	4	28
13	3	4	4	0	4	0	2	0	2	3	4	2	2	2	2	15	13	6	34
14	1	0	0	4	1	3	0	2	0	3	0	1	0	2	1	9	6	3	18
15	1	1	2	0	1	4	0	4	0	4	3	3	2	1	3	9	14	6	29
16	1	0	3	0	2	1	2	0	1	0	3	2	3	4	1	7	8	8	23
17	0	2	2	2	3	1	2	2	3	2	4	3	2	2	1	10	16	5	31
18	3	4	3	3	2	0	1	4	3	1	0	4	0	1	2	15	13	3	31
19	0	0	0	1	2	0	2	3	2	3	3	2	2	1	2	3	15	5	23
20	4	0	2	0	4	0	4	1	1	3	3	2	0	1	3	10	14	4	28
21	3	2	4	2	4	2	2	2	0	4	3	1	1	4	3	17	12	8	37
22	0	2	4	2	2	3	0	0	3	0	0	1	4	1	1	13	4	6	23
23	1	1	3	4	0	0	2	1	4	1	2	1	4	4	3	9	11	11	31
24	2	4	2	2	0	4	0	4	3	2	2	1	1	2	2	14	12	5	31
25	0	2	1	1	2	0	4	1	3	1	0	2	0	2	1	6	11	3	20
26	4	1	1	3	1	2	1	4	3	2	0	4	1	2	4	12	14	7	33
27	1	0	2	0	2	3	4	0	0	2	1	1	1	1	2	8	8	4	20
28	3	2	1	4	2	1	1	3	1	0	3	2	3	1	0	13	10	4	27
29	0	1	1	2	2	4	1	3	0	4	3	0	1	0	1	10	11	2	23
30	3	2	1	1	0	2	0	0	2	1	3	2	0	1	1	9	8	2	19

## Додаток С

**Результати дослідження за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» на контрольному етапі дослідження, сирі бали**

учасник	№ питання																																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1	3	4	2	4	4	1	2	2	2	4	3	2	4	1	3	1	3	4	1	3	1	4	3	1	1	2	2	1	3	3	2	3	3	1	2
2	4	2	4	1	1	3	1	3	1	1	1	1	4	1	3	3	3	3	4	2	1	3	1	3	1	1	3	4	1	1	3	1	1	3	3
3	1	4	4	1	4	1	1	3	3	3	4	1	4	4	1	1	1	1	3	2	2	1	2	2	1	2	4	1	1	1	3	1	3	1	1
4	4	2	3	2	2	1	2	4	2	1	4	1	2	1	1	1	3	4	2	1	3	4	3	4	4	2	4	3	4	2	2	3	1	1	4
5	1	4	3	3	3	3	3	2	1	3	1	1	1	1	2	1	3	4	1	2	2	1	4	1	2	1	3	2	1	3	1	1	1	3	3
6	1	2	1	4	1	1	2	1	1	1	3	4	1	1	2	1	4	3	1	3	2	2	1	4	3	1	2	1	1	3	2	4	2	3	3
7	2	3	2	1	2	2	3	3	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	3	1	1	3	3	1	1	1	3	4	4	2	1	1	2	2
8	2	3	1	3	2	1	3	3	2	1	2	1	4	1	1	1	2	4	1	3	1	3	1	4	3	2	1	1	3	2	2	4	2	2	2
9	1	4	1	3	1	4	3	4	2	3	2	1	1	3	3	4	4	2	3	1	4	4	1	4	2	3	1	3	4	4	1	2	1	1	1
10	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	4	1	1	2	1	1	4	3	1	1	3	4	3	1	3	2	3	1	1	2	1	1	4
11	1	1	1	3	1	2	3	4	1	4	3	3	3	4	3	4	3	2	3	4	1	3	1	2	1	2	3	1	1	4	1	4	1	3	4
12	1	1	1	1	1	1	4	4	1	4	4	4	2	3	1	2	4	1	4	3	4	1	3	4	3	1	1	4	3	1	4	1	1	4	3
13	1	3	1	1	2	1	1	4	4	3	1	1	3	2	3	3	1	2	3	1	1	4	2	2	4	3	2	1	1	1	2	3	4	4	3
14	1	4	2	1	2	1	1	4	1	1	1	1	2	1	3	1	4	1	4	2	4	3	1	4	4	1	3	1	4	1	2	1	2	3	1
15	1	4	3	1	4	1	2	1	1	1	3	1	4	2	2	1	3	3	4	1	2	3	1	3	3	2	1	4	4	2	3	1	3	2	4
16	3	4	1	4	4	1	1	1	4	2	4	2	2	1	3	1	1	1	3	1	4	4	1	1	1	2	1	1	4	4	4	2	4	1	3
17	1	1	4	3	3	3	2	4	3	2	1	1	2	2	4	4	1	3	1	3	3	4	1	1	2	4	3	1	3	1	1	1	4	1	3
18	4	4	4	4	4	2	3	4	3	2	2	3	1	1	1	1	1	4	2	1	2	3	1	3	3	4	1	3	3	1	1	3	1	3	3
19	4	1	3	2	1	1	1	4	3	4	3	4	4	2	4	1	2	4	1	1	1	1	2	4	4	1	1	1	1	2	4	1	1	2	2
20	1	4	1	1	1	2	1	4	3	1	4	4	2	4	4	4	4	1	1	2	1	4	1	1	2	4	4	3	1	1	1	3	1	1	1
21	2	2	1	3	1	3	4	2	1	1	4	4	1	2	2	3	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1	3	1	2	1	4	4	3	1	1
22	1	1	3	3	4	1	4	1	4	2	2	2	2	1	2	3	3	1	2	2	2	4	1	4	1	2	2	4	4	1	3	1	4	4	1
23	4	1	3	1	1	1	1	4	2	1	1	1	1	2	4	1	1	3	1	1	2	4	3	1	3	1	4	1	2	2	2	2	3	4	1
24	1	2	2	1	4	3	1	1	1	3	1	1	4	3	1	3	1	2	1	4	1	3	1	1	3	2	1	1	4	3	1	1	2	2	1
25	4	4	1	1	4	4	3	2	1	2	2	4	3	1	3	3	2	3	1	2	1	1	2	1	2	4	3	4	1	3	2	3	1	3	1
26	3	1	1	4	2	3	4	2	2	1	1	1	4	1	3	1	4	1	3	1	4	1	1	1	2	2	1	4	3	3	1	4	2	1	1
27	3	2	2	1	3	4	2	1	4	3	2	4	4	4	2	2	1	3	1	4	1	1	1	2	4	1	1	1	1	1	1	4	2	2	2
28	2	1	3	4	1	3	2	3	4	1	1	4	4	2	1	3	1	1	4	2	1	1	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	1	2	2
29	2	3	3	1	2	2	4	3	2	1	1	2	3	1	4	1	1	1	3	2	3	3	3	3	4	4	1	1	3	1	1	2	4	1	2
30	1	4	4	1	3	1	1	2	4	1	4	1	1	3	1	4	1	1	2	3	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	3	2	2	1

## Додаток Т

**Результати дослідження за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка) на контрольному етапі  
дослідження, сирі бали**

Q	№ респондента																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	1	0	2	2	1	1	2	2	1	1	0	0	1	1	1	0	0	2	2	0	1	0	0	2	0	0	1	1	2	2
2	2	1	1	2	1	0	2	1	1	1	2	2	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	2	0
3	1	0	1	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	2	1	1	2	1
4	1	2	0	0	1	2	1	0	0	1	2	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	2	2	1
5	0	0	1	0	0	1	0	1	2	2	1	2	1	2	1	0	0	2	1	0	1	0	1	1	0	2	2	2	1	0
6	0	1	1	1	2	0	2	0	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	2
7	0	1	1	2	1	0	1	1	1	2	1	2	0	1	1	0	1	1	0	1	2	0	1	0	1	1	0	1	0	2
8	2	1	1	2	0	1	2	1	1	2	0	1	0	0	1	1	1	0	1	2	2	2	0	1	0	2	0	0	1	1
9	1	1	2	0	0	0	2	0	1	0	2	1	2	0	2	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	2	2	1	0
10	1	0	1	1	1	0	2	1	0	0	0	0	2	2	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0
11	0	2	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	2	1	0	0	1	0	0	2	0	1	0	1	0	2	2	1	1
12	2	1	1	0	0	1	1	0	1	0	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2
13	2	2	1	0	1	1	2	2	0	0	2	1	0	2	1	1	1	1	1	0	0	0	2	2	1	2	2	1	0	1
14	0	2	1	1	0	0	1	1	0	1	1	2	0	1	1	0	1	0	1	1	2	2	1	1	0	0	1	1	0	0
15	0	1	1	2	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	2	2	1	0	1	1	2	0	1	0	0	1	2	0	1	1
16	0	2	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	2	2	2	0	1	2	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	1
17	1	0	1	1	1	1	2	1	2	2	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	2	1
18	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	2	0	1	1	2	1	1	1	2	2	0	1	1	0	1	0
19	1	0	0	1	2	1	1	1	1	1	2	1	0	2	1	1	2	1	0	1	1	0	1	0	0	1	2	1	1	1
20	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1
21	1	1	0	2	1	1	1	0	1	0	1	0	1	2	1	0	1	1	1	1	2	1	0	0	1	1	2	0	2	2
22	0	0	1	0	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	1	1	0	1	0	1	1	0	2	2	1	1
23	0	2	1	1	2	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	2	1	2	1	1
24	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	2	0	2	1	2	1	2
25	1	0	2	0	0	0	2	1	1	1	0	2	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	2	1	2	0	0
26	1	1	0	0	1	0	1	2	1	2	1	1	0	1	0	1	0	2	2	2	2	1	2	0	1	1	1	0	2	2
27	0	0	1	1	2	2	1	1	1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	1	1	1	0	2	0	1	2	0	1	1	1
28	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	2	2	2	1	0	1	0	2	1	1	1	0	1	2	1	2	0	1	1	0
29	1	0	0	0	1	2	1	1	1	1	1	0	2	1	0	0	0	0	2	1	1	2	0	2	0	1	1	1	2	1
30	0	2	0	0	0	1	0	0	1	2	0	2	1	1	0	0	0	1	1	2	1	2	1	1	2	0	0	0	2	1
31	1	1	0	2	0	1	2	1	1	2	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	1	0
32	0	0	0	0	2	1	2	0	2	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	0	0	1	1	1	0	0	2	1
33	0	0	2	0	2	1	2	0	1	1	1	0	2	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1
34	2	2	2	1	1	1	2	2	0	1	0	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	0	0	1	1	1
35	2	1	1	2	1	0	1	2	0	1	0	1	0	2	2	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	2	1	1	0

36	2	1	2	0	1	1	1	1	1	2	1	2	0	1	1	1	2	2	1	2	1	0	1	1	0	1	1	1	1	2
37	1	1	2	1	1	0	1	1	0	2	0	0	1	0	1	1	0	2	1	2	2	1	0	1	2	1	1	0	0	2
38	0	0	0	1	2	0	1	0	1	1	2	1	2	0	0	0	1	2	1	1	1	1	2	0	0	1	1	2	2	2
39	1	1	2	0	2	1	1	0	2	1	1	2	2	1	0	0	2	0	2	1	1	0	1	0	2	0	0	0	2	1
40	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	2	1	1	2	1	0	0	1	1	1	2	0	0	0

## Додаток У

**Результати дослідження за методикою «Самооцінка психічних станів»  
(Г. Айзенка) на контрольному етапі дослідження, сирі бали**

Учасник	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
1	9	7	6	10
2	7	11	9	7
3	11	7	7	12
4	11	10	6	8
5	8	7	10	13
6	5	9	9	6
7	16	9	10	14
8	8	6	9	7
9	9	6	8	9
10	11	6	10	13
11	11	11	8	6
12	12	7	10	11
13	11	9	13	11
14	12	13	9	10
15	8	11	6	6
16	4	9	6	8
17	8	7	4	11
18	8	6	8	12
19	7	12	11	10
20	9	7	10	11
21	10	12	11	8
22	8	5	10	5
23	3	9	8	8
24	9	8	9	8
25	6	7	8	9
26	11	10	15	5
27	9	13	9	7
28	10	7	11	7
29	12	8	13	11
30	9	9	11	10



## Звіт подібності

### метадані

Назва організації

Melitopol State Pedagogical University named after V.Khmelnyskyi

Заголовок

Рудницька\_магістерська робота

Автор

Науковий керівник / Експерт

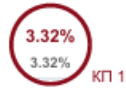
РудницькаОлександр Непша

підрозділ

Melitopol State Pedagogical University named after V.Khmelnyskyi

### Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



**23471**

Кількість слів



**187949**

Кількість символів