

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Факультет психології
Кафедра загальної психології

**ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНОСТІ УКРАЇНСЬКИХ ЖІНОК У ПЕРІОД
ВІЙНИ В УКРАЇНІ**
КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

Спеціальність 053 «Психологія»

ОПП «Психологія»

Студентки 4 курсу, заочної групи
навчання

ОС «Бакалавр» спеціальності 053
«Психологія»

Наталія ШМАЮН

Науковий керівник: завідувач кафедри
загальної психології, доцент

Ганна ЮРЧИНСЬКА

Допущено до захисту в ЕК 1

Протокол засідання кафедри _____

Від _____ травня 2025 року

Завідувачка кафедри загальної
психології: _____

Ганна ЮРЧИНСЬКА

КИЇВ - 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ЯВИЩА ТРИВОЖНОСТІ СЕРЕД ЖІНОК	7
1.1. Поняття «тривожності» в різних психологічних підходах.....	7
1.2. Особливості прояву тривожності серед осіб жіночої статі.....	13
1.3. Фактори ризику розвитку тривожності в період війни.....	20
Висновки до розділу 1.....	25
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ ТА АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ ЖІНОК ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ	27
2.1. Опис етапів дослідження.....	27
2.2. Обґрунтування методик дослідження.....	30
2.3. Характеристика вибірки.....	35
2.4. Аналіз отриманих даних.....	40
Висновки до розділу 2.....	51
РОЗДІЛ 3. ПРИКЛАДНІ ЗАСАДИ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ РОБОТІ З ТРИВОЖНІСТЮ СЕРЕД ЖІНОК ПІД ЧАС ВІЙНИ	53
3.1. Практичні рекомендації у роботі з тривожними станами.....	53
3.2. Розробка програми тренінгу по роботі з тривожними станами...	55
Висновки до розділу 3.....	66
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73
ДОДАТКИ	84

ВСТУП

Актуальність дослідження. З 2014 році на території України ведуться воєнні дії. Спочатку від них постраждали Донецька та Луганська області. А з 2022 року почалося повномасштабне вторгнення, яке стало не лише межою, яка розділила наше життя, сучасну історію на «до» та «після», але також відкрила нам іншу сторону життя, до якої неможливо бути готовим - до масових фактів насильства проти всіх груп населення: чоловіків, жінок, дітей, масовий терор через ракетні атаки на цивільну інфраструктуру та житлові будинки. Що в результаті призводить до загибелі та травмування населення. Час від часу суспільство отримує інформацію про нові випадки насильства, які вражають своїм цинізмом та жорстокістю: вбивства, гвалтування, тортури. Жінки тут історично є однією з найуразливіших груп населення.

Станом на 2024 рік в Україні офіційно зареєстровано 4,6 млн внутрішньо переміщених осіб. Серед них 59,9% це жінки (2782325 осіб). Практично три мільйони українських жінок вимушені були через військові дії покинути власні домівки, розмірене життя і разом з родинами тікати в більш безпечне місце. Що вже є дуже стресогенним фактором, адже лишитися в одну мить без дому, звичної обстановки та джерела доходу дуже важко. Особливо якщо доводиться опікуватися дітьми, літніми родичами, що також культурно та історично було зоною відповідальності жінки.

Станом на 2024 рік, на тимчасово окупованих територіях України перебуває близько 6 млн українців, 1,5 млн з них - діти. Важко сказати, що саме відбувається на цих територіях, адже через інформаційну війну ворога ми навряд чи можемо отримати звідти об'єктивну інформацію. Але інформація, яка стає відомою завдяки свідкам, сучасним носіям інформації (фото-, аудіо-, відеодокази) ми знаємо, що наш народ зазнає там всіх можливих видів насилля, масштаби якого ми ще навіть не усвідомлюємо.

Ті, кому пощастило не опинитися в окупації, перебуває в постійному страху за близьких, які знаходяться в окупації, або за тих, хто несе службу в

лавах ЗСУ. Станом на 2024 рік кількість військовослужбовців у ЗСУ орієнтовно налічує 800 000 осіб. У резерві перебуває 1 000 000 осіб. За кожним воїном стоїть його дружина, дівчина, мати, яка переживає за його життя та здоров'я. Особливо це актуально через постійні бойові зіткнення по лінії фронту, який простягається на 1000 км. Тому тема тривожності є досить болючою та актуальною для нашого суспільства, що вимагає ґрунтовних психологічних досліджень.

Ступінь розробленості проблеми. Такі вчені, як Іванова О., Петренко В., Халік О., Галієва О. досліджують психологічні та психіатричні аспекти тривожності. Науковий доробок Горенко М., Котлової Л., Шестопал І., Атаманчук Н. та інших присвячено психологічним особливостям тривожності під час воєнного стану. Дослідження Столяренко О., Бутузової Л., Долінчук І., Шевчук Л., Андріученко Т. та інших присвячено аспектам профілактики тривожних станів. Зарубіжні дослідники, як Спілбергер Ч., Ізард К., Лазарус Р., Кларк Д., Барлоу Д., Бек А. також зробили вагомий внесок у розуміння та лікування тривожних розладів.

Об'єктом дослідження є тривожність, як психічне явище.

Предметом дослідження є тривожність серед українських жінок у період війни в Україні.

Метою дослідження - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості переживання тривожності жінками в період війни, які перебувають на території України

Відповідно до поставленої мети були сформульовані **завдання дослідження** є:

1. Здійснити аналіз стану розробленості проблеми тривожності особистості в умовах війни;
2. Розкрити особливості вікових відмінностей особистісної та ситуативної тривожності у жінок під час війни;
3. Показати особливості виразності тривожності у жінок під час війни залежно від наявності у них дітей;

4. Виявити особливості зміни самооцінки виразності тривожності у жінок в довоєнний період і під час війни;

5. Розробити практичні рекомендації для роботи з тривожністю особистості.

Для досягнення мети та завдань дослідження було використано комплекс загальнонаукових **методів дослідження**:

теоретичні: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та інтерпретація інформації, отриманої в результаті теоретичного вивчення наукових джерел та офіційної статистики;

емпіричні: соціо-демографічна анкета, «Шкала генералізованої тривоги (GAD-7)» в адаптації Н. Алексіної, О. Герасименко, Д. Лавриненко та О. Савченко [2], «Шкала тривожності Бека (BAI)» [26] та «Шкала тривожності Спілбергера (STAI)» [27] в адаптації УіКПТ (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії);

математично-статистичні: описова статистика для встановлення провідних тенденцій, частотний аналіз для виявлення частки дослідження рівнів прояву досліджуваних явищ, критерії відмінності для порівняння двох між собою (U-критерій Мана-Уїтні), кореляційний аналіз для аналізу взаємзв'язків між показниками дослідження (ρ -коефіцієнт Спірмена).

База проведення дослідження. В дослідженні взяли участь 80 жінок віком від 18 до 54 років, середній вік склав 34 років (стандартне відхилення 10,3). Всі досліджувані були проінформовані в етичних засадах дослідження та дали згоду на участь та подальший аналіз результатів опитування.

Наукова новизна полягає у тому, що

уточнення:

- співвідношення між особистісною, ситуативною, генералізованою та клінічною тривожністю в умовах соціальної кризи, зокрема війни;

- що найбільш вагомий вплив на загальний рівень тривожності мають особистісна і ситуативна компоненти, що підтверджено кореляційним аналізом;

поширено:

- уявлення про вплив вікових особливостей на структуру тривожних проявів у жінок у кризовий період;
- знання про роль материнства у формуванні механізмів психологічного захисту та емоційного реагування на загрозливі обставини;
- уявлення про зміни рівня тривожності у жінок під впливом зовнішніх травматичних чинників, зокрема порівняно з довоєнним періодом;

Практичне значення дослідження полягає у тому, що на основі отриманих результатів розроблено психопрофілактичну програму зниження тривожності для жінок, яка включає когнітивно-поведінкові, емоційно-регуляційні та ресурсно-орієнтовані модулі і може застосовуватися в індивідуальній або груповій роботі практичних психологів, психотерапевтів, а також у межах програм психологічної допомоги переміщеним особам, волонтерам і жінкам, які зазнали впливу воєнної травми.

Структура кваліфікаційної роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до них, загального висновку, списку використаних джерел та додатків. Робота налічує 86 найменувань наукових джерел, а також містить 22 таблиць, 8 рисунків та 3 додатків. Загальна кількість сторінок склала 87, з них основного друкованого тексту 72.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ЯВИЩА ТРИВОЖНОСТІ СЕРЕД ЖІНОК

1.1. Поняття «тривожності» в різних психологічних підходах

У межах клініко-психологічного підходу тривожність розглядається як багатогранне психічне явище, що виступає симптомом або повноцінним психопатологічним станом. Згідно з класифікаціями DSM-5 та ICD-11, тривожність визнана ключовим елементом низки розладів, включаючи генералізований тривожний розлад (GAD), панічний розлад, соціальну фобію, специфічні фобії, а також агорофобію. Одним з важливих оновлень DSM-5 стало чіткіше розмежування тривожних розладів та виключення таких категорій, як obsesивно-компульсивний та посттравматичний розлади, що раніше розглядалися у цій самій групі. Також було розширено спектр діагностичних одиниць, включивши селективний мутизм та розлад розлуки як форми тривожних розладів, незалежно від віку пацієнта [74].

У межах вітчизняного психологічного дискурсу тривожність також послідовно вивчається як чинник, що має значний вплив на адаптаційні та поведінкові особливості особистості, зокрема в умовах соціальних змін і кризових ситуацій [16]. У студентському середовищі тривожність виявляється через зниження емоційної стабільності, підвищену психоемоційну вразливість і труднощі з концентрацією [8]. Особливості темпераменту й вікової емоційної незрілості посилюють ризик розвитку тривожних розладів у підлітковому віці, особливо у разі зовнішнього стресового впливу, такого як війна [31; 17].

Низька самооцінка й порушення ідентичності в юнацькому віці також є серед факторів, які тісно пов'язані з підвищеним рівнем тривожності, що проявляється через соматичні симптоми та загальну дезадаптацію [6]. Окремі прояви тривожності можуть впливати на функціональні поведінкові системи, зокрема на харчову поведінку: високий рівень тривожності часто супроводжується переїданням, пропуском прийомів їжі або компульсивним харчуванням [19].

Тривожність у контексті вимушеного переселення та невизначеності, характерної для воєнного часу, призводить до зниження адаптивності, труднощів у соціальній інтеграції та посилення соматоформних реакцій [4]. У таких випадках клініко-психологічна допомога повинна враховувати комплекс біопсихосоціальних факторів, що впливають на розвиток тривожних станів. У межах когнітивно-поведінкової парадигми, що активно застосовується в Україні, підкреслюється ефективність психокорекційних методів у зниженні симптомів тривожності у жінок, особливо в періоди емоційної нестабільності [10].

До немедикаментозних методів, що виявили позитивний вплив на зменшення рівня тривожності в молоді, належить також бібліотерапія, яка стимулює емоційне самовираження та знижує інтенсивність негативних переживань [22]. Тривожність студентів, що перебувають у стані хронічного інформаційного й соціального стресу через воєнні події, також набуває системного характеру та проявляється на когнітивному, емоційному й поведінковому рівнях [18].

Тривожні розлади часто мають соматичні прояви, які можуть включати порушення дихання, тахікардію, запаморочення, нудоту, що значною мірою ускладнює діагностику і потребує клінічного підходу з урахуванням як психічних, так і тілесних симптомів. Наприклад, дослідження підтипу панічного розладу з домінуванням респіраторних симптомів показує зв'язок між біологічними механізмами, зокрема чутливістю до вуглекислого газу, і психоемоційною сферою. Хоча цей підтип не включено до класифікацій DSM-5 або ICD-11, він демонструє важливість інтеграції клінічних спостережень з нейробіологічними даними для кращого розуміння природи тривожності [79].

У сучасній практиці також звертається увага на точність інструментів оцінювання тривожних розладів. Наприклад, було доведено валідність і надійність самооцінювальних шкал DSM-5 для різних типів тривожності, таких як панічна, соціальна, генералізована тривожність та специфічні фобії. Це особливо важливо для клінічної практики та досліджень, оскільки дає

змогу об'єктивно оцінювати рівень тривоги у пацієнтів і вивчати динаміку лікування [84].

Дослідження також демонструють необхідність доповнення категоріального підходу DSM-5 трансдіагностичними вимірами, які відображають ступінь інтенсивності тривоги, її поширеність у житті особистості, уникнення ситуацій і тривалість проявів. Такий підхід може забезпечити більш точну діагностику та прогностичну цінність у клінічній практиці [78].

У межах когнітивно-поведінкового підходу тривожність розглядається як результат дисфункціональних когніцій, зокрема автоматичних негативних думок, когнітивних викривлень і навчених поведінкових реакцій. Цей підхід, започаткований Аароном Беком і розвинений Альбертом Еллісом, базується на переконанні, що психологічні розлади виникають через спотворене сприйняття реальності, а не лише через події як такі. Тривожність, згідно з цим підходом, є відповіддю на перебільшене або неправдиве сприйняття загрози, що активує негативну схему мислення та спричиняє неадаптивну поведінку. Нещодавні дослідження підтверджують ефективність когнітивно-поведінкової терапії у зміні таких деструктивних моделей. Наприклад, клінічне дослідження з Бангладешу продемонструвало, що застосування технік когнітивної реструктуризації призвело до зменшення тривожних симптомів, зниження суїцидальних думок і підвищення рівня активності пацієнта, що свідчить про практичну значущість заміни автоматичних думок на більш адаптивні [35].

Когнітивні викривлення, зокрема катастрофізація, узагальнення або дихотомічне мислення, сприяють закріпленню тривожних реакцій. Їх виявлення та корекція є ключовим завданням когнітивно-поведінкової терапії. Ефективність такого підходу підтверджено у випадках лікування генералізованого тривожного розладу та соціальної тривожності. Наприклад, у дослідженні студентки з ГТР під час пандемії виявлено значне покращення емоційного стану після роботи з негативними автоматичними думками за

допомогою технік КПТ [85]. Подібні результати були зафіксовані і в інших кейс-дослідженнях, де когнітивні втручання дозволяли значно зменшити симптоми тривожності вже за кілька сесій [51].

Особливе місце займає концепція автоматичних думок, які виникають мимовільно та часто залишаються поза усвідомленням. Вони є проявом глибинних дисфункціональних схем, що були закладені в дитинстві або внаслідок травматичних подій. Встановлено, що частота негативних автоматичних думок прямо корелює з рівнем тривожності у пацієнтів з різними психічними розладами, зокрема в контексті хронічних соматичних станів, таких як ниркова недостатність [81].

Іншою важливою складовою є навчання через досвід - модель поведінки формується на основі попередніх реакцій, підкріплень і уникання. Наявність певних поведінкових патернів, таких як уникання тривожних ситуацій, підтримує і посилює тривожні стани, унеможливаючи формування нових адаптивних реакцій. Застосування когнітивно-поведінкових інструментів, наприклад щоденників дисфункціональних думок, дає змогу пацієнтам самостійно виявляти закономірності між ситуацією, думками та емоційними реакціями, а також тренувати нові способи реагування [75]. Когнітивно-поведінковий підхід надає ефективну концептуальну рамку для розуміння та терапії тривожності через зміну мислення та поведінки, який ґрунтується на науково доведених механізмах і постійно удосконалюється за рахунок емпіричних досліджень.

В екзистенційно-гуманістичному підході тривожність розглядається як фундаментальний досвід людського існування, що виникає внаслідок зіткнення особистості з базовими екзистенційними даностями - смертністю, свободою, ізоляцією та втратою сенсу. Одним з найважливіших теоретиків цього підходу є Віктор Франкл, який розвинув логотерапію - напрямок психотерапії, що базується на пошуку сенсу життя. Тривожність у цьому контексті виникає, коли людина втрачає відчуття цінності й значущості власного існування, що особливо актуально в періоди криз, травматичних

подій і соціальних змін. У психобіографічному дослідженні життя Франкла було показано, як архетипи та страх перед знищенням (ангіхіліяцією) впливали на формування його ідеї сенсу в житті як ключової відповіді на тривожність перед смертю [68].

Ролло Мей розглядав тривожність як прояв внутрішнього конфлікту між бажанням бути собою та страхом перед наслідками справжнього самовираження. Його екзистенційне розуміння тривоги зосереджене на визнанні власної смертності та свободи вибору як джерел глибинної нестабільності, але водночас - і можливості для зростання. Сучасні автори, ґрунтуючись на Меевих концепціях, пропонують розглядати деякі психічні розлади, наприклад деперсоналізацію чи дереалізацію, як онтологічні прояви взаємодії особистості з тривожними аспектами власного буття. Саме такий підхід дозволяє трансформувати симптоматику у глибше розуміння свого існування і пошук нових сенсів [46].

Ірвін Ялом у своїх працях окреслив чотири основні екзистенційні проблеми, пов'язані з тривожністю: смерть, свобода, ізоляція та втрата сенсу. Його підхід активно застосовується в онкопсихології та паліативній допомозі, де тривожність пацієнтів посилюється усвідомленням власної смертності, втрати автономії та екзистенційного вакууму. Проведені дослідження демонструють ефективність логотерапії та терапії, орієнтованої на сенс, для зменшення рівня тривожності у важкохворих пацієнтів, зокрема завдяки роботі з темами смислу, прийняття та гідності [54].

Пандемія COVID-19 стала актуальним прикладом глобального екзистенційного потрясіння. У цьому контексті концепція «екзистенційної тривоги» Ялома була адаптована для опису реакції як пацієнтів, так і терапевтів, які зіткнулися з непередбачуваністю, втратою контролю та глибинною самотністю. У роботі, присвяченій пандемічному досвіду, було підкреслено, що екзистенційний погляд на тривожність дає змогу сформувати більш цілісне розуміння людських переживань в умовах кризи, уникаючи суто патологізації таких емоцій [53].

Екзистенційно-гуманістичний підхід розглядає тривожність як невід'ємну частину людського буття, що виникає у відповідь на зіткнення з кінцевістю життя, втратою смислу та потребою у відповідальності за власний вибір.

Біопсихосоціальна модель розуміння тривожності базується на інтеграції трьох основних груп чинників - біологічних, психологічних та соціальних, що спільно формують вразливість до тривожних розладів, а також визначають їх перебіг та ефективність лікування. Згідно з сучасними дослідженнями, ця модель дозволяє враховувати як генетичні та нейробіологічні передумови, так і вплив середовища та індивідуального досвіду на формування тривожності. Наприклад, нейрохімічний дисбаланс, зокрема порушення в системі серотоніну, дофаміну чи ГАМК, часто асоціюється з підвищеним рівнем тривоги. Дані біологічні механізми можуть активізуватися або посилюватися під впливом психологічних факторів - таких як негативні переконання, низька самооцінка чи висока чутливість до невизначеності, - і соціального контексту, зокрема соціальної ізоляції, економічного тиску або травматичних життєвих подій [60].

Окреме місце в біопсихосоціальному підході займає розгляд гормональних факторів - наприклад, підвищення рівня кортизолу як наслідок хронічного стресу може сприяти формуванню тривожності, а дефіцит вітаміну D та порушення сну часто виявляються супутніми явищами. У дослідженнях серед людей з інтелектуальними порушеннями було підтверджено, що як соматичні, так і соціальні умови - зокрема самотність, порушення сну, соціальна ізоляція та брак підтримки - відіграють значну роль у виникненні тривожних станів [40].

Пандемія COVID-19 стала одним із прикладів, що чітко продемонстрував взаємодію біологічних, психологічних і соціальних факторів у розвитку тривожності. Були зафіксовані як безпосередні фізичні прояви (інфекція, ускладнення, загроза життю), так і психологічні наслідки - тривога, депресія, а також соціальні чинники - ізоляція, безробіття, втрати близьких.

Така складна картина ще раз підкреслює перевагу біопсихосоціального підходу над редукціоністськими моделями, адже лише поєднання різних рівнів аналізу дає змогу побудувати цілісне розуміння психічного здоров'я та ефективно планувати допомогу [64].

Крім того, у випадках соціальної тривожності доведено, що поєднання когнітивних викривлень, недостатніх навичок міжособистісної взаємодії та негативних соціальних умов (таких як булінг або соціальна стигма) можуть суттєво посилювати симптоми, навіть за відсутності біологічних схильностей. Модель, яка враховує ці складові, дозволяє краще пояснити чому деякі люди з однаковими умовами реагують по-різному на ті самі стресові події [43].

Біопсихосоціальна модель демонструє ефективність у поясненні складної природи тривожних розладів, акцентуючи на багаторівневій взаємодії нейробиологічних механізмів, психологічних установок та соціального контексту.

1.2. Особливості прояву тривожності серед осіб жіночої статі

Наукові дослідження останніх років підтверджують, що гормональні коливання - зокрема рівні естрогену та прогестерону - мають безпосередній вплив на активність мозку, функціонування нейромедіаторних систем і, відповідно, на схильність до тривожних розладів. Виявлено, що жінки мають вдвічі вищий ризик розвитку тривожних та депресивних станів порівняно з чоловіками, і ця вразливість пов'язана з коливанням статевих гормонів протягом менструального циклу. Особливої уваги заслуговує роль естрогену, який, з одного боку, може сприяти покращенню настрою і когнітивних функцій, а з іншого - в умовах різкого зниження (наприклад, у лютеальній фазі чи під час менопаузи) - може спричиняти емоційну нестабільність та підвищення тривожності [65].

У підлітків, зокрема, зафіксовано посилення соціальної тривожності, що проявляється через уникнення контактів, зниження навчальної мотивації та емоційну нестабільність у відповідь на воєнні події [15; 17]. Юнацтво виявляє

високу чутливість до впливу зовнішньої небезпеки, що обумовлюється ще не стабілізованими емоційно-вольовими процесами, а також потребою у підтримці та безпеці, яка часто відсутня в умовах війни [25; 32].

У дорослого населення тривожність під час війни проявляється як через підвищене відчуття загрози, так і через зростаюче навантаження відповідальності за себе, дітей, родину, що провокує стан хронічного виснаження [9; 1]. При цьому спостерігаються як генералізовані, так і ситуаційно-обумовлені форми тривоги, що можуть змінюватися залежно від інтенсивності бойових дій, інформаційного фону чи втрат у найближчому оточенні. Молодь є ще однією вразливою категорією, у якої війна викликає різні форми тривожних станів - від мотиваційної апатії до панічних реакцій, що блокують здатність до адаптації [12].

Особливо високий ризик тривожних проявів спостерігається в дітей, які мають обмежені ресурси для когнітивного опрацювання травматичного досвіду. Дошкільники часто переживають тривогу у вигляді регресивних форм поведінки - таких як страхи темряви, сечовипускання уві сні, небажання залишатися без дорослого [20]. Молодші школярі демонструють зниження навчальної активності, соматичні скарги й проблеми з концентрацією, що вказує на глибокий вплив зовнішньої нестабільності на базову емоційну сферу [28].

Крім біологічних чинників, сучасні дослідження засвідчують і соціально-психологічні аспекти гендерної вразливості до тривожності. Жінки, особливо молодого віку, частіше демонструють вищу емоційну чутливість, що супроводжується збільшенням частоти епізодів тривожності в умовах соціального або воєнного стресу [11]. Під впливом хронічної напруги, спричиненої війною, пандемією або академічними труднощами, у студентської молоді жіночої статі спостерігається підвищений рівень ситуаційної тривожності, що часто поєднується з депресивними проявами [23; 14].

У юнацькому віці емоційна нестійкість у поєднанні з процесами ідентифікації та соціального самовизначення призводить до підвищеної схильності до страху, тривожності та дисфоричних реакцій, причому у дівчат ці прояви мають вищу інтенсивність і глибший емоційний зміст [24; 30]. Дослідження підтверджують, що саме в жіночій молоді частіше спостерігається генералізована тривога, особливо за наявності низької толерантності до невизначеності й підвищеної міжособистісної чутливості [7; 21].

Психологічна реакція жінок на стрес зазвичай є більш емоційно забарвленою, із вираженими когнітивними компонентами, що включають румінації, самозвинувачення та підвищену потребу в соціальній підтримці. У станах тривалого стресу, як доводять емпіричні спостереження, жінки демонструють вищий рівень психоемоційної напруги, ніж чоловіки, що зумовлено гендерними стереотипами щодо емоційної виразності [5; 13]. Це підтверджується також вивченням станів тривожно-депресивного спектра у жінок, які постраждали внаслідок військових конфліктів, - де виявлено посилення соматичних симптомів, порушень сну та зниження активного соціального функціонування [29].

Коливання нейромедіаторів, таких як серотонін, дофамін та ГАМК, у відповідь на зміну гормонального фону також мають вирішальне значення для регуляції тривожності. Зокрема, в фолікулярній фазі менструального циклу підвищений рівень естрогену сприяє синтезу серотоніну, покращуючи настрій і зменшуючи чутливість до стресу. У лютеальній фазі спостерігається зниження доступності серотоніну та зміни в ГАМК-ергічній системі, що сприяє появі тривожних та депресивних симптомів [61]. Це пояснює циклічний характер тривожності у жінок, а також чому деякі з них відчувають значне погіршення емоційного стану перед менструацією або в період перименопаузи.

Нейробіологічні особливості жіночого мозку також сприяють вищій емоційній реактивності. Морфологічні дослідження показують, що

гормональні контрацептиви та природні зміни гормонального рівня можуть змінювати структуру зон мозку, пов'язаних з тривогою, зокрема мигдалеподібного тіла, передньої поясної кори та префронтальної кори. Ці структурні зміни можуть підвищувати вразливість до тривожних розладів або, навпаки, мати нейропротекторний ефект залежно від гормонального профілю [42].

Додатково важливим чинником є зв'язок між вагітністю, постпологовим періодом і тривожністю. У період вагітності відбуваються глибокі нейроендокринні перебудови, які можуть як підтримувати емоційну стабільність, так і, у випадку стресу або гормонального дисбалансу, спричиняти тривожні розлади. Дані досліджень на тваринах і людях показали, що вагітність змінює регуляцію стресу, впливаючи на чутливість до тривожних стимулів, а попередній досвід материнства може змінювати нейробіологічні механізми реагування на страх і тривогу в майбутньому [55].

Жінки, як правило, демонструють вищий рівень емоційної експресивності та схильність до використання емоційно орієнтованих стратегій подолання стресу. Це підтверджується дослідженнями, в яких встановлено, що жінки частіше застосовують такі механізми, як саморефлексія, пошук емоційної підтримки, позитивне переосмислення та прийняття, тоді як чоловіки схильні до використання гумору, уникнення та активного вирішення проблем як способів регуляції тривожності [47].

Ці відмінності проявляються у виборі стратегій при довготривалих психологічних навантаженнях. Так, жінки частіше демонструють як адаптивні, так і дезадаптивні копінг-стратегії - зокрема, звернення до релігії, емоційного вентильовання та самозвинувачення, що у деяких випадках може підвищувати рівень тривожності в умовах сильного або хронічного стресу [73]. Водночас серед чоловіків частіше фіксується тенденція до уникнення емоційного опрацювання тривожності, що може маскувати наявність проблеми, але унеможлиблює її конструктивне вирішення.

Ключовим чинником є рівень емпатії, який статистично вищий у жінок і пов'язаний з емоційною чутливістю. У жінок вищі показники когнітивної та емоційної емпатії корелюють із ширшим спектром копінг-стратегій, зокрема позитивною переоцінкою, зверненням по підтримку та емоційним самовираженням. Натомість чоловіки демонструють менш виражені емпатійні реакції, що, ймовірно, пов'язано з соціальними нормами маскулітності, які не заохочують відкритий емоційний вираз [49]. Високий рівень емоційної емпатії серед жінок, водночас, асоціюється з підвищеною вразливістю до тривожності через більшу емоційну включеність та відповідальність за добробут інших, що також проявляється у контекстах міжособистісної взаємодії.

У ситуаціях соціального тиску або травматичного досвіду, жінки частіше демонструють емоційно орієнтовану реакцію - через підвищену чутливість до міжособистісного контексту та вищу емоційну відкритість. Наприклад, у посттравматичному контексті жінки демонструють вищі показники соціальної тривожності, а використання емоційно орієнтованих копінг-стратегій, таких як румінація чи самозвинувачення, може посилювати симптоми, особливо у випадках пережитого насилля в дитинстві [77].

Такі дані підтверджують думку про те, що підвищена емоційна реактивність жінок не є виключно соціальним конструктом, а відображає складну взаємодію біологічних, когнітивних та культурних факторів, що формують індивідуальний стиль реагування на стрес і тривогу.

Прояви тривожності у жінок тісно пов'язані з соціальними ролями, які традиційно або культурно приписуються жіночій статі. Однією з ключових сфер впливу є очікування суспільства щодо материнства, доглядової функції та підтримки емоційного благополуччя родини, які, з одного боку, розглядаються як природні обов'язки жінки, а з іншого - накладають додаткове психологічне навантаження. Дослідження демонструють, що жінки з більш традиційними уявленнями про гендерні ролі та материнство можуть мати нижчі рівні тривожності, проте загалом саме жінки частіше за чоловіків звітують про підвищену тривожність і гірше психологічне самопочуття, що

пов'язано з міжрольовими конфліктами та подвійним навантаженням у сфері праці й сім'ї [48].

Материнство, особливо в контексті очікувань інтенсивного материнства, вимагає від жінок постійного емоційного залучення, самопожертви та відповідальності, що часто призводить до емоційного вигорання та тривожних розладів. У період пандемії COVID-19 цей ефект був особливо яскравим: матері змушені були поєднувати дистанційну роботу, догляд за дітьми та підтримку домашнього простору без зовнішньої допомоги, що призвело до посилення відчуття провини, емоційного виснаження й підвищеної тривожності через невідповідність між очікуваним і фактичним виконанням ролі «ідеальної матері» [38].

Виконання ролі доглядальниці також створює додаткове навантаження. У більшості культур очікується, що саме жінки забезпечуватимуть основну підтримку членам родини - дітям, хворим, людям літнього віку. Це часто супроводжується браком визнання та ресурсів, а також соціальною ізоляцією. Жінки, які доглядають за хворими родичами або самостійно виховують дітей, особливо в умовах відсутності підтримки, частіше стикаються з психічним виснаженням і тривожністю, що підтверджується дослідженнями в різних країнах світу - від Південної Азії до Африки й Латинської Америки [45; 57].

Окрім безпосередніх вимог до материнства й догляду, очікується також і активна участь жінок у професійному житті, що створює ще один рівень конфлікту - між роллю працівниці та матері. Дослідження, проведене в кількох європейських країнах, показало, що чоловіки після народження дитини частіше отримують кар'єрні вигоди, тоді як жінки знижують навантаження, стикаються з втратою роботи або надмірною втомою, що напряду впливає на рівень тривожності та самопочуття [67].

Тривожність у жінок значною мірою обумовлена множинними соціальними очікуваннями та гендерними ролями, що вимагають від них одночасного виконання доглядових, материнських, емоційних і професійних функцій, нерідко без належної підтримки та визнання.

У підлітковому віці дівчата є особливо вразливими до розвитку тривожних розладів унаслідок гормональних змін, соціального тиску, проблем самовизначення та психоемоційної нестабільності. У цей період формуються основи емоційної регуляції, і недосконалість нейронних механізмів контролю емоцій, зокрема в префронтальній корі, призводить до підвищеного ризику виникнення генералізованої та соціальної тривожності [86]. Водночас психосоціальні чинники, як-от булінг, нестабільна родина або надмірна академічна тривога, також суттєво впливають на формування тривожного профілю в дівчат [58].

У період вагітності жінки переживають значні гормональні зміни, що можуть впливати як на біологічні механізми регуляції емоцій, так і на їхню вразливість до тривожних станів. Високий рівень естрогену та прогестерону під час вагітності супроводжується посиленою активністю гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, що сприяє емоційній нестабільності. Особливу тривожність викликає перша вагітність або вагітність у підлітковому віці, де поєднуються гормональна незрілість, соціальна вразливість та відсутність підтримки [50]. Післяпологовий період, натомість, характеризується стрімким зниженням рівня гормонів, зокрема естрогену, що в комбінації з фізичним виснаженням, недосипанням та зростанням відповідальності за дитину, може провокувати післяпологову тривожність. Дослідження свідчать, що саме у цей період ризик тривожних розладів у жінок перевищує навіть підлітковий або менопаузальний, що пояснюється як біологічною, так і психологічною вразливістю [76].

Менопауза є ще одним критичним етапом, на якому жінки можуть відчувати підвищену тривожність у зв'язку з гормональною нестабільністю, втратою репродуктивної функції та змінами у сприйнятті себе. Флуктуації естрогену і прогестерону в період перименопаузи мають значний вплив на сон, настрій і реакцію на стрес. Окрім біологічних факторів, у цей період жінки часто переживають кризу ідентичності, соціальну ізоляцію або професійне вигоряння, що підвищує вразливість до тривожних станів [34].

У похилому віці тривожність може зберігатися або навіть посилюватися внаслідок соціальної ізоляції, вдівства, хронічних захворювань і зниження когнітивних функцій. Жінки літнього віку демонструють особливу чутливість до втрати соціальних зв'язків і переживання самотності, що може проявлятися як соматизована або латентна тривожність, яку складніше діагностувати. Незважаючи на меншу увагу до цієї вікової групи, наукові дослідження вказують на потребу у психоемоційній підтримці жінок похилого віку, адже непропрацьована тривожність може стати фоном для депресивних розладів або соматичних скарг [69].

1.3. Фактори ризику розвитку тривожності в період війни

Психотравмивні події, пов'язані з війною, є одним із найпотужніших тригерів розвитку тривожних розладів серед цивільного населення, особливо серед жінок. Досвід безпосереднього контакту з бойовими діями, артилерійськими обстрілами, насильством, втратою житла чи близьких залишає глибокі психологічні сліди. Результати дослідження, проведеного серед переміщених українських жінок у Данії, показали, що понад третина учасників відповідала критеріям діагнозу ПТСР або комплексного ПТСР, причому основними чинниками були втрата близьких, експозиція до війни та статеву приналежність. Жінки демонстрували вищу вразливість до ПТСР навіть за однакових обставин із чоловіками [62].

Подібні результати отримано і в дослідженні впливу вибухів на українських внутрішньо переміщених осіб: близько 70% респондентів мали клінічно значущий рівень тривожності, а симптоми ПТСР (особливо флешбеки та нічні кошмари) виявлялися частіше у тих, хто мав досвід вибухової травми. Особливо вразливими виявилися жінки та особи з уже існуючими психічними розладами до війни [41].

Окрім психоемоційного дистресу, викликаного втратою, ворожим вторгненням і руйнуванням інфраструктури, у жінок часто спостерігається фізіологічна реакція на стрес, що супроводжується хронічною тривожністю,

соматичними симптомами та навіть порушеннями метаболічного здоров'я. У жінок-біженок з Сирії, які пережили насильство, втрату дому й вимушене переселення, виявлено вищі показники запальних процесів і ранніх ознак цукрового діабету. Це вказує на системний вплив психотравми на організм і підтверджує необхідність комплексної підтримки постраждалих жінок [83].

Не менш важливо враховувати і біологічні механізми, які лежать в основі таких розладів. У біженців, які зазнали травми війни, виявлено зміни нейропластичності в зонах мозку, пов'язаних із емоційною регуляцією - зокрема в мигдалеподібному тілі та гіпокампі. Ці зміни корелювали з підвищеним рівнем тривожності й ПТСР, що свідчить про довготривалі наслідки воєнного стресу на нейрофізіологічному рівні [36].

Жінки, які безпосередньо стали свідками або жертвами збройного насильства, зокрема сексуального насильства чи втрати близьких, мають ще вищий ризик розвитку ПТСР і хронічної тривожності. У дослідженні, що охопило різні конфліктні зони, включно з Південним Суданом та Іраком, встановлено, що жіноча стать є одним із найсильніших предикторів психічної вразливості під час війни, навіть якщо жінки не були залучені до бойових дій напряду, а перебували в ролі цивільного населення або родичів учасників конфлікту [82; 33].

Таким чином, травматичні події війни - зокрема бойові дії, вибухи, втрата близьких, знищення житла та насильство - є найпотужнішими чинниками ризику розвитку тривожності серед жінок у період війни.

Вимушене переміщення, втрата житла, роботи та соціальних зв'язків є критичними чинниками, що підвищують ризик розвитку тривожних розладів серед жінок у період війни. Зміна середовища проживання, розрив звичних соціальних структур та відсутність економічної стабільності викликають у переміщених осіб хронічне відчуття невизначеності, що посилює симптоматику тривожності та депресії. У дослідженні серед українських жінок-біженок було виявлено, що статус переміщеної особи, втрата роботи та

житла, а також відсутність соціальної підтримки є предикторами підвищеного рівня тривожності, депресивних симптомів і психологічного дистресу [39].

Жінки, які втратили дім через військові дії, часто переживають «амбівалентну втрату» - психологічне відчуття втрати без остаточного завершення, що ускладнює адаптацію. У випадку сирійських біженок у Йорданії дослідження показало, що втрата безпеки, ідентичності, зв'язку з рідним місцем і уявленого майбутнього перетворює процес переселення на глибоку кризу сенсу, що провокує затяжну тривожність і дезадаптацію [44]. Така втрата «дому» має глибокий символічний характер, особливо для жінок, які часто відіграють ключову роль у збереженні родинного побуту та емоційної стабільності.

Психологічна нестабільність посилюється тривалим перебуванням у стані невизначеності - відсутністю прогнозів щодо повернення додому, юридичної визначеності статусу, доступу до медицини чи освіти. У дослідженні з Індонезії встановлено, що саме нетерпимість до невизначеності виступає медіатором між вимушеним переселенням та симптомами тривоги й депресії. Підвищена чутливість до нестабільності майбутнього, особливо у жінок з досвідом травматичних подій, посилює тривожні переживання та загострює симптоматику ПТСР [71].

Розрив соціальних зв'язків та втрата мереж підтримки також сприяють поглибленню тривожності. Зменшення кількості позитивних соціальних контактів, ізоляція від громади та зниження почуття спільності мають негативний вплив на психічне здоров'я переселених жінок. Довготривале лонгітюдне дослідження показало, що соціальне відчуження та брак підтримки тісно пов'язані з посиленням психологічних симптомів, тоді як соціальна взаємодія може діяти як захисний фактор проти тривожності в умовах переміщення [72].

Переміщення, втеча від бойових дій, втрата звичних соціальних зв'язків - таких як сім'я, друзі, колеги, освітнє чи медичне оточення - суттєво погіршують емоційну стабільність та знижують рівень опору стресу. У

дослідженні, проведеному в Уганді серед біженців, виявлено, що саме брак соціальної підтримки є незалежним предиктором тривожності, депресії та ПТСР. Жінки в статусі біженців мали на 50% вищу ймовірність відчувати відсутність підтримки, що суттєво підвищувало ризик розвитку психічних розладів [63].

Втрата контактів з близькими, втрата доступу до фахівців (психологів, соціальних працівників, лікарів), порушення регулярної освіти чи роботи - все це формує ситуацію «соціального вакууму», який, згідно з даними лонгітюдного дослідження серед переміщених осіб в Індонезії, безпосередньо корелює з підвищенням рівнів тривоги, депресії та агресивності. При цьому погіршення соціального функціонування відбувається як його причина, що створює замкнене коло психологічної дезадаптації [72].

Жінки, які пережили вимушену ізоляцію, часто звітують про відчуття самотності, знецінення та втрати ідентичності. У дослідженні з Іраку встановлено, що ізоляція в новій культурі, бар'єри у спілкуванні, відсутність родичів та ускладнення інтеграції у приймаюче суспільство підвищують ризик тривожності у жінок навіть більше, ніж доінтеграційні труднощі. Важливими виявилися саме міжособистісні зв'язки, зокрема родинні, а не лише доступ до інституційної підтримки [80].

Систематичний огляд, присвячений феномену соціальної ізоляції серед біженців, показав, що самотність і порушення соціальних контактів мають сильний зв'язок із симптомами тривожності, депресії та ПТСР. Особливо високий рівень ризику спостерігається у жінок та батьків, а також у тих, хто відчуває розрив родини або має низький рівень соціальної інтеграції в новій країні. Дослідники наголошують на необхідності інтеграції програм соціального зв'язку та підтримки в системи допомоги переміщеним жінкам [70].

Отже, ізоляція від рідного соціального середовища, розрив звичних систем підтримки та неможливість налагодити нові міжособистісні зв'язки під час війни створюють умови для виникнення хронічної тривожності у жінок.

Для запобігання поглибленню психічних розладів важливо забезпечити підтримку соціально-емоційного характеру.

Інформаційна війна, яка супроводжує сучасні збройні конфлікти, значно впливає на психічне здоров'я жінок, підвищуючи рівень тривожності через постійне споживання новин, поширення фейкових повідомлень та емоційно навантаженого контенту. Масова присутність у соціальних мережах та стрімкий потік зображень руйнування, загибелі людей і бойових дій створюють відчуття безпорадності, постійної загрози й хронічної тривоги. Дослідження, проведене під час війни в Ізраїлі, показало, що надмірне медіа-споживання прямо пов'язане з підвищеним рівнем тривожності й симптомами ПТСР, особливо в тих, хто не має навичок емоційної регуляції. Саме когнітивна переоцінка, на відміну від пригнічення емоцій, знижувала психотравматичний вплив медіа на психіку людей під час війни [52].

Особливо вразливими до впливу інформаційного стресу є жінки, які сприймають війну через призму емоційної залученості, страху за дітей чи близьких. У дослідженні про перегляд війни в Україні було встановлено, що жінки демонструють значно вищі рівні тривожності, ніж чоловіки, під час споживання новин про війну. Цей ефект посилюється, якщо новини втручаються в повсякденне життя - наприклад, заважають навчанню або роботі, - а також у разі низької самооцінки або наявного стресу через інші події, як-от пандемія [56].

Крім загального обсягу споживаного контенту, важливу роль відіграє якість інформації. Медіа, які поширюють фейкові повідомлення або спотворюють факти, викликають параноїдальні настрої, порушення сну, емоційну нестабільність та тривожність. За допомогою штучного інтелекту виявлено, що систематичне споживання дезінформації в соціальних мережах прямо пов'язане з підвищенням рівня стресу, тривоги та навіть розвитком психічних розладів, включно з ПТСР та депресією [37].

Інформаційне перевантаження також призводить до ефекту «емоційного виснаження», коли навіть незначні новини сприймаються як критичні загрози.

Дослідження з Південної Азії підтвердило, що тривале щоденне використання соціальних мереж (понад чотири години) значно підвищувало ймовірність розвитку тривожних розладів серед користувачів, особливо у жінок із попередньою психоемоційною вразливістю [66].

Висновки також підтверджуються дослідженням про поширення графічного медіаконтенту, що демонструє насильство, кров або смерть. Такі зображення мають незалежний вплив на рівень тривожності й є сильнішими тригерами психоемоційного дистресу, ніж навіть реальний контакт із війною. Наявність ідентифікації з жертвами конфлікту (як у випадку українських жінок) робить вплив таких медіа ще більш значущим та потенційно небезпечним [59].

Таким чином, безперервний потік новин про війну, дезінформація, емоційно навантажені зображення та відсутність критичної фільтрації інформації виступають потужними психогенними факторами тривожності у жінок під час воєнних конфліктів. Це вимагає розробки стратегій медіаграмотності, психосоціальної підтримки та інституційного контролю за інформаційним простором.

Висновки до розділу 1

У результаті проведеного теоретичного аналізу було встановлено, що тривожність є складним багатовимірним феноменом, який розглядається в різних психологічних підходах як емоційний стан, когнітивне спотворення, реакція на екзистенційні кризи або прояв дисбалансу між біологічними, психологічними та соціальними факторами. Клініко-психологічна модель акцентує на діагностичних критеріях тривожних розладів згідно з сучасними класифікаціями DSM-5 та ICD-11, тоді як когнітивно-поведінковий підхід визначає тривожність як наслідок деструктивного мислення та навчання. Екзистенційно-гуманістична традиція трактує тривожність як відповідь на

глибинні конфлікти буття, а біопсихосоціальна модель дозволяє інтегрувати різні підходи для пояснення механізмів її формування.

Проаналізовано, що тривожність у жінок має специфічні прояви, зумовлені як біологічними (гормональними та нейрофізіологічними) чинниками, так і соціально-психологічними особливостями - вищим рівнем емоційної чутливості, емпатії, схильністю до саморефлексії та використання емоційно орієнтованих копінг-стратегій. Виявлено, що на різних етапах життєвого циклу жінки (підлітковий вік, вагітність, менопауза, похилий вік) тривожність може посилюватися, набуваючи різних форм залежно від поєднання гормональних змін, соціального тиску та міжособистісних ролей.

Також з'ясовано, що війна як масштабний стресогенний фактор значно підвищує ризик розвитку тривожних станів, особливо серед жінок. Найпотужнішими тригерами виступають: психотравмівні події (обстріли, насильство, втрата близьких), вимушене переміщення, соціальна ізоляція та постійний вплив інформаційного середовища. Всі ці чинники взаємодіють із наявними психологічними характеристиками особистості, підвищуючи вразливість до розвитку хронічної тривожності або ПТСР.

Таким чином, результати теоретичного узагальнення підтверджують доцільність комплексного, міждисциплінарного підходу до вивчення тривожності в жінок, особливо в умовах військового конфлікту, що створює підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження проявів тривожності серед українок та розробки ефективних психопрофілактичних і психотерапевтичних програм.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ ТА АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ ЖІНОК ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

2.1. Опис етапів дослідження

Проведення дослідження тривожності серед українських жінок у період війни вимагало поетапного, системного підходу, який включав як теоретико-аналітичну, так і емпіричну складову. Кожен етап був спрямований на глибоке розкриття предмета дослідження відповідно до поставлених завдань і з урахуванням умов воєнного часу, що суттєво впливає на психоемоційний стан жінок (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Опис етапів дослідження

№	Назва етапу	Стислий опис
I	Теоретико-методологічний етап	Аналіз сучасної наукової літератури з тематики тривожних розладів, гендерної вразливості в умовах криз і специфіки психічного реагування в умовах війни
II	Емпіричний етап збору даних	Проведення кількісного дослідження за допомогою онлайн-опитування (Google Forms), що включало стандартизовані психодіагностичні методики. Особливості підбору вибірки та організація процесу збору інформації в умовах обмеженого доступу до респондентів
III	Аналітично-інтерпретаційний етап	Застосування методів математико-статистичної обробки даних для виявлення закономірностей, порівняльний аналіз рівнів тривожності залежно від віку, наявності дітей та порівняння з довоєнними показниками. Формування практичних рекомендацій на основі отриманих результатів

На теоретико-методологічному етапі дослідження було здійснено ґрунтовний аналіз наукових джерел, присвячених вивченню тривожності як психічного феномена, її проявів у різних соціальних і культурних контекстах, а також специфіки реагування жінок у кризових ситуаціях. Особлива увага приділялася дослідженням, що розкривають природу тривожних розладів, механізми їх виникнення, клінічні прояви, диференціацію ситуативної та особистісної тривожності, а також соціально-психологічні чинники, що підвищують рівень вразливості до таких станів. У межах цього аналізу були опрацьовані сучасні підходи до розуміння тривожності в когнітивно-поведінковій, екзистенційній, психоаналітичній та біопсихосоціальній парадигмах.

Вагоме місце у літературному огляді посіли праці, присвячені вивченню гендерних особливостей психоемоційного реагування в умовах тривалого стресу. У численних емпіричних дослідженнях відзначено, що жінки демонструють вищий рівень емоційної реактивності та схильність до формування тривожних станів у порівнянні з чоловіками, що зумовлено як біологічними, так і соціокультурними факторами. Особливої актуальності набули праці, що розкривають вплив воєнних подій на психічне здоров'я жінок, зокрема матерів, біженок, цивільних осіб, які перебувають у зоні бойових дій або в умовах тривалої небезпеки.

Окремий напрям аналітичної роботи стосувався дослідження адаптивних і дезадаптивних стратегій подолання тривожності, а також вивчення впливу соціальної підтримки, материнського статусу, вікових особливостей і життєвих ролей жінки на рівень тривожного реагування. У процесі аналізу було виявлено, що в умовах війни тривожність має тенденцію до хронізації, супроводжується фізіологічними порушеннями та когнітивною дезорганізацією, а також значною потребою у зовнішній підтримці.

На емпіричному етапі дослідження було реалізовано кількісний підхід до збору первинних даних, який передбачав використання онлайн-опитування як основного методу збору інформації. З огляду на актуальні виклики воєнного

часу, зокрема фізичну небезпеку, переміщення населення, порушення звичних соціальних контактів та обмежений доступ до респондентів, онлайн-формат (Google Forms) був обраний як найбільш доступний, безпечний і ефективний засіб комунікації з цільовою вибіркою. Такий формат дозволив забезпечити участь жінок, які перебувають у різних регіонах України, включаючи як більш безпечні території, так і зони підвищеного ризику.

У межах дослідження було використано комплекс психодіагностичних методик, до якого увійшли стандартизовані шкали (GAD-7, BAI, STAI). Опитування охоплювало як загальні показники тривожності, так і специфічні прояви, що виникають унаслідок тривалого емоційного напруження, втрати контролю, екзистенційної небезпеки та соціальної дезадаптації. Психометричний інструментарій обраний - адаптований для української вибірки, що забезпечило відповідність змісту методик соціокультурному контексту дослідження.

Підбір вибірки здійснювався за принципом добровільної участі, із залученням респонденток через тематичні онлайн-групи, соціальні мережі та спільноти підтримки жінок в умовах війни. Основними критеріями включення були жіноча стать, вік від 18 років та проживання на території України під час повномасштабного військового вторгнення. Респонденти мали можливість анонімно пройти опитування, що сприяло більшій відкритості відповідей та зниженню соціальної бажаності у відповідях.

Організація збору даних передбачала дотримання етичних стандартів наукових досліджень, зокрема інформовану згоду учасниць та конфіденційність обробки результатів.

Аналітично-інтерпретаційний етап дослідження передбачав глибоку математико-статистичну обробку отриманих емпіричних даних з метою виявлення структурних особливостей тривожності серед жінок у період війни. Було застосовано як описову статистику для виявлення загальних тенденцій у вибірці, так і методи інферентної статистики, що дозволили здійснити порівняльний аналіз різних груп респонденток. Особливу увагу приділено

виявленню відмінностей у рівнях тривожності залежно від вікових характеристик жінок, наявності чи відсутності у них дітей, а також здійснено співставлення актуальних показників із довоєнними нормативними значеннями, що фіксувалися у попередніх дослідженнях.

Для підтвердження статистично значущих розбіжностей застосовувалися відповідні непараметричні критерії, зокрема U-критерій Манна-Уїтні для порівняння незалежних вибірок, а також кореляційний аналіз (ρ -коефіцієнт Спірмена) для виявлення взаємозв'язків між змінними. Такий підхід дозволив простежити, як саме соціально-демографічні чинники впливають на її вираженість. Встановлено, що жінки, які мають дітей, демонстрували вищі показники генералізованої та екзистенційної тривожності, що свідчить про підвищене емоційне навантаження, пов'язане з відповідальністю за безпеку близьких. Водночас молодші респондентки частіше фіксували ситуативні форми тривоги, тоді як у старших спостерігався стійкий високий рівень особистісної тривожності.

Отримані результати стали емпіричною основою для формування практичних рекомендацій щодо психопрофілактичної та психокорекційної роботи з жінками, що зазнали впливу війни. На основі виявлених закономірностей було розроблено програму тренінгових занять, спрямованих на зниження рівня тривожності, розвиток рефлексії, емоційної саморегуляції та підвищення ресурсності особистості.

2.2. Обґрунтування методик дослідження

Для досягнення цілі дослідження та висунутих завдань було обрано комплекс психодіагностичних методик, які дозволяють вивчити різні аспекти тривожності жінок у період війни. Кожна з методик доповнює інші, забезпечуючи як загальну картину емоційного стану, так і більш глибоке розкриття специфічних проявів тривожності (див. табл. 2.1).

Операціональна картка дослідження

№	Назва інструменту	Кодування	Шкали інструменту
1	Шкала генералізованої тривоги	GAD-7	Генералізована тривога
2	Шкала тривожності Бека	BAI	Клінічна тривожність
3	Шкала тривожності Спілбергера	STAI	Особистісна тривожність Ситуативна тривожність

Шкала генералізованої тривоги (див. дод. А)

Для оцінки симптомів генералізованої тривожності у жінок в умовах війни доцільним було використання шкали GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), яка є одним із найпоширеніших інструментів скринінгу генералізованого тривожного розладу. Дана шкала була розроблена командою дослідників під керівництвом Спітцера як короткий, надійний та валідний засіб первинної оцінки рівня генералізованої тривоги. У контексті дослідження тривожності під час війни GAD-7 є релевантною, оскільки дозволяє виявити як клінічно значущі прояви тривоги, так і її помірні або легкі форми, які можуть мати вплив на функціонування особистості, навіть якщо не досягають діагностичного порогу.

Шкала складається з 7 тверджень, які описують типові симптоми генералізованої тривоги - постійне почуття занепокоєння, надмірне хвилювання, фізичну напругу, проблеми з розслабленням, дратівливість та страх очікування найгіршого. Респондент має оцінити частоту кожного симптому протягом останніх двох тижнів, що дозволяє фіксувати актуальний стан, характерний для поточного етапу переживання війни. Простота у використанні, короткий час заповнення та зрозумілість формулювань роблять

GAD-7 зручною для застосування в умовах обмеженого часу, підвищеного емоційного навантаження або дистанційного формату збору даних.

Важливим є те, що шкала GAD-7 пройшла адаптацію в українському контексті (адаптація здійснена Н. Алексіною, О. Герасименко, Д. Лавриненком та О. Савченко), що забезпечує її лінгвістичну та культурну відповідність для української вибірки [2]. Результати адаптаційного дослідження продемонстрували належний рівень внутрішньої узгодженості та факторної структури, зіставної з оригінальною версією. Це дозволяє стверджувати про надійність використання GAD-7 у дослідженнях, спрямованих на виявлення тривожних симптомів у реаліях війни.

У контексті повномасштабної війни в Україні GAD-7 дозволяє оцінити її інтенсивність у динаміці. Це особливо важливо для психологічного моніторингу жінок, які перебувають у зоні підвищеного ризику - як фізичного, так і психоемоційного. Оскільки генералізована тривога має тенденцію до хронічного перебігу та впливає на всі сфери життя, її своєчасне виявлення є критично важливим для подальшого психологічного втручання та підтримки. З огляду на ці фактори, шкала GAD-7 була обґрунтовано включена до комплексу дослідницьких інструментів у межах цього дослідження.

Шкала тривожності Бека (див. дод. Б)

Шкала тривожності Бека (Beck Anxiety Inventory - BAI) була включена до комплексу дослідницьких інструментів з огляду на її здатність ефективно виявляти клінічні прояви тривожності, зокрема ті, що мають виражену психосоматичну природу [26]. Створена Аароном Беком у межах когнітивно-поведінкової традиції, ця методика широко використовується для скринінгу станів, що супроводжуються тілесними проявами тривоги. Особливістю шкали є акцент на соматичних і фізіологічних симптомах, які часто залишаються поза увагою при використанні загальних опитувальників, орієнтованих переважно на емоційно-когнітивні компоненти тривожності.

ВАІ складається з 21 твердження, які охоплюють фізіологічні реакції організму на тривожний стан: порушення дихання, запаморочення, тремтіння кінцівок, пришвидшене серцебиття, відчуття жару, нудоту, надмірне потовиділення та інші. Саме ці симптоми часто першими з'являються в осіб, які перебувають у хронічному стресі або переживають загрозові життєві обставини, як-от війна. У жінок, які перебувають під впливом постійного емоційного та фізичного навантаження, дані симптоми можуть мати прогностичну цінність, сигналізуючи про необхідність фахової психотерапевтичної чи психіатричної допомоги.

Використання шкали Бека дозволяє об'єктивно зафіксувати інтенсивність фізіологічних маркерів тривожного стану та диференціювати його рівень - від легкого до клінічно значущого. Її інформативність підкріплена численними емпіричними дослідженнями, які підтверджують високу валідність і надійність цього інструменту. Особливо актуальним є застосування шкали ВАІ в умовах війни, коли у багатьох респондентів можуть спостерігатися порушення роботи вегетативної нервової системи, викликані постійною загрозою життю, втратою близьких, вимушеним переселенням або відчуттям повної невизначеності.

Дослідження клінічних аспектів тривожності за допомогою шкали Бека є важливим доповненням до більш загальних вимірів емоційного стану. Це дає змогу виявити ступінь її вираження у тілесному вимірі, що має принципове значення для формування подальших психокорекційних стратегій. Таким чином, шкала тривожності Бека виступає ефективним діагностичним інструментом для глибокого аналізу психофізіологічного стану жінок у контексті воєнних подій.

Шкала тривожності Спілбергера (див. дод. В)

Шкала тривожності Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) посідає важливе місце в дослідженні тривожності завдяки здатності диференціювати два основні типи тривожних проявів - ситуативну (реактивну)

та особистісну (стабільну) тривожність [27]. Такий підхід є особливо актуальним у контексті війни, коли короткотривалі психоемоційні реакції на загрозу можуть маскувати глибші індивідуальні особливості функціонування особистості. Воєнна ситуація є екстремальним подразником, який призводить до підвищення ситуативного рівня тривожності у широких верств населення. Проте без диференціації цих станів неможливо достовірно виявити, наскільки зафіксовані реакції зумовлені саме подієвим фактором, а наскільки вони є проявом стабільної тривожної структури особистості.

Методика STAI складається з двох частин, кожна з яких містить по 20 тверджень. Перша частина діагностує ситуативну тривожність - тимчасовий стан напруження, пов'язаний з конкретною ситуацією. Це дозволяє зафіксувати актуальний психоемоційний стан жінки під впливом подій війни: страх, неспокій, нервозність, зниження впевненості. Друга частина шкали спрямована на вимірювання особистісної тривожності - стійкої схильності індивіда до тривожних переживань у широкому колі життєвих ситуацій. Цей рівень відображає глибинні індивідуальні особливості емоційного реагування, які можуть виступати чинником ризику розвитку хронічної тривожності або порушень адаптації.

STAI широко використовується в міжнародній дослідницькій практиці, має надійні психометричні характеристики та адаптована для української вибірки фахівцями Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії. Це забезпечує лінгвістичну точність, культурну відповідність і валідність інтерпретації результатів. У воєнних умовах шкала дозволяє розмежувати осіб, які демонструють високий рівень тривоги як тимчасову реакцію на стрес, від тих, у кого цей стан є відображенням глибинних психологічних установок. Така диференціація має важливе значення для розробки індивідуалізованих програм психологічної допомоги: ситуативна тривожність потребує кризового втручання, тоді як особистісна - довготривалої психотерапевтичної підтримки.

Застосування шкали Спілбергера в дослідженні тривожності жінок у період війни дозволяє краще зрозуміти структуру їхніх тривожних

переживань, відокремити ситуативні реакції від глибинної тривожності та виявити потенційно вразливі групи, які потребують особливої уваги з боку фахівців з психічного здоров'я. Такий підхід сприяє комплексному аналізу емоційного стану та розширює можливості для ефективної психопрофілактики та інтервенції.

Використання комплексу методик дозволяє здійснити багатовимірне оцінювання тривожності у жінок у період війни. Комбінування стандартизованих шкал забезпечує як точність вимірювання, так і контекстуальну глибину результатів дослідження.

2.3. Характеристика вибірки

Аналізуючи особливості вибірки, було встановлено, що середній вік учасниць становив 34 роки при медіанному значенні 32,5 роки, що свідчить про відносну симетричність розподілу (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Вікова характеристика вибірки

Змінні	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення	Мін	Макс
Вік	34	32,5	10,3	18	54

Стандартне відхилення на рівні 10,3 років демонструє помірну вікову варіативність, що дозволяє зробити припущення про репрезентативність даних у межах дорослого жіночого населення. Мінімальне та максимальне значення віку варіювалося від 18 до 54 років, що дозволило охопити як молодих жінок, так і тих, які мають зрілий життєвий досвід. Для подальшого порівняльного аналізу було доцільно розподілити вибірку на три вікові групи, а саме від 21 до 34 років, від 35 до 42 років та від 42 до 55 років, що базується на віковій періодизації онтогенезу особистості, зокрема на структурі вікових стадій, запропонованій у психологічній літературі, де в межах молодості та зрілості виокремлюються окремі підетапи: молодість (21-34 роки), період розквіту (35-42 роки) та зрілість (42-55 років).



Рис. 2.1. Розподіл вибірки за віковими групами

Це дозволяє виявити специфіку тривожності відповідно до особливостей психосоціального розвитку, характерного для кожного з етапів дорослішання.

У табл. 2.4, що характеризує розподіл вибірки за рівнем освіти, домінуючими виявилися групи жінок із рівнем освіти «бакалавр» та «магістр» - по 35% кожна.

Таблиця 2.4

Розподіл вибірки за рівнем освіти

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Середня освіта	5	6,3%
Технічна освіта	6	7,5%
Бакалавр	28	35%
Магістр	28	35%
Друга вища/ Науковий ступінь	13	16,3%

Це свідчить про високий освітній рівень респонденток загалом, що є позитивним чинником з точки зору усвідомленого ставлення до психічного здоров'я, здатності до рефлексії та критичної самооцінки власного емоційного стану. Водночас 16,3% респонденток мали другу вищу освіту або науковий ступінь, що вказує на наявність висококваліфікованих учасниць.

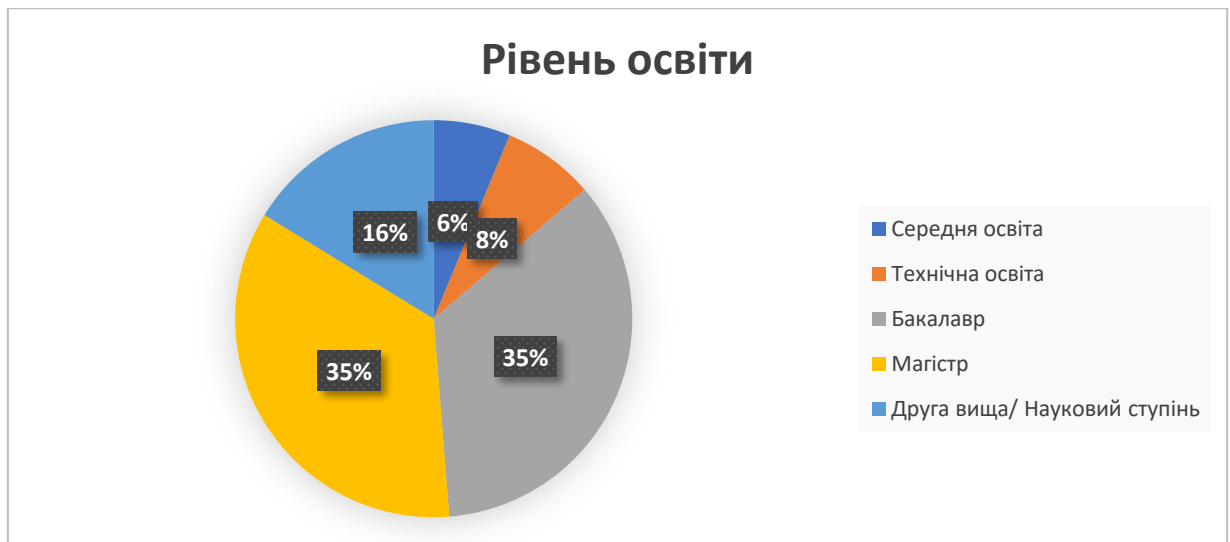


Рис. 2.2. Розподіл вибірки за рівнем освіти

Жінки з технічною освітою склали 7,5%, а з середньою - 6,3%, що хоча й становить меншість, проте дозволяє врахувати думку жінок з різних соціально-освітніх прошарків.

Щодо зайнятості, найбільшу частину вибірки становили жінки з повною зайнятістю - 47,5%, що дає підстави розглядати їх як групу, найбільш інтегровану у соціально-економічні процеси (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Розподіл вибірки за занятістю

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Тимчасово безробітні	10	12,5%
Студентки	7	8,8%
Часткова зайнятість	12	15%
Повна зайнятість	38	47,5%
У декреті	13	16,3%

Значна частка жінок у декретній відпустці - 16,3% - свідчить про актуальність дослідження для матерів, що перебувають у вразливому емоційному стані через догляд за дитиною в умовах війни. Жінки з частковою зайнятістю (15%) та тимчасово безробітні (12,5%) також є важливою групою аналізу, оскільки ці категорії мають підвищений ризик емоційної нестабільності через економічну невизначеність.



Рис. 2.3. Розподіл вибірки за занятістю

Студентки, які склали 8,8%, є представницями молодіжної категорії, яка часто стикається з труднощами адаптації в умовах соціальних трансформацій.

У табл. 2.6 розглянуто розподіл вибірки за сімейним станом.

Таблиця 2.6

Розподіл вибірки за сімейним станом

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Самотні/ незаміжні	22	27,5%
У стосунках/ у цивільному шлюбі	10	12,5%
Заміжні	33	41,3%
Розлучені	12	15%
Вдови	3	3,8%

Найчисельнішою групою виявилися заміжні жінки - 41,3%, що відображає стабільний партнерський контекст, у якому, однак, можуть виникати специфічні форми тривожності, пов'язані з відповідальністю за родину. Самотні та незаміжні жінки склали 27,5%, що свідчить про потребу аналізу особистісної тривожності в умовах відсутності стабільної соціальної підтримки. У стосунках або цивільному шлюбі перебували 12,5% респонденток, а розлучених - 15%, що вказує на необхідність розгляду впливу досвіду розриву стосунків на рівень тривожності.

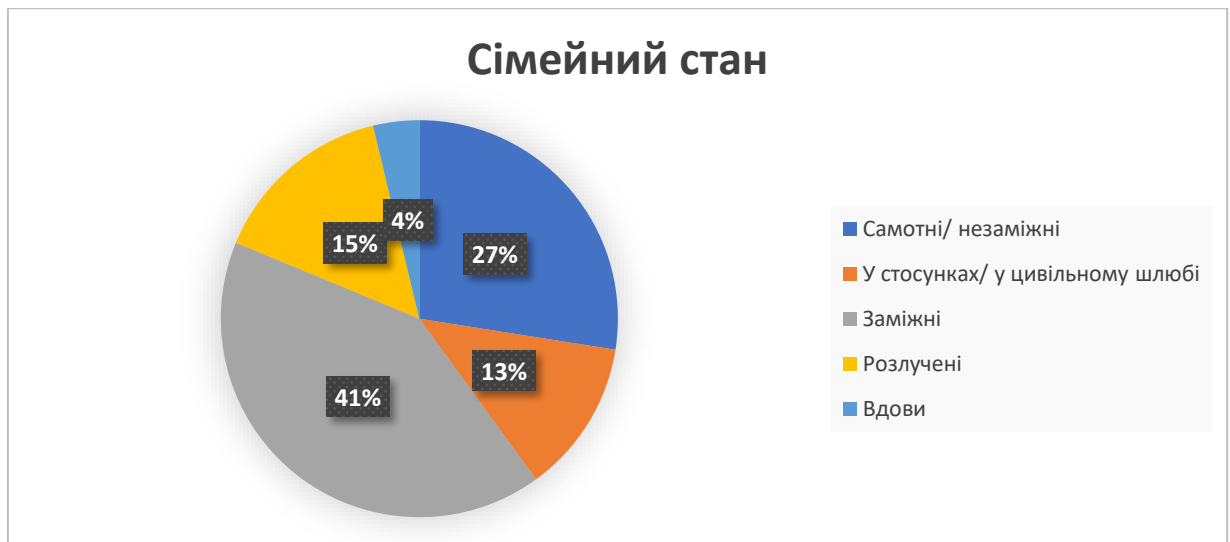


Рис. 2.4. Розподіл вибірки за сімейним станом

Жінки, які втратили чоловіка, становили 3,8%, і хоча це нечисленна група, її значущість у контексті психологічної вразливості в умовах війни є беззаперечною.

Табл. 2.7 демонструє розподіл вибірки за наявністю дітей.

Таблиця 2.7

Розподіл вибірки за наявністю дітей

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Не мають дітей	26	32,5%
Мають одну дитину	32	40%
Мають двох та більше дітей	22	27,5%

Найбільшу частину склали жінки, які мають одну дитину - 40%, що, ймовірно, пов'язане з домінуванням ядерної моделі сім'ї серед сучасного населення. Жінки, які мають двох і більше дітей, становили 27,5%, що вказує на потребу вивчення тривожності в умовах підвищеного батьківського навантаження, особливо в умовах загрози життю. Ті, хто не мають дітей, склали 32,5% вибірки, що дозволяє порівняти рівень тривожності в контексті різного обсягу соціальної відповідальності.

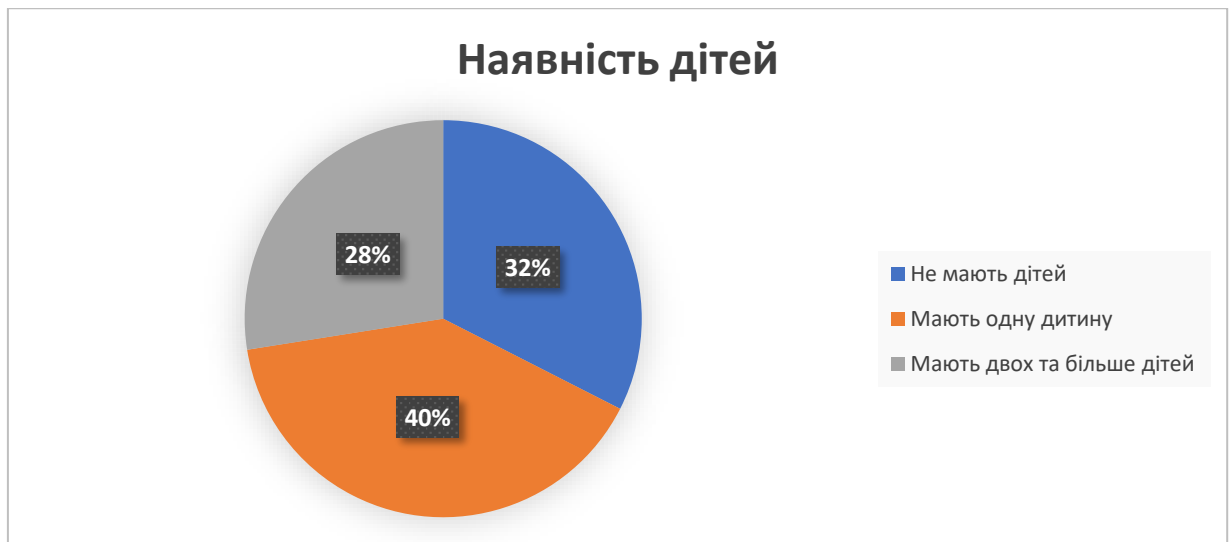


Рис. 2.5. Розподіл вибірки за наявністю дітей

Такий розподіл дає змогу здійснити релевантний порівняльний аналіз між жінками з дітьми та без них, що є важливим для розуміння глибинних чинників емоційного реагування у кризовій ситуації.

Загалом структура вибірки є збалансованою за ключовими соціально-демографічними показниками, що забезпечує аналітичну гнучкість та дозволяє зробити обґрунтовані висновки щодо специфіки тривожності серед українських жінок в умовах війни.

2.4. Аналіз отриманих даних

У табл. 2.8 наведені дані, які свідчать про те, що середній показник за шкалою генералізованої тривоги GAD-7 становив 11 балів при медіанному значенні 11, що свідчить про переважання помірного рівня тривожності серед опитаних.

Таблиця 2.8

Результати методики «Шкала генералізованої тривоги»

Змінні	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення	Мін	Макс
Генералізована тривога	11	11	5,56	0	21

Значення стандартного відхилення дорівнювало 5,56, що вказує на суттєву варіативність результатів у межах вибірки. Мінімальне значення

тривоги складо 0, а максимальне - 21, що дозволяє зафіксувати як низькі, так і критично високі значення у різних респонденток.

Таблиця 2.9

Розподіл вибірки за рівнем генералізованої тривоги в період війни (%)

Змінні	Мінімальний рівень	Слабкий рівень	Помірний рівень	Високий рівень
Генералізована тривога	13,8%	23,8%	35%	27,5%

Уточнення розподілу рівнів тривожності подано в табл. 2.9, згідно з якою 35 відсотків жінок мали помірний рівень генералізованої тривоги, ще 27,5 відсотка перебували на високому рівні. Це означає, що понад 60 відсотків вибірки відчувають серйозне емоційне напруження, яке може свідчити про ризик розвитку тривожних розладів.

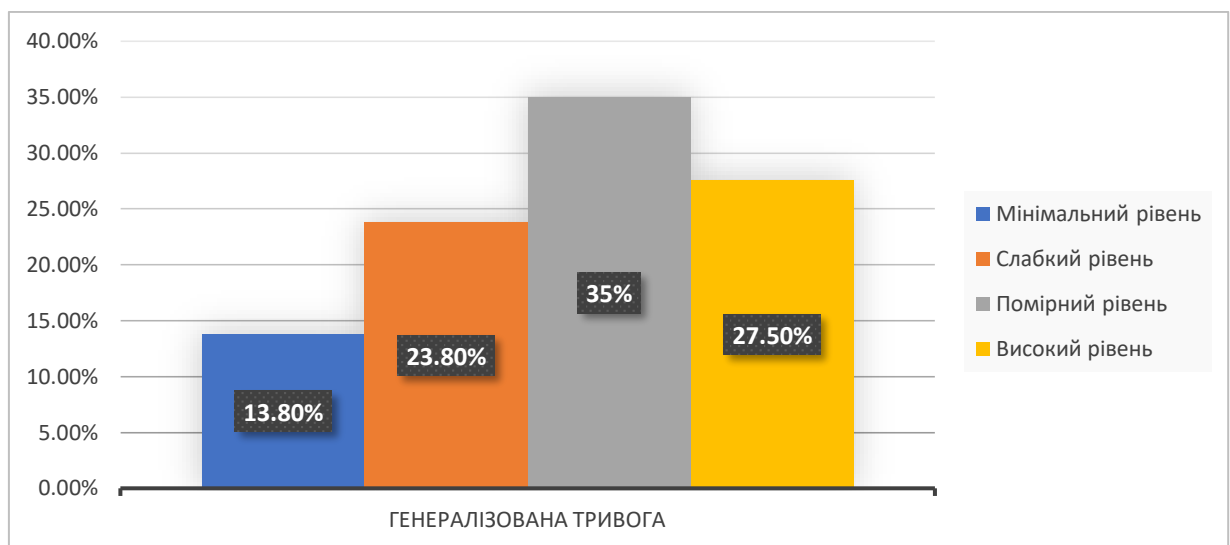


Рис. 2.6. Розподіл вибірки за рівнем генералізованої тривоги в період війни (%)

Слабкий рівень тривожності мали 23,8 відсотка опитаних, а мінімальний - лише 13,8 відсотка, що підтверджує емоційно вразливий стан більшості учасниць у період воєнної загрози.

Дані табл. 2.10, що стосуються клінічної тривожності за шкалою Бека, також демонструють подібну картину.

Результати методики «Шкала тривожності Бека»

Змінні	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення	Мін	Макс
Клінічна тривожність	13,1	14	6,43	0	21

Середнє значення тривоги становило 13,1 бала при медіані 14. Це відповідає середньому рівню вираженості клінічної симптоматики. Стандартне відхилення 6,43 є показником виразної розкиданості відповідей у межах вибірки. Мінімальне значення становило 0 балів, а максимальне - 21, що підтверджує наявність як емоційно стабільних, так і клінічно вразливих жінок у структурі вибірки.

У табл. 2.11 подано розподіл за рівнями клінічної тривожності.

Таблиця 2.11

Розподіл вибірки за рівнем клінічної тривожності в період війни (%)

Змінні	Норма	Легкий рівень	Середній рівень	Високий рівень
Клінічна тривожність	20%	2,5%	50%	27,5%

Половина респонденток - 50 відсотків - мають середній рівень, ще 27,5 відсотка демонструють високі показники. Це дозволяє говорити про те, що понад три чверті опитаних перебувають у стані, що може потребувати психологічного втручання.

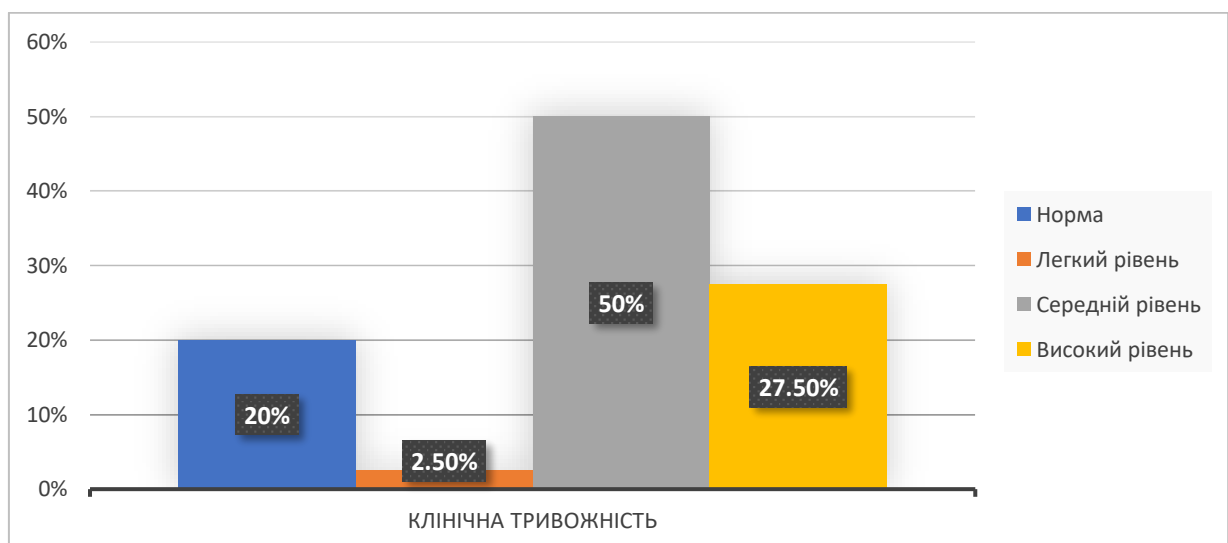


Рис. 2.7. Розподіл вибірки за рівнем клінічної тривожності в період війни (%)

Лише 20 відсотків учасниць продемонстрували нормальні показники, а незначна частка (2,5 відсотка) мала легкий рівень клінічної тривожності.

Результати застосування шкали Спілбергера, подані в табл. 2.12, дозволяють розрізнити ситуативну та особистісну тривожність.

Таблиця 2.12

Результати методики «Шкала тривожності Спілбергера»

Змінні	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення	Мін	Макс
Особистісна тривожність	36	40	14,7	0	55
Ситуативна тривожність	39,5	45	13,8	0	55

Середній показник особистісної тривожності склав 36 балів, тоді як ситуативної - 39,5 бала. Медіанні значення дорівнювали відповідно 40 і 45. Це свідчить про те, що ситуативна тривожність виражена дещо сильніше, що є природною реакцією на екстремальні обставини. Також це вказує на переважаючу емоційну реакцію на теперішні події, а не лише на стабільні особистісні особливості.

Таблиця 2.13

Розподіл вибірки за рівнем особистісної та ситуативної тривожності в період війни (%)

Змінні	Низький рівень	Помірний рівень	Високий рівень
Особистісна тривожність	22,5%	47,5%	30%
Ситуативна тривожність	22,5%	30%	47,5%

Розподіл вибірки за рівнем особистісної та ситуативної тривожності у табл. 2.13 демонструє, що 30 відсотків учасниць мають високий рівень особистісної тривоги, ще 47,5 відсотка - помірний. Це дає підстави стверджувати, що більшість жінок мають стабільну схильність до тривожного реагування.

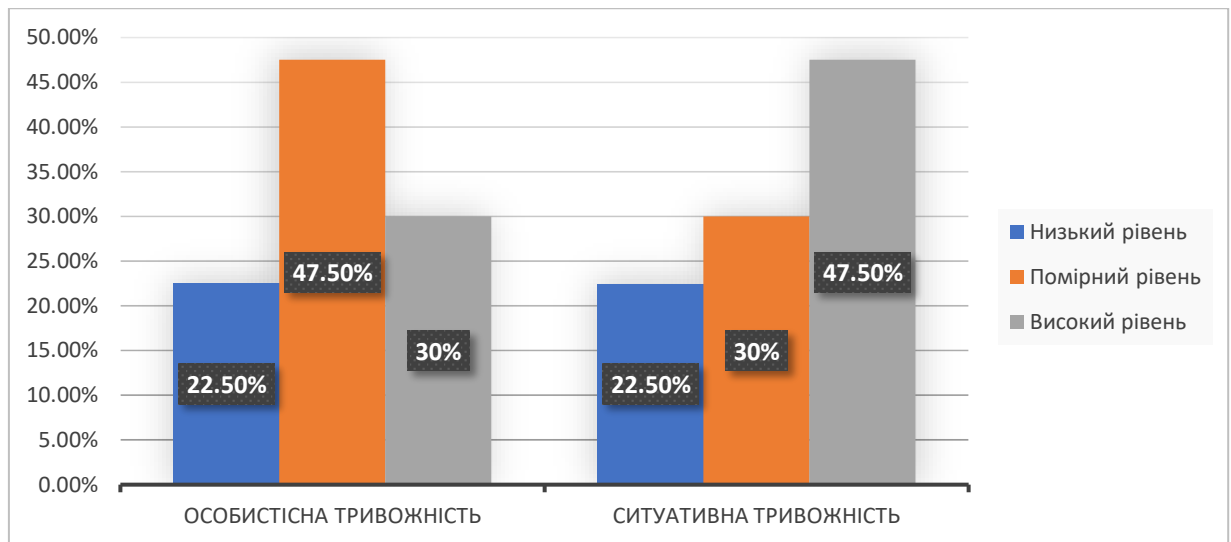


Рис. 2.8. Розподіл вибірки за рівнем особистісної та ситуативної тривожності в період війни (%)

Щодо ситуативної тривожності, то 47,5 відсотка жінок мали високий рівень, а 30 відсотків - помірний. Таким чином, майже вісімдесят відсотків вибірки переживали гострі тривожні стани в момент дослідження, що вказує на глибокий вплив зовнішніх обставин, зокрема війни, на емоційне самопочуття жінок.

Аналізуючи результати порівняння, можна стверджувати, що вікові, соціальні та ситуаційні чинники суттєво впливають на рівень та характер проявів тривожності серед українських жінок у період війни.

У табл. 2.14 представлено результати порівняння трьох вікових груп, у межах яких оцінювався спектр тривожних проявів. Віковий поділ на групи від 21 до 34 років - молоді, від 35 до 42 років - період зрілості та від 42 до 55 років - зрілі, що є обґрунтованим із урахуванням особливостей онтогенетичної періодизації дорослості.

Генералізована тривога показала достовірну різницю між віковими групами, при цьому рівень значущості становив $p=0,048$, а значення критерію F дорівнювало 3,07.

Порівняння вікових особливостей прояву тривожності у період війни

Змінні	F	p	Середнє групи молодих	Середнє групи періоду розквіту	Середнє групи зрілих
Генералізована тривога	3,07	0,048*	11,95	11,10	8,44
Клінічна тривожність	0,69	0,207	13,65	13,19	11,38
Особистісна тривожність	0,24	0,041*	36,35	34,19	37,69
Ситуативна тривожність	0,22	0,047*	40,47	37,90	38,88

Примітка - * значущість на рівні $p < 0,05$;

Найвищий середній рівень генералізованої тривоги спостерігався у групі молодих жінок, де показник сягав 11,95, дещо нижчий рівень зафіксовано у жінок віку періоду розквіту - 11,10, тоді як у зрілих жінок він був найнижчим - 8,44. Ця динаміка свідчить про те, що молодші жінки виявляються більш вразливими до постійного фону тривожності в умовах війни, можливо через менший життєвий досвід або більшу емоційну чутливість до стресових факторів.

У показнику клінічної тривожності статистично значущих відмінностей між віковими групами виявлено не було, значення p становило 0,207, що перевищує поріг значущості. Хоча середнє значення клінічної тривожності також найвище серед молодих жінок (13,65), воно поступово знижується у жінок середнього віку (13,19) і досягає найнижчого рівня серед зрілих (11,38), однак ця тенденція не може бути інтерпретована як достовірна з точки зору статистики. Це може вказувати на те, що клінічна тривожність має більш складну природу, не обмежену виключно віковими чинниками.

Особистісна тривожність виявила статистично значущу різницю між віковими групами ($p=0,041$), що дає підстави говорити про наявність вікових особливостей у стабільних рисах тривожності. В середньому найвищі показники спостерігалися у зрілих жінок - 37,69, трохи нижчий рівень у молодих - 36,35, а найнижчий - у жінок періоду розквіту - 34,19. Така динаміка може свідчити про те, що з віком, попри загальне зниження реактивної тривожності, внутрішня схильність до тривожних переживань може

зберігатися або навіть посилюватися, зважаючи на збільшення відповідальності, життєвого досвіду та впливу накопичених психоемоційних факторів.

Також були виявлені достовірні відмінності у ситуативній тривожності ($p=0,047$), де знову найвищі середні значення зафіксовано у молодих жінок - 40,47, далі йдуть жінки середнього віку - 37,90, а зрілі жінки демонструють дещо нижчий, але наближений до попереднього рівень - 38,88. Хоча різниця між останніми двома групами є незначною, загальна тенденція свідчить про підвищену емоційну реактивність молодших жінок до актуальних загроз, пов'язаних із воєнним середовищем.

Таким чином, отримані результати дозволяють зробити висновок, що вік є важливим фактором, який впливає на окремі прояви тривожності під час війни. Молодші жінки демонструють вищий рівень як генералізованої, так і ситуативної тривоги, що вказує на їхню підвищену вразливість у критичних умовах. Водночас, зрілі жінки більше схильні до проявів особистісної тривожності, яка відображає внутрішню, стійку емоційну напругу незалежно від конкретної ситуації.

Табл. 2.15 дозволяє оцінити відмінності у тривожних проявах між жінками, які мають дітей, і тими, хто не має. Хоча загальні показники тривожності практично не відрізняються між цими двома групами, деякі індикатори демонструють статистично значущі різниці.

Таблиця 2.15

Порівняння особливостей прояву тривожності у період війни залежно від наявності дітей

Змінні	U Ранг Мана- Уїтні	p	Сила ефекту	Середнє жінок з дітьми	Середнє жінок без дітьми
Генералізована тривога	608	0,333	0,134	10,65	11,81
Клінічна тривожність	584	0,024*	0,168	13,7	11,77
Особистісна тривожність	685	0,861	0,024	35,65	36,88
Ситуативна тривожність	567	0,016*	0,192	37,61	43,35

Примітка - * значущість на рівні $p<0,05$;

Показник генералізованої тривоги виявився незначущим ($U=608$, $p=0,333$), що свідчить про відсутність достовірної різниці між жінками, які мають дітей, та тими, хто їх не має. Хоча середнє значення генералізованої тривоги дещо вище серед жінок без дітей (11,81) порівняно з тими, хто має дітей (10,65), рівень значущості не дозволяє говорити про наявність реальної різниці, а сила ефекту становить 0,134, що є слабким ефектом.

Натомість, при аналізі клінічної тривожності виявлено статистично значущу різницю ($U=584$, $p=0,024$), яка свідчить про достовірне зниження рівня клінічної тривожності у жінок без дітей порівняно з тими, хто має дітей. Середнє значення цього показника для жінок з дітьми становить 13,7, тоді як у жінок без дітей - 11,77. Це може свідчити про те, що жінки, які мають дітей, переживають більшу тривогу, пов'язану з безпекою та майбутнім своїх дітей, що цілком відповідає специфіці ситуації воєнного часу. Сила ефекту становить 0,168, що вказує на слабкий до помірного вплив, але достатній для фіксації значущості.

Особистісна тривожність виявилась незначущою з точки зору міжгрупових відмінностей ($U=685$, $p=0,861$), що вказує на приблизно однаковий рівень стабільної тривожності як серед жінок з дітьми, так і серед жінок без дітей. Середнє значення трохи вище у жінок без дітей (36,88) порівняно з жінками, які мають дітей (35,65), однак сила ефекту дорівнює лише 0,024, що свідчить про надзвичайно слабкий вплив цього чинника.

Найбільш виражена і статистично значуща різниця спостерігається щодо ситуативної тривожності. При значенні $U=567$ та рівні значущості $p=0,016$, можна стверджувати про достовірну різницю між групами. Жінки без дітей мають вищий середній показник ситуативної тривожності (43,35) порівняно з жінками, які мають дітей (37,61). Це може бути пояснено тим, що жінки без дітей більше зосереджені на власному стані та переживаннях у моменті, тоді як жінки з дітьми можуть бути частково мобілізовані обов'язками щодо своїх дітей, що відволікає від гострого переживання ситуативної тривоги. Сила ефекту для цього показника становить 0,192, що є

найвищим серед усіх змінних у таблиці, і вказує на помірний вплив фактора на рівень ситуативної тривожності. Результати аналізу дозволяють зробити висновок, що наявність дітей у жінок під час війни в Україні є значущим чинником щодо рівня клінічної та ситуативної тривожності, однак не має достовірного впливу на показники генералізованої та особистісної тривожності.

У табл. 2.16 наведено порівняння тривожності у довоєнний період та в умовах повномасштабної війни.

Таблиця 2.16

Порівняння особливостей прояву тривожності довоєнний період та у період війни

Змінні	U Ранг Мана-Уїтні	p	Сила ефекту	Середнє довоєнного періоду	Середнє у період війни
Генералізована тривога	109	0,078	0,234	9,21	11,03
Клінічна тривожність	79	0,001*	0,428	9,68	13,07
Особистісна тривожність	129	0,158	0,183	32,08	36,05
Ситуативна тривожність	114	0,031*	0,279	36,08	39,48

Примітка - * значущість на рівні $p < 0,05$;

Ці результати особливо важливі для розуміння впливу зовнішніх соціальних подій на психологічний стан жінок. Найбільші відмінності простежуються у показнику клінічної тривожності, який значно зріс у період війни. Якщо у мирний час середнє значення становило 9,68 бала, то в умовах війни воно підвищилось до 13,07 бала. Ця різниця має статистичну значущість і помірну силу ефекту, що дозволяє зробити обґрунтований висновок про значне погіршення психофізіологічного стану.

Ситуативна тривожність також виявила зростання у період війни, що підтверджує високу чутливість жінок до актуальних загроз. Попри те, що відмінності у показниках генералізованої та особистісної тривожності не досягли рівня статистичної значущості, їх динаміка вказує на загальну тенденцію до зростання тривожності на всіх рівнях. Ці результати свідчать про

те, що війна стала серйозним психотравмуючим фактором, який вплинув на глибші, структурні характеристики тривожного реагування.

Аналізуючи результати кореляційного аналізу, можна свідчити про те, що між основними складовими тривожності у жінок у період війни виявляються помітні і, в більшості випадків, статистично значущі взаємозв'язки (див. табл. 2.17).

Таблиця 2.17

Кореляційний аналіз складових тривожності у період війни

Змінні	Генералізована тривога	Клінічна тривожність	Особистісна тривожність	Ситуативна тривожність
Генералізована тривога	-	0,330*	0,310*	0,473*
Клінічна тривожність	0,330*	-	0,488*	0,350*
Особистісна тривожність	0,310*	0,488*	-	0,368*
Ситуативна тривожність	0,473*	0,350*	0,368*	-

Примітка - * значущість на рівні $p < 0,05$;

Зокрема, генералізована тривога демонструє значущий позитивний зв'язок із клінічною тривожністю, кореляційний коефіцієнт при цьому становить 0,330, що свідчить про помірну силу взаємозв'язку. Це може свідчити про те, що чим більше загальний фон тривожності зосереджується на постійному передчутті небезпеки, тим вища ймовірність прояву клінічних симптомів тривожних розладів.

Також генералізована тривога виявляє помірний позитивний зв'язок з особистісною тривожністю на рівні 0,310, що дозволяє припустити, що жінки, які загалом схильні до підвищеного рівня тривожності як особистісної риси, частіше демонструють ознаки генералізованої тривоги в умовах стресових ситуацій, зокрема війни. Ще тісніший зв'язок простежується між генералізованою тривоною та ситуативною тривожністю, кореляція між цими

змінними становить 0,473, що є найбільш високим значенням у таблиці. Це може свідчити про те, що генералізована тривога як загальний тривожний фон істотно впливає на ситуативну чутливість до загроз, які виникають у конкретних обставинах війни.

Клінічна тривожність також демонструє значущі позитивні зв'язки з усіма іншими змінними. Зокрема, її взаємозв'язок з особистісною тривожністю становить 0,488, що є другим за величиною показником у таблиці. Така кореляція може свідчити про те, що стійкі особистісні характеристики мають суттєвий вплив на формування клінічних проявів тривоги. Крім цього, зв'язок між клінічною та ситуативною тривожністю становить 0,350, що також свідчить про позитивну асоціацію між вираженістю клінічних симптомів і здатністю особи реагувати тривожно на конкретні загрози.

Особистісна тривожність, крім зазначених зв'язків, демонструє також позитивну кореляцію з ситуативною тривожністю на рівні 0,368. Це свідчить про те, що навіть у ситуаціях, які об'єктивно провокують тривогу, її інтенсивність може частково пояснюватися наявною особистісною схильністю до тривожних реакцій. Таким чином, особистісна тривожність виступає фоном, який підсилює або модулює реакції в конкретних обставинах.

Ситуативна тривожність, як найбільш динамічна складова, виявляє тісні зв'язки з усіма іншими формами тривожності, і особливо з генералізованою тривогою, що дозволяє говорити про її роль як індикатора гострої чутливості до загрозливих факторів, що накладаються як на загальний тривожний стан, так і на клінічні прояви та індивідуально-особистісні характеристики.

Отримані результати підтверджують системний характер тривожності, що проявляється через взаємозалежність її окремих компонентів, і вказують на доцільність комплексного підходу до вивчення й корекції тривожних станів у жінок під час війни.

Висновки до розділу 2

У процесі емпіричного дослідження було виявлено, що більшість українських жінок у період війни демонструють підвищений рівень тривожності, що проявляється як у ситуативних реакціях на зовнішні події, так і на рівні особистісних характеристик. Загальний емоційний стан респонденток характеризується переважанням помірною та високою рівня тривожності, що свідчить про наявність значного психоемоційного напруження. Поширеність клінічно вираженої тривожності дозволяє припустити необхідність психологічної підтримки значної частини жінок, які перебувають під впливом воєнних подій.

Ситуативна тривожність виявилась більш вираженою, ніж особистісна, що є природною реакцією на екстремальні умови. Це вказує на переважаюче значення актуальних зовнішніх загроз у формуванні емоційного стану жінок. Утім, майже половина учасниць також виявила стійку схильність до тривожного реагування, що свідчить про глибоке закорінення цього стану в особистісній структурі.

Порівняння тривожності за віковими категоріями показало, що молодші жінки більш схильні до генералізованої та ситуативної тривожності, тобто частіше переживають загальне відчуття небезпеки та гостро реагують на стресові ситуації. Зрілі жінки, навпаки, демонструють вищі показники особистісної тривожності, що свідчить про тривожність як стабільну рису характеру. Це може бути зумовлено більшим життєвим досвідом, накопиченими емоційними переживаннями та відповідальністю за інших.

Результати порівняння груп жінок із дітьми та без них засвідчили, що наявність дітей є важливим чинником, який впливає на рівень тривожності. Зокрема, жінки з дітьми мають вищу клінічну тривожність, що може пояснюватись турботою про безпеку своїх дітей. Водночас, ситуативна тривожність вища у жінок без дітей, що може свідчити про більшу зосередженість на власному стані та гостріше сприйняття поточних загроз.

Порівняння довоєнного та воєнного періодів засвідчило погіршення емоційного стану жінок. Особливо помітним стало зростання клінічної тривожності, що вказує на посилення симптомів психоемоційного виснаження внаслідок війни. Також простежується збільшення ситуативної тривожності, що є прямою реакцією на небезпеку та невизначеність теперішнього часу. Навіть у випадках, де динаміка не досягла статистичної значущості, вона засвідчує загальну тенденцію до підвищення тривожності на всіх рівнях.

Кореляційний аналіз показав тісні зв'язки між різними формами тривожності. Зокрема, клінічна тривожність суттєво пов'язана з особистісною, а генералізована - із ситуативною, що підтверджує цілісність тривожності як багатокomпонентного феномену, де окремі її прояви взаємопов'язані та підсилюють одне одного. Така взаємозалежність свідчить про необхідність системного підходу до діагностики та психологічної допомоги, що враховує як поточні емоційні реакції, так і глибинні особистісні риси.

РОЗДІЛ 3. ПРИКЛАДНІ ЗАСАДИ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ РОБОТІ З ТРИВОЖНІСТЮ СЕРЕД ЖІНОК ПІД ЧАС ВІЙНИ

3.1. Практичні рекомендації у роботі з тривожними станами

Насамперед необхідно впроваджувати методики когнітивної реструктуризації, які допомагають виявляти, оспорювати та замінювати ірраціональні думки більш реалістичними. Особливу увагу варто приділяти роботі з автоматичними думками, що базуються на очікуванні найгіршого сценарію, оскільки саме катастрофізація виявилася найвираженішим симптомом серед усіх когнітивних складових тривожності. Практика щоденного ведення «щоденника думок», де клієнт фіксує негативні інтерпретації ситуацій та їх альтернативи, може бути ефективним способом формування нових, менш загрозливих способів мислення.

Зниження впевненості у собі, згідно з отриманими результатами, є ще одним ключовим проявом тривожного реагування, що потребує підтримки у формуванні позитивного самосприйняття. У цьому контексті доцільним є застосування технік позитивного самопідкріплення, афірмацій, а також вправ на розвиток самоусвідомлення сильних сторін. Особливо корисною може бути техніка побудови особистісної історії сили, яка активізує досвід подолання минулих труднощів і формує відчуття компетентності. Варто інтегрувати також методи роботи з внутрішнім критиком, який, як правило, активізується у станах хронічного стресу.

Для зниження рівня невизначеності, яка проявляється у тривожних станах як нестійкість у прийнятті рішень і внутрішнє відчуття загубленості, ефективною стратегією буде формування навичок допуску непевності. Зокрема, мова йде про тренування толерантності до невизначеності, що передбачає поступову експозицію до непередбачуваних ситуацій з наступним обговоренням емоційної реакції та альтернативних моделей поведінки. Такі підходи дозволяють поступово знижувати тривожне напруження, пов'язане з неможливістю контролю майбутнього.

Одним із пріоритетних напрямів має стати навчання клієнток навичкам тілесної саморегуляції. Доцільно застосовувати дихальні техніки, зокрема повільне діафрагмальне дихання, яке сприяє зниженню частоти серцевих скорочень і стабілізації автономної нервової системи. Цей метод є особливо ефективним у ситуаціях раптового підвищення тривожності, коли важливо швидко зменшити рівень фізіологічного збудження. Релаксаційні вправи типу прогресивної м'язової релаксації за Джейкобсоном, а також сканування тіла, можуть стати щоденною практикою для жінок, у яких спостерігаються порушення сну, внутрішнє напруження або м'язова скутасть.

Також важливою складовою є нормалізація сну, оскільки в дослідженні показник психофізіологічної дезадаптації, що включає порушення сну, був серед одним із найвищих. Для покращення сну слід рекомендувати встановлення стабільного режиму відпочинку, уникнення стимулюючих факторів перед сном, а також практики вечірньої релаксації. Окремо варто звернути увагу на соматичні симптоми, які можуть супроводжуватися гіпервентиляцією, тахікардією або порушенням апетиту, і в цьому разі застосування методів тілесно-орієнтованої терапії є особливо доцільним. Молодшим жінкам можуть бути рекомендовані динамічні техніки, включно з практиками усвідомленого руху або тілесного заземлення, тоді як для старших - статичні або медитативні формати.

Також у ході емпіричного дослідження встановлено, що серед українських жінок у період війни найбільш вразливими з точки зору тривожного реагування є респондентки з високим рівнем ситуативної тривожності, молоді жінки, а також ті, хто не має дітей або відчуває дефіцит соціальної підтримки. Зокрема, 47,5% учасниць продемонстрували високий рівень ситуативної тривожності, що вказує на надзвичайну чутливість до зовнішніх загроз і труднощів адаптації до змін. У групі молодих жінок віком до 25 років виявлено вищі середні показники генералізованої тривоги ($M=13,14$) та частіше використання неадаптивних копінг-стратегій, зокрема уникнення. Окрім того, у респонденток без дітей значно частіше фіксувалась

підвищена потреба в емоційній підтримці, що свідчить про уразливість у соціальному функціонуванні.

На підставі отриманих результатів доцільно рекомендувати спрямовану психокорекційну роботу з формування здорових копінг-стратегій. Особливу увагу слід приділити розвитку навичок проблемно-орієнтованої поведінки, емоційної саморегуляції та конструктивного звернення по допомогу. Психоедукація має включати інформування про різні види копінгу, їхній вплив на емоційний стан та способи переходу від уникнення до активної стратегії подолання труднощів. У групах, де переважає ситуативна тривожність, доцільним є впровадження практик щоденного самостереження за емоційним станом, ведення щоденника тривоги, а також освоєння технік короткострокового стрес-менеджменту.

У роботі з молодими жінками важливо акцентувати увагу на розвитку впевненості у власних силах та навичках прийняття рішень в умовах невизначеності. Враховуючи, що саме ця група продемонструвала найвищі середні показники за шкалами психосоматичних симптомів і копінгу уникнення, важливо впроваджувати програму особистісного зростання, яка містить тренування емоційного інтелекту, навички вирішення конфліктів і подолання страху помилок.

Комплексна підтримка вразливих категорій жінок у кризовий період повинна поєднувати індивідуальні й групові втручання, включати когнітивно-поведінкові підходи, навчання адаптивним стратегіям подолання труднощів, а також забезпечення сталих каналів соціальної взаємодії.

3.2. Розробка програми тренінгу по роботі з тривожними станами

Відповідно до теоретико-методологічного аналізу джерел інформації було створено тренінгову програму для підвищення ефективності регуляції тривожних станів.

Мета програми: розвиток комунікативного інтелекту та формування у дорослих учасників групи навиків емпатії, рефлексії та позитивного сприйняття себе та оточуючих. Завдання програми:

- Сформувати уявлення про комунікацію;
- Розвинути навички емпатії, взаємодії;
- Допомогти здобути навички саморефлексії;
- Навчити ефективним стратегіям саморегуляції.

Цільова група: психокорекційна програма розрахована на дорослих людей віком від 18 років. Форма занять: програма проводиться в груповій формі. Рекомендована тривалість занять - від 3 - х годин раз на тиждень.

Етапи проведення занять:

- 1 Етап - «Знайомство»;
- 2 Етап - «Діагностичний»;
- 3 Етап - «Корекційний»;
- 4 Етап - «Контрольний»;

Очікуваний результат - програма дозволяє учасникам: сформувати уявлення про важливість саморегуляції тривожних станів, сформувати навички міжособистісної взаємодії, підвищити рівень емпатії, довіри. Розроблений тренінг складається з 5 блоків. Зміст вступного блоку відображений на таблиці (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Компоненти вступного блоку тренінгу

Компоненти	Назва вправи	Мета вправи
Знайомство та формування мотивації участі в тренінговій програмі	Вступне слово	Формування в учасників усвідомлення змісту та цілей тренінгу, активізація мотиваційно-вольового компоненту
	Обговорення правил роботи	Забезпечення комфортних умов перебування в групі
	Представлення тренера	Знайомство з тренером, формування мотивації до роботи
Формування довіри та згуртованості	«Зоровий контакт»	Формування довіри між учасниками тренінгу

I. Знайомство

Будь-яке спілкування починається із знайомства. Наш тренінг не є виключенням. Назвати людину по імені вважається великою повагою. Зараз кожен із запропонованих карток, на яких зображені квіти, вибере ту, яка найбільше його характеризує. Потім назве своє ім'я та розповість про спільні якості свої та квітки.

Примітка. Також для вправи на знайомство можна запропонувати інші зображення або предмети, які несуть нейтральний зміст: зображення чи іграшки у вигляді тварин, фото природних явищ або їжі тощо. Орієнтовний час виконання: 5 хвилин на особу.

II. Прийняття правил роботи групи

Для того, щоб робота у групі була більш продуктивною, необхідно прийняти такі правила:

- Бути тут і тепер.
- Бути відвертим.
- Бути активним.
- Говорити від себе.
- Не критикувати.

Примітка. Також сюди можна включити побажання учасників щодо правил, щоб вони також відчували свою роль в ньому. Орієнтовний час виконання: 10-15 хвилин.

III. Очікування від тренінгу

По колу передається символічний предмет (іграшка). Учасник, отримавши її, висловлює свої очікування від тренінгу.

Примітка. Для зручності тренер або учасник пише на фліп-чарті озвучені очікування. Орієнтовний час виконання: 5 хвилин на особу.

Вправа «Зоровий контакт»

Ціль вправи: Налагодження контакту між учасниками тренінгу.

Задачі: Формування довіри між учасниками тренінгу

Виконання: Знайдіть собі нову пару. Сядьте близько один навпроти одного. Протягом 3-х хвилин Ви маєте бути разом, але не повинні озиватись один до одного. Спробуйте втримати зоровий контакт. Це може викликати зорове напруження або бажання сміятися. У такому випадку зробіть декілька глибоких вдихів і видихів. Намагайтеся фіксувати у свідомості все, що з вами відбуватиметься: думки, уявлення, спогади, почуття.

Обговорення. Для чого, на Вашу думку, ми робимо цю вправу?

- Що Ви відчували?
- Які були труднощі?
- Що було найцікавішим, найважливішим?
- Якого досвіду Ви набули під час цієї вправи?

Представимо зміст блоку розвитку рефлексії (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Методи розвитку рефлексії

Компоненти	Вправи	Мета вправи
Усвідомлення свого тілесного я	Вправа «Автопортрет»	Усвідомлення власної тілесності, особливостей свого тіла
Усвідомлення своїх інтелектуальних операцій	Рефлексія по колу Передавання руху по колу	Розвиток уміння аналізувати інтенсивність пізнавальних процесів інших людей
Усвідомлення свого ціннісного «Я»	Вправа «Три імені»	Розвиток усвідомлення ціннісного ставлення до себе
Усвідомлення своїх установок	Вправа: «Дослідження власних установок»	Розуміння, як вони впливають на поведінку та адаптацію в різних ситуаціях
Навчити учасників розпізнавати неефективні установки	Вправа: «Суд над установками»	Спростовування неефективних установок

Вправа «Автопортрет»

Ціль: Усвідомлення власної тілесності, особливостей свого тіла.

Виконання: тренер просить намалювати кожного з учасників свій портрет реалістичний, символічний чи гумористичний. Далі на фліп-чаті прикріплює їх. Далі кожен по черзі аналізує своє бачення малюнка: почуття, настрої, емоції. Далі учасники вгадують кому належить той чи інший портрет.

Вправа «Передавання руху по колу»

Мета:

- вдосконалення навичок координації та взаємодії на психомоторному рівні;
- розвиток уяви та емпатії.

Виконання: Всі учасники тренінгу сідають по колу. Один з учасників групи починає дію з уявним предметом так, щоб цю дію можна було продовжити. Сусід цього учасника по колу повторює його дії та продовжує їх. У такий спосіб уявний предмет «обходить» коло учасників і повертається до першого гравця. Той називає предмет, який він передавав. Кожен з учасників також називає, у свою чергу, який предмет передавав саме він. Після обговорення вправу повторюють ще раз.

Вправа «Три імені»

Ціль: розвиток саморефлексії, формування установки на самопізнання.

Виконання: Кожному учаснику видається по три картки. На них слід написати три варіанти свого імені. Наприклад, як називають родичі, товариші по службі, близькі друзі. Далі кожен член групи представляється, використовуючи ці імена та описуючи ту сторону свого характеру, яка відповідає цьому імені. Або яка послужила причиною виникнення цього імені.

Вправа «Дослідження власних установок»

Мета: допомогти учасникам усвідомити свої установки, зрозуміти, як вони впливають на поведінку та адаптацію в різних ситуаціях.

Хід вправи: ведучий пояснює, що наші думки та переконання формують наші реакції та рішення. Завдання цієї вправи - дослідити свої установки, які можуть як допомагати, так і обмежувати нас.

Кожен учасник отримує картку із запитаннями (або обирає випадкову з конверта).

Приклади запитань:

- Що я думаю про себе, коли у мене щось не виходить?
- Що я роблю, коли відчуваю, наче все з рук валиться?
- Як я реагую, якщо мені здається, що мене критикують?
- Які думки найчастіше заважають мені бути впевненою в собі?

Учасники швидко та чесно записують свої відповіді, не надто роздумуючи. Після чого підбивають підсумки аналізу власних відповідей і записують установку, яка найчастіше проявляється в стресових умовах.

Обговорення в парах/групах: учасники обмінюються своїми відповідями та аналізують, які установки стоять за їхніми реакціями. Інші учасники допомагають помітити приховані переконання, які можуть обмежувати чи підтримувати їх у житті.

Фінальне обговорення: ведучий підсумовує: «Наші переконання впливають на те, як ми діємо і сприймаємо світ. Якщо якісь установки нас обмежують, важливо навчитися їх змінювати, замінюючи на більш конструктивні й підтримувальні».

Очікуваний результат: учасники отримують усвідомлення своїх установок, розуміють, які з них допомагають, а які заважають, і роблять перший крок до їх зміни.

Вправа «Суд над установками»

Мета: навчити учасників розпізнавати неефективні установки, які є причиною стресу, та аргументовано їх спростовувати.

Ролі:

- «Підсудний» - установка, яку обирають самі учасники.
- «Адвокат» - учасник, який доводить, що установка неправильна та має бути змінена.
- «Суддя» - ведучий, який ухвалює фінальне рішення та дає зворотний зв'язок.

Хід вправи: Учасники працюють у парах. Кожен записує одну обмежувальну думку, яка, на його думку, стає причиною стресу та тривоги, яка була виявлена в ході виконання попередньої вправи. Ця установка стає «підсудним».

Судовий процес: один учасник - «підсудний» - зачитує свою установку, ніби це правда, інший - «адвокат» - має довести, що ця думка помилкова. Він аргументує, чому установка несправедлива, та пропонує альтернативний погляд. Ведучий - «суддя» - слухає аргументи та приймає рішення: якщо аргументи переконливі, суддя «засуджує» установку та пропонує її переписати в позитивному ключі. Якщо адвокату не вдається повністю спростувати установку, суддя просить аудиторію допомогти.

Апеляція: після кількох раундів учасники обговорюють:

- Чи легко було захищати установку або спростовувати її?
- Чи змінився їхній погляд на власні установки?
- Як можна застосовувати цей метод у повсякденному житті?

Фінальний висновок: «Не всі наші думки є істиною. Ми можемо навчитися ставити їх під сумнів і змінювати на ті, що допомагають нам рухатися вперед».

Представимо зміст блоку розвитку емпатії (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Методи розвитку емпатії

Аспекти навичків взаємодії з іншими	Вправи	Мета вправи
Вміти розрізняти свої емоції	Вправа «Колір настрою»	Визначити емоційний стан учасників
Розвиток позитивних знань, уявлень та установок про себе та інших	Вирішення проблемних ситуацій	Усвідомлення стратегій пошуку рішення

Вправа «Колір настрою»

Мета: визначити емоційний стан учасників, створити комфортну атмосферу для спілкування та налаштувати на продуктивну роботу.

Хід вправи: ведучий звертається до учасників: «Перед тим як розпочати нашу роботу, давайте дізнаємось, з яким настроєм ви прийшли сьогодні. Уявіть, що ваш настрій має колір. Який він сьогодні? Поділіться з нами своїм кольором і коротко поясніть, чому ви його обрали». Після чого кожен по черзі називає свій «колір настрою» та пояснює, чому саме цей колір відображає його стан. Ведучий підтримує учасників, за потреби задає уточнювальні запитання (наприклад: «Що саме у тебе асоціюється з цим кольором?» або «Що могло б змінити твій настрій?»). Очікуваний результат: учасники усвідомлюють свій емоційний стан, налаштовуються на тренінг та відчувають підтримку групи.

Вправа «Вирішення проблемних ситуацій»

Мета: Усвідомлення стратегій пошуку рішення в різних ситуаціях.

Особливості проведення: тут все залежить від соціологічного портрету групи, професійної приналежності її учасників. Наприклад, якщо в групі є багато ріелторів, то краще не моделювати ситуацію з їх професійної сфери. Адже увагу будуть звертати на технічні деталі, ніж на нюанси взаємовідносин.

Хід вправи: учасникам пропонують уявити ситуацію, яка викликає у них тривожність. В процесі її виконання акцент робиться на емоціях учасників, а також на варіантах як реагувати на гіпотетичну ситуацію.

Очікуваний результат: Учасники розширюють варіанти вирішення ситуацій, які провокують стрес та тривогу.

Представимо зміст блоку розвитку навичок взаємодії:

Таблиця 3.4

Методи розвитку навичок взаємодії з іншими

Аспекти навичок взаємодії з іншими	Вправи	Мета вправи
Комунікативний	Вправа «Тотальне так»	Формування вміння пошуку варіантів згоди зі співбесідником
Командний та робота з неусвідомленими сценаріями поведінки	Вправа «Швидка мозаїка»	Показати, як єднання та підтримка в команді можуть привести до спільного успіху

Вправа «Тотальне так»

Мета: Позбавитися від прямого «Ні» у відповідях, фразах.

Виконання: Відстежуйте протягом дня фрази, які починаються з «Ні» або з будь-якої іншої категоричної фрази. Якщо помічаєте, що ось-ось скажете таку фразу, зупиніть себе та переформулюйте її в більш позитивну форму.

Протягом дня нагадуйте собі шукати в словах співрозмовників те, з чим ви можете погодитися. Починайте відповідь з того, що ви погоджуєтесь. А вже потім додавайте те, в чому Ви не згодні.

Статистика:

Скільки було «Ні-Ок» за день

Скільки разів за день знайшли, з чим погодитись та погодилися?

Вправа «Швидка мозаїка»

Мета: Показати, як єднання та підтримка в команді можуть привести до спільного успіху, додаючи елемент азарту та обмеження в часі.

Матеріали:

- Кольоровий папір або картон (різних кольорів)
- Ножиці
- Клей або скотч
- Таймер
- Музика (для створення атмосфери)

Хід виконання: кожній команді надається набір журналів різної тематики. Завдання: кожна команда отримує 10 хвилин на створення колективної «мозаїки» або «колажу», який представляє єднання та підтримку. Протягом цих 10 хвилин команди повинні працювати швидко, вирізаючи кольорові фігури, фото, малюючи елементи та пишучи слова, що символізують подолання тривоги. Для підвищення азарту, можна включити музику, яка грає на фоні: коли музика зупиняється, команди повинні зупинити свою роботу. Також під час процесу буде присутній «елемент випадковості», коли ведучий надаватиме кожній команді «сюрпризні» матеріали, які вони

повинні використати у своїй мозаїці (наприклад, кольоровий папір чи декоративні елементи).

Презентація: після закінчення часу команди представляють свої мозаїки (по 2-3 хвилини на презентацію). Вони повинні пояснити, які елементи символізують подолання тривоги.

Обговорення:

- Які труднощі виникли під час роботи під час обмеженого часу?
- Як ви підтримували один одного, коли часу було обмаль?
- Які емоції ви відчували під час створення колажу в такому швидкому темпі?
- Як це досвід вплинув на ваше розуміння командної роботи та співпраці?
- Що ви створили?
- Що означає цей елемент?

В режимі обмеженого часу при виконанні проєктивної методики часто проявляються неусвідомлені установки, процеси, які матеріалізуються через творчий продукт, на що тренеру варто звертати окрему увагу.

Презентуємо вправи з підсумкового блоку:

Таблиця 3.5

Підсумковий блок тренінгу

Вправи	Мета
«Послання від долі»	Усвідомлення та переосмислення нового досвіду, отриманому в процесі тренінгу
«Телеграма»	Надання зворотнього зв'язку для тренера
Рефлексія	Аналіз отриманого досвіду, обмін відчуттями

Вправа «Послання від долі»

Мета: завершити тренінг на позитивній ноті, допомогти учасникам отримати натхнення та закріпити ідею, що зміна установок починається з їхнього усвідомлення та переосмислення.

Хід вправи: Ведучий готує коробку з папірцями, на яких написані цитати відомих людей про силу думок, віру в себе та можливості змін. Кожен учасник по черзі витягує папірець із коробки. Ведучий каже: «Ця цитата - ваш особистий подарунок, підбадьорююча настанова та, можливо, навіть знак долі. Подумайте, як вона може стосуватися вашого життя». Ті, хто бажає, можуть зачитати свою цитату вголос і поділитися своїми думками.

Обговорення:

- Як ця цитата перегукується з вашим досвідом?
- Чи є в ній підказка для їхнього майбутнього?

Фінальний висновок: ведучий підсумовує: «Наші думки формують нашу реальність. Важливо не просто помічати свої установки, а й свідомо обирати ті, що допомагають нам зростати та рухатися вперед. Нехай ці слова стануть для вас підтримкою на цьому шляху»

Вправа «Телеграма»

Виконання: Постір для дій має бути досить великим, щоб учасники, об'єднавшись в групи, могли бути на деякій відстані один від одного. Кожній групі знадобиться папір та ручка. Слід попросити гравців об'єднатися на підгрупи по три людини та обрати «секретаря», який буде записувати потрібну інформацію. Члени кожної підгрупи представляються один одному по іменах і прізвищах.

Обраний «секретар» записує початкові букви усіх імен та прізвищ. Кожна буква - це початок слова. З усіх слів треба скласти телеграфне повідомлення. Члени підгрупи придумують текст та вирішують, хто має бути його адресатом. Припустимо, ініціали членів підгрупи виглядають так: Л. Б., У. Н., В. О., П. Н., З. Н., І. П. Тоді телеграма може бути наступною; «Улюблений брат, у нас все відмінно. Постарайся нічого тут не зіпсувати, будь ласка». На усю роботу відводиться 20 хвилин.

Потім усі підгрупи збираються разом. Члени кожної команди називають свої імена та читають телеграму, яка вийшла. Тему телеграми можна

корегувати відповідно до ноти, на якій тренер завершає тренінгове заняття з групою.

Вправа «Рефлексія»

Кожен учасник ділиться, що нового дізнався про себе в ході тренінгу, ділиться своїми відчуттями. Учасники групи обговорюють, що, на їхню думку, кожному з них допомагає в спілкуванні, а що - заважає. Називають тільки ті якості, які проявилися під час роботи в групі.

Не слід називати такі якості, які не можна змінити (природні, фізіологічні тощо). Підбиття підсумків і є тим надбанням, який кожен з учасників тренінгу забирає з собою.

Приблизний час виконання: 5 - 7 хвилин на учасника.

Висновки до розділу 3

У межах третього розділу було розроблено та представлено практичні підходи до психологічної допомоги українським жінкам, які переживають тривожні стани в умовах воєнної загрози. На основі результатів емпіричного дослідження були сформульовані конкретні рекомендації, що враховують домінуючі симптоми тривожності, виявлені у вибірці, серед яких особливо вираженими стали катастрофізація, зниження впевненості у собі, вегетативні симптоми, а також високий рівень ситуативної тривожності.

Окрему увагу було зосереджено на корекції когнітивних викривлень. Відповідно до отриманих результатів, доцільною є робота з катастрофічними думками, негативним самосприйняттям і внутрішньою невизначеністю. Запропоновано техніки когнітивної реструктуризації, щоденники автоматичних думок, афірмації, побудову особистісної історії сили, а також експозиційні вправи для тренування толерантності до невизначеності. Ці інтервенції дозволяють поступово трансформувати негативне мислення, яке поглиблює тривожність, і формувати більш адаптивні способи сприйняття себе й оточення.

У фокус практичної уваги також потрапили психофізіологічні прояви тривожності. Було запропоновано цілеспрямоване використання методик тілесної саморегуляції, зокрема діафрагмального дихання, прогресивної м'язової релаксації, сканування тіла та вечірньої релаксації як щоденних практик. Рекомендовано враховувати вік жінок під час підбору технік, оскільки молодші респондентки демонстрували вищі показники соматичних симптомів. Таким чином, тілесно-орієнтовані вправи спрямовані на зниження соматичного напруження, нормалізацію сну та стабілізацію загального емоційного стану.

З огляду на емпіричні дані, які свідчать про особливу вразливість жінок без дітей, молодих респонденток та осіб з високою ситуативною тривожністю, були розроблені рекомендації щодо формування здорових копінг-стратегій. Зокрема, акцент зроблено на розвитку емоційної саморегуляції, переході від уникнення до активної взаємодії, створенні підтримуючих соціальних мереж. У практичній роботі рекомендовано використовувати інструменти психоедукації, групову підтримку та тренування навичок ефективного реагування на стресові ситуації.

У другому підрозділі розділу запропоновано авторську програму тренінгу для роботи з тривожними станами. Програма має чітку структуру, складається з п'яти блоків і реалізується у груповому форматі. У межах кожного блоку реалізуються цілісні психокорекційні завдання: розвиток рефлексії, емпатії, навичок комунікації, усвідомлення тілесних реакцій, переосмислення негативних установок. Через вправи на пізнання себе, роботу з установками та розвиток емоційної обізнаності тренінг спрямований на формування внутрішніх ресурсів та покращення адаптації до воєнної реальності.

ВИСНОВКИ

У ході теоретичного аналізу та емпіричного дослідження вийшло досягти наступних висновків:

1. На основі вивчених джерел підтверджено, що у клініко-психологічному дискурсі тривожність розглядається як симптом або самостійна патологія, що включена до діагностичних класифікацій DSM-5 і ICD-11. Окрему увагу в цьому підході приділено розмежуванню тривожних розладів і їх біопсихосоціальної етіології. У вітчизняній психології тривожність розуміється як стійка властивість особистості, що проявляється через емоційне напруження, дезадаптацію та негативні реакції на невизначеність, зокрема в умовах соціальних і військових криз.

Проаналізовано, що в когнітивно-поведінковій парадигмі тривожність пояснюється через дисфункціональні когніції, автоматичні негативні думки, катастрофізацію та унікальну поведінку. Доведено ефективність психокорекційних втручань, зокрема технік когнітивної реструктуризації, у зниженні симптомів тривожності. Визначено, що трансдіагностичні виміри тривоги, на відміну від суто категоріальних моделей, дозволяють глибше аналізувати динаміку емоційних станів і побудову терапевтичного плану. Також встановлено зв'язок між частотою негативних автоматичних думок та рівнем тривожності, що є ключовим у формуванні неадаптивних схем реагування.

В межах екзистенційно-гуманістичного підходу тривожність виявляється як реакція на фундаментальні питання буття, зокрема страх смерті, втрату сенсу, ізоляцію та свободу вибору. Підкреслено, що в умовах війни цей підхід дає змогу як глибинну екзистенційну реакцію, що відкриває простір для пошуку смислів. Зокрема, логотерапія й терапія, орієнтована на сенс, виявили ефективність у роботі з жінками, які пережили втрати, хвороби або опинилися в умовах безвиході.

Біопсихосоціальна модель підтверджує необхідність урахування біологічних факторів (нейромедіаторні порушення, гормональні зміни), психологічних характеристик (негативні установки, низька самооцінка, емоційна лабільність) та соціального контексту (ізоляція, безробіття, насильство) для розуміння розвитку тривожності. Дослідження засвідчили, що саме сукупність цих чинників, а не один окремо, визначає рівень уразливості до тривожних станів, особливо в умовах війни. Підтверджено значення хронічного стресу, втрати безпеки та соціальної підтримки як ключових предикторів ескалації тривожності.

Також у межах теоретичного аналізу особливу увагу приділено дослідженню жіночої вразливості до тривожності. Виявлено, що гормональні коливання, особливості нейрохімічної регуляції та соціально-культурні ролі створюють специфічний фон для формування тривожних проявів у жінок. Установлено, що жіноча стать є предиктором підвищеної тривожності за наявності стресогенних факторів, таких як війна, переселення чи інформаційна дестабілізація. Жінки частіше виявляють емоційно-орієнтовані стратегії подолання, мають вищу емпатію, але також демонструють більшу схильність до румінацій та самозвинувачення. Визначено чотири основні досліджувані форми тривожності: особистісна (STAI), ситуативна (STAI), генералізована (GAD-7) та клінічна (BAI) - які тісно пов'язані з копінг-стратегіями, емоційною чутливістю та самооцінкою.

2. У процесі емпіричного дослідження було отримано результати, які дали змогу надати відповіді на частину поставлених завдань, зокрема щодо вікових особливостей тривожності, впливу наявності дітей на її прояви, а також змін у рівнях тривожності до та під час війни. Аналіз вікових відмінностей у проявах тривожності серед українських жінок у період війни дозволив встановити, що вік є чинником, який суттєво впливає на характер емоційного реагування. Молодші жінки виявили вищий рівень генералізованої та ситуативної тривоги, що свідчить про їхню підвищену емоційну вразливість до актуальних загроз. У той час як генералізована тривога свідчила про глибше

відчуття постійної небезпеки, ситуативна - про більш емоційну реакцію на безпосередні події. Зрілі жінки, у свою чергу, мали вищі показники особистісної тривожності, що вказує на стабільну внутрішню схильність до тривожного сприйняття незалежно від ситуаційного контексту. Результати свідчать про різні механізми переживання тривожності в різні вікові періоди, де молодші жінки більш чутливі до зовнішніх змін, а зрілі схильні до більш глибинного, стійкого тривожного фону.

3. Порівняння рівнів тривожності у жінок з дітьми та без дітей виявило, що хоча загальні показники суттєво не відрізняються, наявність дітей модифікує характер тривожного реагування. Жінки з дітьми частіше застосовують стратегії уникнення, що може бути зумовлено прагненням зберегти емоційну рівновагу в інтересах дитини. Водночас у жінок без дітей фіксується вища потреба в емоційній підтримці та підвищені показники ситуативної тривожності, що свідчить про більшу емоційну відкритість і меншу стабільність у регуляції тривожних станів. У цій групі також фіксується нижчий рівень клінічної тривожності, що може вказувати на переважно емоційно-регулятивний, а не психофізіологічний характер переживань.

4. Динамічне порівняння рівнів тривожності до початку повномасштабної війни та в її активній фазі дозволило виявити суттєве погіршення емоційного стану жінок. Особливо виражене зростання спостерігається за показником клінічної тривожності, що вказує на поглиблення психосоматичних симптомів та порушень функціонального стану. Ситуативна тривожність також значно зросла, що підтверджує високу чутливість до актуальних загроз і впливу зовнішніх факторів на емоційну сферу. Незважаючи на те, що відмінності в генералізованій та особистісній тривожності не є статистично значущими, спостерігається загальна тенденція до їх підвищення, що вказує на посилення хронічного тривожного фону.

Результати кореляційного аналізу виявили тісні взаємозв'язки між усіма формами тривожності. Найсильніший зв'язок зафіксовано між клінічною тривожністю та особистісною тривожністю, що свідчить про домінуючий

вплив індивідуальних особистісних особливостей на загальний рівень тривожного стану. Водночас суттєві кореляції з ситуативною тривожністю підкреслюють роль поточних загроз у формуванні емоційної напруги. Генералізована тривога також демонструє значущі зв'язки з іншими змінними, що свідчить про її роль як фонові, стійкої компоненти тривожного стану. Отримані дані дозволяють стверджувати, що тривожність у жінок у період війни є багатовимірним явищем, у якому взаємодіють як стабільні особистісні риси, так і реактивні ситуаційні чинники.

5. На основі отриманих емпіричних результатів було сформовано низку практичних рекомендацій, спрямованих на зниження рівня тривожності серед жінок у період війни з урахуванням виявлених вікових, соціальних та індивідуально-психологічних особливостей. Основний акцент зроблено на розвиток адаптивних стратегій емоційної саморегуляції, підвищення рівня психологічної стійкості та формування навичок конструктивного подолання стресу. Зокрема, рекомендовано впровадження когнітивно-поведінкових технік, таких як виявлення і трансформація автоматичних негативних думок, робота зі схемами катастрофізації та дихотомічного мислення, а також формування навичок розпізнавання емоцій та регулювання тілесної напруги.

Жінкам молодшого віку рекомендовано психоедукацію з акцентом на розуміння механізмів тривожності, а також розвиток альтернативних копінг-стратегій, які можуть замінити неадаптивне уникнення. Жінкам, які мають дітей, варто пропонувати техніки зниження емоційного перенавантаження, зокрема релаксаційні практики, майндфулнес і ведення щоденника емоцій, що сприяють стабілізації внутрішнього стану та зменшенню потреби у психологічній дезактивації через уникнення. Для жінок без дітей рекомендовано забезпечити емоційну підтримку через розширення соціальних контактів, створення груп взаємодопомоги або участь у терапевтичних групах, що можуть компенсувати нестачу внутрішніх ресурсів саморегуляції.

Водночас на основі результатів дослідження було розроблено авторську психопрофілактичну програму зниження тривожності, яка передбачає п'ять

основних модулів. Перший модуль присвячено психоедукації, де учасниці отримують знання про природу тривожності, її фізіологічні та когнітивні компоненти. Другий модуль включає вправи на підвищення усвідомленості та тілесної чутливості, що дає змогу краще розпізнавати ранні сигнали тривожності. Третій модуль присвячено когнітивному реструктуруванню, в межах якого проводиться робота з негативними автоматичними думками та формуються більш адаптивні переконання. Четвертий модуль зосереджено на тренуванні навичок емоційної саморегуляції, зокрема дихальних технік, технік візуалізації та методів емоційної декомпресії. Завершальний, п'ятий модуль спрямований на розвиток життєстійкості, формування підтримувальних зв'язків та активізацію ресурсів особистості.

Запропонована програма враховує індивідуальні відмінності за віком та соціальним статусом, а її впровадження може слугувати дієвим інструментом для профілактики хронізації тривожності у майбутньому. Подальші дослідження доцільно спрямувати на апробацію ефективності цієї програми в різних соціально-демографічних групах жінок, а також на уточнення психотерапевтичних підходів, які найкраще відповідають структурі їхньої тривожності в умовах військових загроз.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Д. Тривожність особистості в умовах війни: теоретичний аналіз. Вісник ХНПУ імені ГС Сковороди» Психологія». 2025. Т. 72. С. 8-21.
2. Алексіна, Н., Герасименко, О., Лавриненко Д., Савченко О. Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану. Insight: the psychological dimensions of society. 2024. Т. 11. С. 77-103.
3. Білецька А. К. Особливості прояву ревнощів у осіб, що знаходяться в стосунках : кваліфікаційна робота бакалавра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник М. С. Хрустальова. Запоріжжя : ЗНУ, 2024. 54 с.
4. Бобрицька Є. С. Особливості прояву тривожності у вимушено переміщених осіб в ситуаціях невизначеності : кваліфікаційна робота бакалавра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник Л. В. Спіцина. Запоріжжя : ЗНУ, 2024. 57 с.
5. Вертепна А. О. Гендерні особливості прояву тривожності в умовах тривалого стресу : кваліфікаційна робота бакалавра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник Ю. М. Чемодурова. Запоріжжя : ЗНУ, 2024. 47 с.
6. Глазун С. О. Особливості тривожності осіб юнацького віку з різними рівнями самооцінки : робота на здобуття кваліфікаційного ступеня бакалавра : спец. 053 - психологія / наук. кер. П. І. Сахно. Суми : Сумський державний університет, 2024. 71 с.
7. Дробот О. Особистісна тривожність в юнацькому віці: специфіка гендерних проявів. Вчені записки ТНУ імені ВІ Вернадського. 2022. Т. 33 : Серія: Психологія. С. 59-64.
8. Ємець О. Психологічні особливості проявів тривожності у здобувачів вищої освіти. Collection of scientific papers «scientia». 2024. С. 277-279.

9. Заєць С. Особливості переживання тривожності дорослими в період війни. Актуальні проблеми психічного здоров'я: матеріали конференції. Житомир: ЖДУ імені Івана Франка. 2023. С. 33-37.
10. Матюх Л. В. Соціально-психологічні основи корекції тривожності у жінок та шляхи їх подолання засобами когнітивно- поведінкової терапії : кваліфікаційна робота магістра : 053 Психологія / Л. В. Матюх ; Хмельниц. нац. ун-т. - Хмельницький, 2024. - 69 с.
11. Міхеєва Л., Кулешова О. Гендерні особливості прояву тривожності в студентів-першокурсників в умовах війни. Psychology Travelogs. 2023. Т. 3. С. 28-39.
12. Морозова В. С. Психологічні особливості та прояви тривожних станів молоді під час війни: Кваліфікаційна робота здобувача освітнього ступеня бакалавр спеціальності 053 Психологія. Освітня програма: Психологія/Кер. : докт. псих. н., проф. Макарчук Н. А. - Ізмаїл, 2024. - 60 с.
13. Мудревська К.С. Психологічні особливості прояву емоційно-чуттєвої сфери осіб дорослого віку. - Дипломна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра спеціальності «Психологія». - Національний авіаційний університет. - Київ, 2022. - 40 с.
14. Нагас Н. Особливості прояву депресивних станів особистості під час повномасштабного вторгнення: кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «бакалавр» здобувача вищої освіти денної форми навчання за спеціальністю 053 «Психологія» / Лілія Нагас. - Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2024. - 49 с.
15. Пальок І. Проблема соціальної тривожності підлітків в умовах війни. Конференції з дитячої та юнацької психотерапії української спілки психотерапевтів «нашого цвіту по всьому світу-скарби української нації». 2023. С. 53-59.
16. Пелешенко О., Іванова К. Вплив особистісної тривожності на процес адаптації у зв'язку з запровадженням дистанційного навчання під час

- пандемії covid-19. Становлення особистості професіонала у постковідному просторі. 2022. С. 113-117.
17. Радчишина Л. В. Психологічні особливості та чинники тривожності особистості підлітка в умовах війни : робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра : спец. 053 Психологія / наук. кер. Л. І. Магдисюк ; Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк, 2024. 102 с.
 18. Разінкіна Ю. С. Психологічні особливості тривожності у студентів в умовах воєнного конфлікту : Кваліфікаційна робота здобувача освітнього ступеня магістр спеціальності 053 Психологія. Освітньої програми : Психологія / Кер. : канд. псих. н., доц. Мазоха І. С. - Ізмаїл, 2024. - 79 с.
 19. Романець Н. О. Вплив тривожності на харчову поведінку студентів : робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра : спец. 053 Психологія / наук. кер. Г.А. Козак ; Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк, 2024. 86 с.
 20. Романова Н. Особливості проявів тривожності у дітей старшого дошкільного віку в ситуації війни / Національний університет «Києво-Могилянська академія». Київ, 2023. 88 с.
 21. Сінько А. В. Вплив тривожності на життєдіяльність молоді в умовах воєнного стану. - Дипломна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра спеціальності «Психологія». - Національний авіаційний університет. - Київ, 2024. - 55 с.
 22. Собур А. В. Бібліотерапія як метод зниження тривожності сучасної української молоді : кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник Н. О. Мосол. Запоріжжя : ЗНУ, 2025. 87 с.
 23. Солодовник Г. О. Психологічні особливості прояву тривожності у студентської молоді : кваліфікаційна робота магістра : 053 Психологія / Г. О. Солодовник ; Хмельниц. нац. ун-т. - Хмельницький, 2024. - 106 с.
 24. Стуліка О., Неделько П. Особливості переживання страху та тривожності в юнацькому віці. Молодий вчений. 2022. Т. 11. С. 18-22.

25. Тертична Н. А., Мельник К.С. Тривожність як механізм дезадаптації молоді під час війни. The 9th International scientific and practical conference “Scientists and existing problems of human development” (November 14-17, 2023) Zagreb, Croatia. International Science Group. 2023. С.340-343
26. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. Шкала тривоги Бека (адаптована версія). УІКПТ. URL: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Шкала-Тривоги-Бека.pdf> (дата звернення: 06.05.2025).
27. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. Шкала тривожності Спілбергера (STAI) (адаптована версія). УІКПТ. 2018. URL: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2018/05/Шкала-Спілбергера-STAI.pdf> (дата звернення: 06.05.2025)
28. Федорчук В., Венгерська В. Вивчення чинників тривожності в дітей молодшого шкільного віку. Навчально-реабілітаційний заклад вищої освіти «Кам’янець-Подільський державний інститут». 2024. Т. 10. С. 90.
29. Фомін А. О. Гендерні особливості тривожно-депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів : кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр» : спец. 053 «Психологія» / А. О. Фомін ; ЧНУ ім. Петра Могили. - Миколаїв, 2024. - 117 с.
30. Шалатонова Ю. Р. Ситуаційна дисфорія в осіб юнацького віку з різними формами агресивної поведінки : робота на здобуття кваліфікаційного ступеня бакалавра : спец. 053 - психологія / наук. кер. Т. В. Іванова. Суми : Сумський державний університет, 2024. 91 с.
31. Шапаренко З. В. Психологічні особливості впливу темпераменту на рівень прояву тривожності в підлітковому віці : кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник Л. С. Іванова. Запоріжжя : ЗНУ, 2025. 70 с.
32. Янчук Т., Зелінська Я. Психологічні чинники розвитку тривожності під час війни та її наслідки. Студентської науково-практичної онлайн-конференції

- молодих науковців «Актуальні проблеми психології у часі відстоювання незалежності України та в повоєнний період». 2023. Т. 10. С. 96-98.
33. Ahmed, D., Mesbah, S., Azzawi M., Heun R. Trauma and mental health problems among Iraqi IDPs following the 2014 ISIS Invasion: a systematic review. *Medicine, conflict, and survival*. 2024. С. 1-22.
 34. Andersen, E., Klusmann, H., Bücklein, E., Swales D., Lozza-Fiacco S. Biobehavioral etiology and treatment of reproductive mood disorders across the female reproductive lifespan. *Psychoneuroendocrinology*. 2024. С. 160.
 35. Ara J. The Efficacy of Cognitive Behavioral Intervention to Reduce Symptoms of Anxiety Disorder with an Adult in Bangladesh: A Clinical Case study. *Psychology and Behavioral Science International Journal*. 2020. Т. 15. С. 1-7.
 36. Arnetz, B., Sudan, S., Arnetz, J., Yamin, J., Lumley, M., Beck, J., Stemmer, P., Burghardt, P., Counts S., Jamil H. Dysfunctional neuroplasticity in newly arrived Middle Eastern refugees in the U.S.: Association with environmental exposures and mental health symptoms. *PLoS ONE*. 2020. Т. 15. С. 1-10.
 37. Arora, S., Arora, S., Kumar, D., Agrawal, V., Gupta V., Vasdev D. Examining the Mental Health Impact of Misinformation on Social Media Using a Hybrid Transformer-Based Approach. *Jindal Global Business School*. 2025. С. 1-20.
 38. Batram-Zantvoort, S., Wandschneider, L., Niehues, V., Razum O., Miani C. Maternal self-conception and mental wellbeing during the first wave of the COVID-19 pandemic. A qualitative interview study through the lens of “intensive mothering” and “ideal worker” ideology. *Frontiers in Global Women’s Health*. 2022. Т. 3. С. 1-16.
 39. Boiko, D., Shyrai, P., Mats, O., Karpik, Z., Rahman, M., Khan, A., Alanazi A., Skrypnikov A. Mental health and sleep disturbances among Ukrainian refugees in the context of Russian-Ukrainian war: A preliminary result from online-survey. *Sleep medicine*. 2023. Т. 113. С. 342-348.
 40. Bond, L., Carroll, R., Mulryan, N., O’Dwyer, M., O’Connell, J., Monaghan, R., Sheerin, F., McCallion, P., McCallion P., McCarron M. Biopsychosocial factors

- associated with depression and anxiety in older adults with intellectual disability: results of the wave 3 Intellectual Disability Supplement to The Irish Longitudinal Study on Ageing. *Journal of intellectual disability research : JIDR*. 2020. T. 64. C. 368-380.
41. Brackstone, K., Head M., Perelli-Harris B. Effects of blast exposure on anxiety and symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) among displaced Ukrainian populations. *PLOS Global Public Health*. 2024. T. 4. C. 23-26.
 42. Brouillard, A., Davignon, L., Turcotte A., Marin M. Morphologic alterations of the fear circuitry: the role of sex hormones and oral contraceptives. *Frontiers in Endocrinology*. 2023. T. 14. C. 1-13.
 43. Buckner, J., Morris, P., Abarino, C., Glover N., Lewis E. Biopsychosocial Model Social Anxiety and Substance Use Revised. *Current Psychiatry Reports*. 2021. T. 23. C. 1-9.
 44. Bunn, M., Samuels, G., & Higson-Smith, C. (2023). Ambiguous loss of home: Syrian refugees and the process of losing and remaking home. *Wellbeing, space and society*, 4.
 45. Butola S., Butola D. Battling Alone on Multiple Fronts - How Gender Norms Affect the Soldiers' Wife as Caregiver in India. *Indian Journal of Palliative Care*. 2024. T. 30. C. 222-231.
 46. Chavatel W. Revelatory Anxiety and Dissociative Disorders: An Existential-Humanistic Approach. *Journal of Humanistic Psychology*. 2022. T. 49. C. 441-461.
 47. Cholankeril, R., Xiang E., Badr H. Gender Differences in Coping and Psychological Adaptation during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023. T. 20. C. 993.
 48. Delgado-Herrera, M., Aceves-Gómez A., Reyes-Aguilar A. Relationship between gender roles, motherhood beliefs and mental health. *PLOS ONE*. 2024. T. 19. C. 1-31.
 49. Dores, A., Martins, H., Reis A., Carvalho I. Empathy and Coping in Allied Health Sciences: Gender Patterns. *Healthcare*. 2021. T. 9. C. 497.

50. Dwihestie, L., Ningrum A., Agustin K. Global trends and future directions of anxiety in adolescent pregnancy: A bibliometric analysis. *BIO Web of Conferences*. 2025. T. 150. C. 1-13.
51. Efe E. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi: Bir Olgu Sunumu. *International Journal of Social Sciences*. 2024. T. 8. C. 138-146.
52. Enav, Y., Shiffman, N., Lurie S., Mayer Y. War, media, and emotion: Associations between posttraumatic stress symptoms, anxiety, and emotion regulation. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*. 2024. T. 7. C. 1-10.
53. Farr P. In This Moment, We Are All Dr. Rieux: COVID-19, Existential Anxiety, and the Absurd Hero. *Journal of Humanistic Psychology*. 2020. T. 61. C. 275-282.
54. Farzan, M., Ebrahimi H., Pourali M. Existential Concerns and Interventions in Patients with Cancer: Insights from Yalom's Framework. *Indian Journal of Clinical Psychiatry*. 2024. T. 4. C. 13-20.
55. Graham, B., Pestana, J., Lonstein J., Pawluski J. What rodent models can tell us about the mechanisms and treatment of anxiety and mood disorders in the peripartum period and beyond. *Psychoneuroendocrinology*. 2024. T. 160. C. 1-10.
56. Greenglass, E., Begic, P., Buchwald, P., Karkkola P., Hintsala T. Anxiety and watching the war in Ukraine. *International journal of psychology*. 2023. T. 59. C. 340-352.
57. Hideg, I., Krstić, A., Powell D., Zhan Y. Supporting women during motherhood and caregiving necessary, but not sufficient: The need for men to become equal partners in childcare. *Industrial and Organizational Psychology*. 2023. T. 16. C. 215-220.
58. Hildayanti, R., Pratiwi N., Herliawati P. Adolescents Perceptions of Factors Causing Anxiety. *Helios Multidisciplinary*. 2024. T. 1. C. 1-10.

59. Holman, E., Garfin D., Silver R. It matters what you see: Graphic media images of war and terror may amplify distress. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2024. T. 121. C. 1-15.
60. Jokinen R., Hartshorne T. Anxiety Disorders: A Biopsychosocial Model and an Adlerian Approach for Conceptualization and Treatment. *The Journal of Individual Psychology*. 2022. T. 78. C. 155-174.
61. Kale, M., Wankhede, N., Goyanka, B., Gupta, R., Bishoyi, A., Nathiya, D., Kaur, P., Shanno, K., Taksande, B., Khalid, M., Upananlawar, A., Umekar, M., Gulati, M., Sachdeva, M., Behl T., Gasmi A. Unveiling the Neurotransmitter Symphony: Dynamic Shifts in Neurotransmitter Levels during Menstruation. *Reproductive sciences*. 2024. T. 10. C. 3056-3063.
62. Karstoft, K., Korchakova, N., Koushede, V., Morton, T., Pedersen, A., Power S., Thøgersen M. (Complex) PTSD in Ukrainian refugees: Prevalence and association with acts of war in the Danish refugee cohort (DARECO). *Journal of affective disorders*. 2024. T. 366. C. 66-73.
63. Klabbers, R., Ashaba, S., Stern, J., Faustin, Z., Tsai, A., Kasozi, J., Kambugu, A., Ventevogel, P., Bassett I., O’Laughlin K. Mental disorders and lack of social support among refugees and Ugandan nationals screening for HIV at health centers in Nakivale Refugee Settlement in southwestern Uganda. *Journal of global health reports*. 2022. T. 6. C. 1-10.
64. Kop W. Biopsychosocial processes of health and disease during the COVID-19 pandemic. *Psychosomatic medicine*. 2021. T. 1. C. 304-308.
65. Kundakovic M., Rocks D. Sex hormone fluctuation and increased female risk for depression and anxiety disorders: From clinical evidence to molecular mechanisms. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2022. T. 66. C. 1-10.
66. Lanpir A., Güzeldere H. Time Spent on Social Media During The COVID-19 Pandemic is Associated with A Healthy Eating Obsession and Anxiety Symptoms: A Cross-Sectional Study of 525 Adults in Semi-Quarantine. *Acibadem Universitesi Saglik Bilimleri Dergisi*. 2023. T. 14. C. 652-660.

67. Maia, S., Pereira, M., Mamelund, S., Amaro, J., Fraga S., Leão T. The impact of parenthood on well-being: a qualitative study of mothers' and fathers' perceptions across European countries. *The European Journal of Public Health*. 2024. T. 34. C. 1-10.
68. Mayer, C., Krasovska N., Fouché P. The Meaning of Life and Death in the Eyes of Frankl: Archetypal and Terror Management Perspectives. *Europe's Journal of Psychology*. 2021. T. 17. C. 164-175.
69. Nelson, H., Cantor, A., Pappas M., Weeks C. Screening for Anxiety in Adolescent and Adult Women. *Annals of Internal Medicine*. 2020. T. 173. C. 29-41.
70. Nguyen, T., Asaad, M., Sena M., Slewa-Younan S. Loneliness and social isolation amongst refugees resettled in high-income countries: A systematic review. *Social science & medicine*. 2024. T. 360. C. 1-10.
71. Nickerson, A., Hoffman, J., Keegan, D., Kashyap, S., Argadianti, R., Tricesaria, D., Pestalozzi, Z., Nandyatama, R., Khakbaz, M., Nilasari N., Liddell B. Intolerance of uncertainty, posttraumatic stress, depression, and fears for the future among displaced refugees. *Journal of anxiety disorders*. 2023. T. 94. C. 1-10.
72. Nickerson, A., Kurt, G., Liddell, B., Keegan, D., Nandyatama, R., Yuanita, A., Rachmah, R., Hoffman, J., Kashyap, S., Mastrogiovanni, N., Mai, V., Camilleri, A., Susanty, D., Tricesaria, D., Rostami, H., Im, J., Gurzeda, M., Khakbaz, M., Funnell, S., Pestalozzi Z., Specker P. The longitudinal relationship between psychological symptoms and social functioning in displaced refugees. *Psychological medicine*. 2025. T. 55 : 1-10.
73. Oppegaard, K., Dunn, L., Kober, K., Mackin, L., Hammer, M., Conley, Y., Levine J., Miaskowski C. Gender Differences in the Use of Engagement and Disengagement Coping Strategies in Patients With Cancer Receiving Chemotherapy. *Oncology nursing forum*. 2020. T. 47. C. 586-594.

74. Park S., Kim Y. Anxiety Disorders in the DSM-5: Changes, Controversies, and Future Directions. *Advances in experimental medicine and biology*. 2020. T. 1191. C. 187-196.
75. Paula, L., Barbosa J., Dias L. A model for assisting in the treatment of anxiety disorder. *Universal Access in the Information Society*. 2021. T. 21. C. 533-543.
76. Prabha D. A comparative study of anxiety and depression among adolescents, postpartum and menopausal women of rural and urban areas. *Asian Journal of Science and Technology*. 2020. T. 11. C. 268-273.
77. Shurdhi R., Bodinaku B. Echoes of Childhood: Gender and Coping Strategies as Moderators of Social Anxiety in Survivors of Maltreatment. *Journal of Educational and Social Research*. 2024. T. 5. C. 605-616.
78. Stade, E., DeRubeis, R., Ungar L., Ruscio A. A transdiagnostic, dimensional classification of anxiety shows improved parsimony and predictive noninferiority to DSM. *Journal of psychopathology and clinical science*. 2023. T. 132. C. 937-948.
79. Stein D. The respiratory subtype of panic disorder: reflections on the past and future of biological psychiatry. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020. T. 42. C. 340-341.
80. Sundvall, M., Titelman, D., Demarinis, V., Borisova L., Cetrez Ö. Safe but isolated - an interview study with Iraqi refugees in Sweden about social networks, social support, and mental health. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020. T. 67. C. 351-359.
81. Tuna, O., Balaban, Ö., Mutlu, C., Şahmelikoğlu, Ö., Bali M., Ermiş Ç. Depression and cognitive distortions in hemodialysis patients with end stage renal disease: A case-control study. *European Journal of Psychiatry*. 2021. T. 35. C. 1-10.
82. Tutlam, N., Chang, J., Byansi, W., Flick, L., Ssewamala F., Betancourt T. War-Affected South Sudanese in Settings of Preflight, Flight, and Resettlement: a Systematic Review and Meta-analysis of Trauma-Associated Mental

- Disorders. *Global social welfare : research, policy & practice*. 2022. T. 11. C. 193-210.
83. Venkatachalam, T., O'Sullivan, S., Platt, D., Ammar, B., Hamadeh, R., Riachi, N., Presley, D., Khoury, B., Gauguier, D., Nader, M., Qi L., Zalloua P. The impact of forced displacement: trauma, increased levels of inflammation and early presentation of diabetes in women Syrian refugees. *Journal of Public Health (Oxford, England)*. 2023. T. 45. C. 437-446.
84. Vidal-Arenas, V., Ortet-Walker, J., Ibáñez, M., Ortet G., Mezquita L. Self-reported DSM-5 Anxiety Severity Measures: Evidence of Validity and Reliability in Spanish youths. *Psicothema*. 2021. T. 33. C. 312-319.
85. Villegas G., Lisseth M. Distorsiones cognitivas y su repercusión en la ansiedad en un estudiante universitario en tiempos de pandemia. Documento probatorio (dimensión escrita) del examen complejo de grado. 2020. C. 1-22.
86. Xie, S., Zhang, X., Cheng W., Yang Z. Adolescent anxiety disorders and the developing brain: comparing neuroimaging findings in adolescents and adults. *General Psychiatry*. 2021. T. 34. C. 1-9.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала генералізованої тривоги (GAD-7)

Інструкція: За останні 2 тижні, як часто вас турбували такі проблеми?

Перелік тверджень:

1. Почуття нервозності, тривоги або напруженості
2. Нездатність зупинити чи контролювати хвилювання
3. Надмірне переживання хвилювання щодо різних речей
4. Проблеми з розслабленням
5. Сильний неспокій аж до неможливості всидіти на місці
6. Легкий перехід до збудження і дратівливості
7. Відчуття страху, ніби може статися щось жахливе

Інтерпретація результатів:

0-4 бали - Мінімальний рівень

5-9 балів - Слабкий рівень

10-14 балів - Помірний рівень

15-21 бал - Високий рівень

Шкала тривожності Бека (BAI)

Інструкція: Прошу обрати одну з можливостей відповіді на кожне запитання. Старайтесь відповідати швидко.

Перелік тверджень:

1. Відчуття оніміння та поколювання в тілі
2. Відчуття жару
3. Тремтіння в ногах
4. Неможливість розслабитись
5. Страх, що станеться найгірше
6. Головокружіння
7. Прискорене серцебиття
8. Нестійкість, нестабільність
9. Відчуття жаху, це кінець
10. Дратівливість
11. Тремтіння в руках
12. Відчуття задухи
13. Нерівна хода
14. Страх втрати контролю
15. Труднощі з диханням
16. Страх смерті
17. Переляк
18. Шлунково-кишкові розлади
19. Непритомність
20. Прилив крові до обличчя
21. Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою)

Інтерпретація результатів:

- 0-5 балів - Норма
- 6-8 балів - Легкий рівень тривоги
- 9-18 балів - Середній рівень тривоги
- Більше 19 балів - Високий рівень тривоги

Шкала тривожності Спілбергера (STAI)

Інструкція (ситуативна тривожність): Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і оберіть відповідну цифру залежно від того, як Ви себе відчуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

Перелік тверджень:

1. Я спокійний
2. Мені ніщо не загрожує
3. Я знаходжуся в стані напруги
4. Я відчуваю жаль
5. Я відчуваю себе вільно
6. Я засмучений
7. Мене хвилюють можливі невдачі
8. Я відчуваю себе відпочилим
9. Я собою не вдоволений
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення
11. Я впевнений у собі
12. Я нервую
13. Я не знаходжу собі місця
14. Я напружений
15. Я не відчуваю скутості, напруженості
16. Я задоволений
17. Я занепокоєний
18. Я занадто збуджений і мені не по собі
19. Мені радісно
20. Мені приємно

Інструкція (особистісна тривожність): Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і оберіть відповідну цифру залежно від того, як Ви себе відчуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

Перелік тверджень:

21. Я відчуваю задоволення
22. Я дуже швидко втомлююся
23. Я легко можу заплакати
24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші
25. Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення
26. Звичайно я відчуваю себе бадьорим
27. Я спокійний, холонокровний і зібраний

28. Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене
29. Я занадто переживаю через дрібниці
30. Я цілком щасливий
31. Я приймаю все занадто близько до серця
32. Мені не вистачає впевненості в собі
33. Звичайно я почуваю себе в безпеці
34. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів
35. У мене буває хандра
36. Я задоволений
37. Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене
38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути
39. Я врівноважена людина
40. Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи

Інтерпретація результатів:

- 0-30 балів - Низький рівень тривожності
- 31-45 балів - Помірний рівень тривожності
- Вище 45 балів - Високий рівень тривожності