

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Зв'язок схильності до тривожного розладу з когнітивними стратегіями
емоційної регуляції в умовах стресу**

Кваліфікаційна робота

Студента 4 курсу ОР Бакалавр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»)

БАЖИНА Юрія Вадимовича

Науковий керівник:

Кандидат психологічних наук, доцент
кафедри психодіагностики та клінічної
психології

КУДРІНА Тетяна Семенівна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_

Протокол №_____ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ СХИЛЬНОСТІ ДО ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ З КОГНІТИВНИМИ СТРАТЕГІЯМИ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ В УМОВАХ СТРЕСУ.....	10
1.1. Схильність до тривожного розладу як об'єкт психологічного дослідження.....	10
1.2. Когнітивні стратегії емоційної регуляції. Сутність, особливості та нейрофізіологічний механізм дії.....	18
1.3. Концепція сприйнятого стресу.....	20
1.4. Зв'язок схильності до тривожного розладу з когнітивними стратегіями емоційної регуляції та зі сприйнятим стресом.....	23
Висновки до розділу 1	26
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ СХИЛЬНОСТІ ДО ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ З КОГНІТИВНИМИ СТРАТЕГІЯМИ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТА ЗІ СПРИЙНЯТИМ СТРЕСОМ.....	28
2.1. Основні етапи проведення емпіричного дослідження.....	28
2.2. Характеристика досліджуваної вибірки.....	28
2.3. Опис методології та обґрунтування інструментарію дослідження.....	29
Висновки до розділу 2	34

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ СХИЛЬНОСТІ ДО ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ З КОГНІТИВНИМИ СТРАТЕГІЯМИ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТА ЗІ СПРИЙНЯТИМ СТРЕСОМ.....	37
3.1. Обробка та аналіз результатів дослідження.....	37
3.2. Описова статистика зібраних даних.....	37
3.3. Факторний аналіз. Виокремлення інтегрального показника схильності до тривожного розладу.....	41
3.4. Аналіз та інтерпретація результатів застосування методу порівняння двох незалежних груп.....	42
3.5. Результати кореляційного аналізу та їх інтерпретація.....	46
3.6. Інтерпретація результатів медіаційного аналізу.....	48
3.7. Результати модераційного аналізу та їх інтерпретація.....	51
Висновки до 3 розділу.....	51
ВИСНОВКИ.....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	58

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Схильність до тривожного розладу, як континуальна характеристика психоемоційного функціонування, що відображає тенденцію індивіда до переживання тривоги, підвищену чутливість до загроз та готовність реагувати тривожними станами навіть на незначні стресові стимули, набуває особливого значення в умовах сучасної невизначеності, інформаційного перевантаження та хронічного стресу, оскільки визначає як інтенсивність емоційних реакцій, так і особливості їх когнітивної регуляції. Когнітивні стратегії емоційної регуляції виступають ключовим механізмом, через який індивід інтерпретує події, переоцінює їх значущість та контролює власні емоційні стани. Водночас рівень сприйнятого стресу відображає суб'єктивну оцінку навантаження та перевищення ресурсів, що безпосередньо впливає на ефективність цих стратегій. Порушення балансу між сприйнятим стресом та здатністю до когнітивної регуляції емоцій може призводити до закріплення неадаптивних стратегій, що, у свою чергу, підсилює тривожну симптоматику та формує замкнене коло емоційної дезадаптації. Таким чином, дослідження зв'язку між схильністю до тривожних розладів, когнітивними стратегіями емоційної регуляції та рівнем сприйнятого стресу дозволяє глибше зрозуміти механізми формування та підтримання тривожних станів.

Дана проблематика набуває особливої актуальності в українських реаліях. Тривалий вплив хронічного стресу, пов'язаного з воєнними подіями, вимушеною міграцією, соціальною нестабільністю та постійною загрозою безпеці, суттєво підвищує загальний рівень тривожності населення. Значна частина українців перебуває у стані підвищеної психофізіологічної мобілізації, що супроводжується виснаженням ресурсів емоційної регуляції. У таких умовах навіть відносно адаптивні когнітивні стратегії можуть втрачати свою ефективність, поступаючись місцем більш примітивним або

неадаптивним формам реагування. Це підвищує ризик формування стійких тривожних патернів, які можуть трансформуватися у клінічні розлади.

Наукові дослідження підтверджують значущість окремих компонентів даної проблеми. Зокрема, І. Кочергіна (2013) показала, що використання адаптивних стратегій асоціюється зі зниженням проявів тривожності, тоді як неадаптивні стратегії можуть посилювати тривожні реакції. Праці Дж. Гросса (1998, 2002) розкривають роль когнітивної переоцінки як однієї з базових стратегій емоційної регуляції. Дослідження Д. Барлоу (2002) та інших авторів у сфері тривожних розладів підкреслюють роль підвищеної чутливості до загроз та фізіологічної реактивності як ключових предикторів тривожної симптоматики. Водночас у науковій літературі недостатньо уваги приділено аналізу того, як схильність до тривожного розладу впливає на зв'язок між когнітивними стратегіями емоційної регуляції та рівнем сприйнятого стресу.

Схильність до тривожного розладу, як конструкт, що відображає підвищену чутливість до загроз та тенденцію реагувати тривожними станами навіть на незначні стресові стимули, дозволяє пояснити, чому одні когнітивні стратегії ефективно пом'якшують сприйнятий стрес, а інші навпаки посилюють його.

Мета дослідження: визначити характер зв'язку схильності до тривожного розладу з когнітивними стратегіями емоційної регуляції та зі сприйнятим стресом.

Завдання дослідження.

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми зв'язку схильності до тривожного розладу з когнітивними стратегіями емоційної регуляції в умовах стресу.

2. Визначити характер зв'язку схильності до тривожного розладу з когнітивними стратегіями емоційної регуляції та з рівнем сприйнятого стресу.

3. Проаналізувати роль схильності до тривожного розладу, як медіатора або ж модератора, у впливі когнітивних стратегій емоційної регуляції на інтенсивність переживання стресу.

4. Виявити статеві відмінності у рівні вираженості в досліджуваних схильності до тривожного розладу, когнітивних стратегій емоційної регуляції та сприйнятого стресу.

Об'єкт дослідження: когнітивно-емоційна сфера особистості.

Предмет дослідження: зв'язок схильності до тривожного розладу із когнітивними стратегіями емоційної регуляції та рівнем сприйнятого стресу.

Методи дослідження. Для вирішення окреслених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів наукового дослідження.

- теоретичні: аналіз, синтез і узагальнення, систематизація та інтеграція наукових джерел щодо даної теми
- емпіричні: анкетування та тестування, зокрема, “Шкала депресії, тривожності та стресу” (DASS-21) Пітера та Сідні Ловібондів (в адаптації І. Галецької та інших), “Шкала для оцінки генералізованого тривожного розладу” (GAD-7) (в адаптації Н. Алексіної та інших), “Опитувальник когнітивних стратегій емоційної регуляції” (CERQ) Надін Гафнескі та “Шкала сприйнятого стресу” (PSS-10) Ш. Коена (в адаптації О. Вельдбрехт і Н. Тавровецької).

Обробку емпіричних показників здійснено з використанням методів математичної статистики: описових статистик, факторного аналізу головних компонент, кореляційного аналізу, непараметричного U-критерію

Манна-Уїтні для порівняння двох незалежних вибірок, медіаційного та модераційного аналізу.

Дослідницька вибірка. У дослідженні взяли участь 107 респондентів, серед яких 66 жінок та 41 чоловік віком від 15 до 65 років. Опитування проводилося у форматі онлайн із використанням Google-Form.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає у здійсненні комплексного аналізу взаємозв'язків між схильністю до тривожного розладу, когнітивними стратегіями емоційної регуляції та рівнем сприйнятого стресу.

У процесі дослідження вперше встановлено, що схильність до тривожного розладу опосередковує вплив когнітивних стратегій емоційної регуляції на рівень сприйнятого стресу. Крім того, виявлено її модераційну роль у взаємозв'язку між когнітивною стратегією емоційної регуляції - переоцінкою значущості події - та рівнем сприйнятого стресу.

Уточнено роль і місце схильності до тривожного розладу в системі когнітивної емоційної регуляції як чинника адаптації людини до стресу.

Подальшого розвитку набули положення щодо взаємозв'язків схильності до тривожного розладу з когнітивними стратегіями емоційної регуляції та рівнем сприйнятого стресу. Зокрема, встановлено, що неадаптивні когнітивні стратегії можуть посилювати тривожні реакції, а рівень сприйнятого стресу безпосередньо пов'язаний з ефективністю застосування цих стратегій. Також подальшого розвитку набули положення щодо впливу контекстуальних чинників, зокрема війни та військових дій, на рівень вираженості схильності до тривожного розладу, когнітивних стратегій емоційної регуляції та сприйнятого стресу. Додатково підтверджено, що схильність до тривожного розладу - багатовимірний та континуальний конструкт. Використання його інтегрального показника шляхом застосування

факторного аналізу головних компонент забезпечило емпіричне підтвердження того, що рівень тривожності та рівень проявів хронічної патологічної тривоги мають спільну латентну основу, що дозволяє розглядати їх як прояви єдиного конструкту.

Практичне значення роботи полягає у тому, що одержані результати та висновки можуть бути використані для розробки цільових психокорекційних та психотерапевтичних інтервенцій, спрямованих на формування більш адаптивних стратегій емоційної регуляції та зниження рівня дистресу. Це, у свою чергу, сприятиме профілактиці розвитку тривожних розладів та покращенню психічного здоров'я населення. Крім того, результати дослідження можуть бути інтегровані у практику психологічного консультування та клінічної психології, зокрема при роботі з особами, які перебувають у стані хронічного стресу. Вони також можуть бути корисними для розробки програм психологічної підтримки та реабілітації в умовах кризових ситуацій, що є особливо важливим у контексті сучасних викликів в Україні та світі загалом.

Достовірність і обґрунтованість наукових результатів забезпечено обґрунтованим вибором основних припущень і обмежень, прийнятих за вихідні, при формулюванні мети та завдань роботи; використанням репрезентативної вибірки та сучасного, валідного та надійного емпіричного інструментарію, а також апробованих та прийнятих у сучасній науці методів математико-статистичного аналізу даних, коректним добором використаних показників і критеріїв; поєднанням теоретичного аналізу з проведенням емпіричного дослідження.

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 60 найменувань, з них – 56 іноземною

мовою. Робота містить 6 таблиць. Основний зміст викладено на 59 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 65 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ СХИЛЬНОСТІ ДО ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ З КОГНІТИВНИМИ СТРАТЕГІЯМИ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ В УМОВАХ СТРЕСУ

1.1. Схильність до тривожного розладу як об'єкт психологічного дослідження

Тривога є однією з фундаментальних емоційних реакцій людини, що виконує важливу адаптивну функцію у процесі взаємодії індивіда з навколишнім середовищем. Тривога як стан визначається як тимчасова емоційна реакція на очікувану загрозу в майбутньому. На відміну від страху як емоційної реакції на реальну або сприйняту як неминучу загрозу, тривога є очікуванням майбутньої загрози, а також супроводжується когнітивними, поведінковими та фізіологічними реакціями організму (American Psychiatric Association, 2022). Вона сприяє мобілізації ресурсів та стимулює пошук ефективних способів подолання потенційних труднощів, проявляючись через кілька взаємопов'язаних систем (Barlow, 2002; LeDoux, 2012). На суб'єктивно-емоційному рівні тривога характеризується переживанням напруження, занепокоєння, очікування небезпеки та труднощами у контролі тривожних думок. Когнітивний компонент включає підвищену чутливість до загроз, вибіркочу увагу до потенційно небезпечних стимулів, а також схильність до катастрофізації та румінації, що узгоджується з когнітивними моделями тривоги (Beck & Clark, 1997; Eysenck et al., 2007). Фізіологічний компонент пов'язаний з активацією вегетативної нервової системи, насамперед її симпатичного відділу, що проявляється у вигляді підвищення частоти серцевих скорочень, прискорення дихання, пітливості, м'язового напруження та загального стану збудження. Така реакція є частиною еволюційно сформованої системи “бий або біжи” і забезпечує швидку підготовку організму до дії (Sapolsky, 2004). Поведінковий компонент

включає різноманітні стратегії, спрямовані на зменшення або уникнення тривожного переживання. До них належать уникнення потенційно загрозливих ситуацій, відкладання дій, надмірний контроль, а також реакції замирання або пасивності. Згідно з поведінковими та когнітивно-поведінковими моделями, такі реакції можуть тимчасово знижувати рівень тривоги, однак у довгостроковій перспективі сприяють її підтриманню через негативне підкріплення та обмеження досвіду подолання загроз (Barlow, 2002).

Для подальшого викладу важливим є розмежування між ситуативною тривогою як емоційним станом і тривожністю як відносно стабільною характеристикою особистості. Ситуативна тривога є короткочасною емоційною реакцією на конкретний стресор або ситуацію, тоді як тривожність відображає відносно стабільну схильність особи частіше й сильніше переживати занепокоєння у різних контекстах (Bishop, 2009). Ситуативна тривога зазвичай змінюється залежно від обставин і може вимагати короткострокових стратегій регуляції, тоді як висока тривожність як характерологічна риса вказує на підвищену вразливість до розвитку тривожних розладів і може потребувати довготриваліших втручань. Дослідження показують, що у людей з високою тривожністю нижчий поріг оцінки загрози й упередженість у спрямуванні уваги на загрозливу інформацію, що підтримує стійку вразливість (Mogg & Bradley, 1998).

Тривога в сучасних когнітивних теоріях розглядається в тому числі як результат специфічних способів обробки інформації, інтерпретації подій та регуляції внутрішнього досвіду. Однією з базових моделей є когнітивна теорія Аарон Бек (1985), відповідно до якої тривога виникає внаслідок систематичних помилок мислення, так званих когнітивних викривлень. Індивід із високим рівнем тривожності схильний інтерпретувати нейтральні або неоднозначні стимули як загрозливі, що пов'язано з активацією

дисфункціональних схем, сформованих на основі попереднього досвіду (Beck, Emery & Greenberg, 1985). Центральною є ідея про “когнітивну триаду” тривоги: негативні уявлення про себе як вразливого, про світ як небезпечний і про майбутнє як непередбачуване та загрозливе.

Дослідження показують, що тривожні індивіди демонструють упередженість уваги у бік загрозованих стимулів, навіть коли ті є слабкими або неусвідомлюваними (MacLeod, Mathews & Tata, 1986). Це означає, що тривога підтримується не лише свідомими оцінками, але й автоматизованими процесами перцепції та уваги, які підсилюють відчуття небезпеки.

Значний внесок у розуміння тривоги зробила метакогнітивна модель Адріан Веллс, яка підкреслює роль переконань про власне мислення (Wells, 2000). Згідно з цією теорією, ключовим фактором є не сам зміст тривожних думок, а ставлення до них. Наприклад, переконання на кшталт “я не контролюю свої думки” або “переживання допомагає мені підготуватися до небезпеки” формують так званий когнітивно-атенційний синдром, що включає надмірне хвилювання, румінацію та гіперфокус на загрозі. Таким чином, тривога підтримується метакогнітивними переконаннями, які перешкоджають ефективній регуляції мислення.

Окреме місце займає модель нетолерантності до невизначеності, яка пояснює генералізовану тривогу як наслідок негативного ставлення до невизначених ситуацій (Dugas et al., 1998). Особи з високою тривожністю сприймають невизначеність як неприйнятну і загрозову, що веде до постійного прогнозування негативних сценаріїв і спроб їх уникнення через хвилювання. У цьому контексті хвилювання виступає як когнітивна стратегія псевдоконтролю, яка тимчасово знижує емоційну напругу, але довгостроково підтримує тривожний стан.

Ще одним важливим напрямом є теорія уникнення емоційної обробки (Borkovec et al., 2004). Вона стверджує, що вербальне хвилювання слугує

способом уникнення інтенсивних емоційних переживань і пов'язаних із ними фізіологічних реакцій. Замість того щоб переживати страх у його повній емоційній формі, індивід переходить до абстрактного мислення про можливі загрози, що знижує емоційну активацію, але перешкоджає повноцінній переробці страху і, відповідно, його згасанню.

З точки зору нейропсихології тривога є результатом взаємодії декількох нейронних систем, зокрема структур, відповідальних за виявлення загрози, емоційну оцінку та когнітивний контроль (LeDoux, 2000; Kalin et al., 2004). Ключову роль відіграє мигдалина, яка виступає центральним елементом системи виявлення загрози. Вона забезпечує швидку обробку емоційно значущих стимулів та в співпраці з гіпокампом та іншими структурами ініціює фізіологічні, а далі й поведінкові реакції на небезпеку. Дослідження показують, що при тривожних розладах спостерігається гіперактивність мигдалини, що зумовлює підвищену чутливість до загроз та тенденцію до їх генералізації навіть у відносно безпечних умовах. Водночас важливу регуляторну функцію виконує префронтальна кора, зокрема її медіальні та дорсолатеральні відділи, які забезпечують контроль даних імпульсів. Префронтальна кора бере участь у переоцінці ситуацій, пригніченні надмірних емоційних реакцій та регуляції поведінки. Порушення функціонування цих структур, зокрема зниження їх інгібуючого впливу на мигдалину, пов'язане з впливом хронічної патологічної тривоги, що також призводить до негативного когнітивного зміщення, підвищеного рівня збудження та унікаючої поведінки. Окрім цього, значну роль відіграють інші структури лімбічної системи, зокрема острівцева кора, яка залучена до інтероцептивного усвідомлення та обробки тілесних сигналів. Підвищена активність інсули асоціюється з посиленням сприйняття внутрішніх фізіологічних змін, що може сприяти формуванню відчуття неконтрольованої тривоги (LeDoux, 2012).

З точки зору нейропсихології розлади пов'язані з тривогою асоціюються з порушеннями когнітивного функціонування, зокрема уваги, робочої пам'яті та виконавчих функцій. Особи з високим рівнем тривожності демонструють схильність до вибіркової уваги до загрозливих стимулів, труднощі у відволіканні від негативної інформації та зниження когнітивної гнучкості, що сприяє підтриманню тривожного стану (LeDoux, 2012).

Нейрохімічні механізми тривоги пов'язані з дисбалансом нейромедіаторних систем, зокрема норадреналіну, серотоніну та гамма-аміномасляної кислоти. Норадренергічна система відіграє ключову роль у регуляції рівня збудження та пильності. Дослідження показують, що як надмірна, так і недостатня активність цієї системи може порушувати функціонування префронтальної кори, що призводить до зниження когнітивного контролю над емоційними реакціями (LeDoux, 2012).

Таким чином, тривога є результатом дисфункції складної мережі взаємодіючих мозкових структур, у якій порушується баланс між системами генерації емоційних реакцій і системами їх когнітивного контролю. Гіперактивація структур, відповідальних за обробку загрози, у поєднанні зі зниженням регуляторної ролі префронтальної кори формує основу для виникнення та підтримання патологічної тривоги. За таких умов надмірної інтенсивності, тривалості або частоти вона може набувати дезадаптивного характеру та виступати підґрунтям для формування тривожних розладів. У таких випадках вона здатна призводити до порушення повсякденного функціонування людини та формування клінічних форм психічних розладів.

У сучасній психіатрії та клінічній психології однією з найбільш поширених систем класифікації психічних розладів є "DSM-5", розроблена Американською психіатричною асоціацією. У цій класифікації тривожні розлади визначаються як група психічних розладів, що характеризуються надмірним страхом, тривогою та пов'язаними з ними поведінковими

порушеннями (American Psychiatric Association, 2022). Основною ознакою цих розладів є інтенсивні та стійкі переживання тривоги або страху, які є непропорційними реальній загрозі та спричиняють значний психологічний дистрес або порушення соціальних, професійних чи інших важливих сфер функціонування. Згідно з “DSM-5” до групи тривожних розладів належать: генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальний тривожний розлад, специфічні фобії, агорафобія, розлад сепараційної тривоги та селективний мутизм. Кожен із цих розладів має свої специфічні діагностичні критерії, однак їх об’єднує наявність надмірної або стійкої тривоги, що супроводжується уникненням певних ситуацій або стимулів. Наприклад, соціальний тривожний розлад проявляється інтенсивним страхом негативної оцінки з боку інших людей у соціальних ситуаціях (American Psychiatric Association, 2022). Генералізований тривожний розлад часто називають “базовим”, оскільки його головна ознака це патологічне, неконтрольоване хвилювання, очікування катастрофи, а головне занепокоєння щодо різних сфер життя, які людині важко контролювати. Панічний розлад характеризується раптовими сплесками інтенсивного жаху, тобто нападами паніки, які супроводжуються соматичними симптомами, такими як прискорене серцебиття чи задишка. Панічні атаки займають почесне місце серед тривожних розладів як особливий тип реакції страху. Панічні атаки не обмежуються тривожними розладами, а можуть спостерігатися й при інших психічних розладах. Часто їх трактують як можливий маркер і прогностичний фактор тяжкості діагнозу, перебігу розладу та коморбідності в широкому спектрі психічних розладів, включаючи тривожні, пов’язані з уживанням психоактивних речовин, депресивні та психотичні розлади. Тому вони можуть вказувати як на будь-який тривожний розлад, так і на інші психічні розлади. Проте вони часто призводять до розвитку агорафобії, тобто страху перебування в ситуаціях, де втеча може бути важкою або допомога недоступною. Також існують розлади, що маніфестують переважно в

дитинстві, як-от сепараційний тривожний розлад, тобто страх розлуки з фігурами прив'язаності, або селективний мутизм як неспроможність розмовляти в певних соціальних обставинах. Особи зі специфічною фобією відчують страх або тривогу щодо певних об'єктів чи ситуацій або уникають їх. На відміну від інших тривожних розладів, у цьому розладі не виділяється специфічний когнітивний зміст. Страх, тривога або уникнення майже завжди негайно виникають у відповідь на фобічну ситуацію, є стійкими та непропорційними реальному ризику (World Health Organization, 2019).

Тривожні розлади відрізняються один від одного типами об'єктів або ситуацій, що викликають страх, тривогу чи унікальну поведінку, а також пов'язаними з ними когнітивними процесами. Та все ж, тривожні розлади часто мають високу коморбідність між собою, їх можна розрізнити шляхом детальної психодіагностики шляхом аналізу патернів, типів ситуацій, яких людина боїться або уникає, а також змісту пов'язаних думок і переконань. Водночас критерій тривалості є загальним орієнтиром і допускає певну гнучкість. До того ж, оскільки у людей з тривожними розладами зазвичай відбувається перебільшення небезпеки ситуацій, яких вони бояться або уникають, визначення того, чи є страх або тривога надмірними або непропорційними, здійснюється клініцистом з урахуванням культурного контексту.

Тривожні розлади є одними з найпоширеніших психічних розладів у світі, що часто супроводжуються високою коморбідністю, особливо з депресією та зловживанням речовинами. Пацієнти з цими станами частіше звертаються до лікарів загальної практики через соматичні скарги, що часто веде до помилкової діагностики. Проте, попри значну інвалідизацію та зниження якості життя, тривожні розлади добре піддаються лікуванню за допомогою когнітивно-поведінкової терапії та сучасної фармакології. Головним викликом залишається подолання стигми та забезпечення доступу

до фахової допомоги, адже знання про природу тривоги є першим кроком до її опанування.

До того ж, варто сказати, що люди з тривожними розладами мають вищий ризик виникнення суїцидальних думок і спроб порівняно з тими, хто їх не має, і цей ризик залишається значущим навіть після врахування інших психічних розладів у багатьох дослідженнях. Дослідження також показують, зокрема панічний розлад і генералізований тривожний розлад, часто асоціюються з підвищеною ймовірністю суїцидальних думок і спроб, але сила цього зв'язку може змінюватись залежно від контексту, коморбідних станів та методів дослідження (Thibodeau et al., 2013; Weissman et al., 1989).

На підставі всього вищеописаного, варто згадати, що саме схильність до тривожного розладу у сучасних психологічних дослідженнях розглядається як континуальний конструкт, що відображає індивідуальні відмінності у вираженості тривожної симптоматики та вразливості до розвитку тривожних розладів. У цьому контексті тривожність трактують як відносно стабільну характеристику особистості, що визначає тенденцію індивіда сприймати широкий спектр ситуацій як потенційно загрозливі. В умовах неклінічних вибірок операціоналізація схильності до тривожного розладу здійснюється переважно за допомогою скринінгових психодіагностичних інструментів, які вимірюють інтенсивність та частоту тривожних проявів.

До того ж, сучасні психологічні дослідження в Україні здійснюються з врахуванням контекстуальних чинників повномасштабного вторгнення в Україну. Зокрема, це відобразилося як на тривожній симптоматиці, так і на оцінці ризиків формування тривожних розладів. До прикладу, дані досліджень показують, що вимушено переміщені особи та біженці демонструють підвищені показники тривожності у порівнянні з тими, хто не зазнав прямого впливу бойових дій, що підкреслює роль впливу контекстних

факторів (Sher et al., 2024). Одночасно українські емпіричні дослідження у студентських вибірках виявили високі рівні як ситуативної, так і особистісної тривожності, що суттєво пов'язано з хронічним стресом, невизначеністю майбутнього та адаптацією до умов війни (Tsybuliak et al., 2023). Це неодмінно потрібно враховувати у ході дослідження та формулюванні висновків. До того ж, така ситуація підсилює наукову обґрунтованість використання схильності до тривожного розладу як континуального конструкту, що відображає індивідуальні відмінності в ризику розвитку тривожних розладів у неклінічних вибірках, коли операціоналізація здійснюється через скринінгові психодіагностичні інструменти, а не клінічну діагностику (Shevchuk et al., 2022; Petrenko & Bondarenko, 2023).

1.2. Когнітивні стратегії емоційної регуляції. Сутність, особливості та нейрофізіологічний механізм дії

Когнітивні стратегії емоційної регуляції є одним із ключових механізмів, через які людина осмислює, інтерпретує та модифікує власні емоційні стани у відповідь на стресогенні або значущі події. На відміну від автоматичних афективних реакцій, ці стратегії передбачають залучення мисленнєвих процесів, що дозволяє змінювати як інтенсивність, так і якість переживань. У психології вони розглядаються як проміжна ланка між подією та емоційною відповіддю, яка визначає індивідуальні відмінності у переживанні стресу, тривоги та психологічного благополуччя (Gross, 1998).

У когнітивній парадигмі емоції розглядаються як результат оцінки подій, саме тому сутність когнітивних стратегій полягає у переоцінці ситуації, спрямовуванні уваги, інтерпретації причин події та формуванні пояснювальних моделей. Залежно від характеру цих процесів, стратегії можуть бути умовно адаптивними або дезадаптивними. До перших зазвичай відносять позитивну переоцінку, прийняття, фокусування на плануванні, тоді як до других катастрофізацію, румінацію, самозвинувачення або

звинувачення інших. Важливо, що їх ефективність визначається контекстом, тривалістю використання та індивідуальними особливостями особистості. Особливістю когнітивних стратегій є їхня відносна стабільність як індивідуального стилю реагування. Вони формуються під впливом попереднього досвіду, соціального навчання та культурного контексту, і з часом можуть автоматизуватися, стаючи звичними способами обробки емоційно значущої інформації. Водночас ці стратегії залишаються пластичними і можуть змінюватися внаслідок психотерапевтичного впливу, зокрема психокорекційний втручання.

Нейрофізіологічний механізм дії когнітивних стратегій емоційної регуляції пов'язаний із взаємодією між кортикальними та підкорковими структурами мозку. Ключову роль відіграє префронтальна кора, зокрема її дорсолатеральні та вентромедіальні відділи, які забезпечують когнітивний контроль, планування та переоцінку значення отриманих стимулів. Ці структури здійснюють регуляцію активності лімбічної системи, насамперед мигдалеподібного тіла, яке відповідає за швидку оцінку емоційної значущості та запуск реакцій на потенційну загрозу. У процесі ефективної когнітивної регуляції спостерігається зниження активації мигдалеподібного тіла та підвищення активності префронтальних ділянок, що свідчить про успішне пригнічення автоматичних емоційних реакцій. Додатково важливу роль відіграють передня поясна кора та острівцева частка, які беруть участь у моніторингу конфлікту та інтеграції інтероцептивних сигналів. Нейромедіаторні системи, зокрема серотонінергічна та дофамінергічна, модулюють ефективність цих процесів, впливаючи на чутливість до стресу та здатність до когнітивного контролю (Shackman, 2011).

З огляду на все вищеописане, особливої уваги набувають спроби систематизувати та емпірично виміряти когнітивні стратегії емоційної регуляції. Однією з найбільш розроблених і широко застосовуваних моделей

є підхід, запропонований Надін Гарнефські. У межах цієї моделі когнітивні стратегії розглядаються як усвідомлені способи інтерпретації негативних життєвих подій, що впливають на подальший емоційний стан індивіда. Автор виділяє дев'ять основних когнітивних стратегій емоційної регуляції: самозвинувачення, звинувачення інших, румінацію, катастрофізацію, прийняття, позитивну переоцінку, позитивне перефокусування, перефокусування на плануванні та переоцінку значущості події. Ці виміри були визначені або шляхом вилучення чи переформулювання когнітивних вимірів існуючих заходів подолання (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; de Ridder, 1997), трансформації некогнітивних стратегій подолання труднощів на когнітивні виміри або додавання нових стратегій на теоретичних підставах (Garnefski et al., 2001). Тому деякі з виділених когнітивних стратегій регулювання емоцій, такі як позитивна переоцінка або прийняття, походять із традиції подолання (Carver et al., 1989), тоді як інші, такі як роздуми або катастрофізація, відносяться до окремих галузей літератури (Nolen Hoeksema, 2000; Sullivan, Bishop, & Pivic, 1995).

1.3. Концепція сприйнятого стресу

Стрес можна охарактеризувати як реакцію організму на виклики, що перевищують його адаптаційні можливості, і включає в себе фізіологічну активацію, психологічну оцінку, емоційний та поведінковий відгук, який може бути як адаптивним, так і дезадаптивним залежно від тривалості та інтенсивності стресових чинників (Sapolsky, 2004).

Однією з найбільш впливових теоретичних моделей у дослідженні стресу є транзакційна модель стресу та копіngu, запропонована Р. Лазарусом та С. Фолкман. Відповідно до цієї моделі, стрес розглядається не як властивість самої ситуації, а як результат взаємодії між індивідом та середовищем. Іншими словами, стрес виникає тоді, коли людина оцінює певну ситуацію як таку, що загрожує її благополуччю або перевищує її

можливості для подолання. Таким чином, ключову роль у формуванні стресу відіграє когнітивна оцінка події, тобто індивідуальний процес інтерпретації та осмислення ситуації (Lazarus & Folkman, 1984). У межах цієї моделі виділяють два основні етапи когнітивної оцінки. Перший етап первинної оцінки, під час якої людина визначає, чи є подія значущою для її благополуччя і чи несе вона потенційну загрозу, втрату або виклик. Другий етап це вторинна оцінка, що полягає у визначенні наявних ресурсів і можливостей для подолання ситуації. Якщо людина оцінює власні ресурси як недостатні для ефективного подолання вимог ситуації, виникає стан психологічного стресу. Таким чином, стрес значною мірою визначається суб'єктивним сприйняттям подій, а не лише їх об'єктивними характеристиками.

Саме з цієї точки зору формується поняття сприйнятого стресу. Сприйнятий стрес визначається як суб'єктивна оцінка людиною того, наскільки життєві обставини у певний період часу сприймаються як непередбачувані, неконтрольовані та перевантажуючі. Це поняття було концептуалізоване у дослідженнях Ш. Коена та його колег, які підкреслювали, що психологічний вплив стресових подій значною мірою залежить від того, як саме індивід оцінює їхню інтенсивність та власні можливості справлятися з ними (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983).

На відміну від підходів, які зосереджуються на кількості або об'єктивній інтенсивності стресових подій, концепція сприйнятого стресу акцентує увагу на індивідуальних відмінностях у переживанні стресових ситуацій. Одна й та сама подія може сприйматися різними людьми по-різному: для одних вона може бути серйозним джерелом напруження, тоді як для інших незначними труднощами або навіть викликом, що стимулює активність.

Важливою характеристикою сприйнятого стресу є його тісний зв'язок із когнітивними та емоційними процесами. Дослідження показують, що високий рівень сприйнятого стресу часто супроводжується підвищеним рівнем негативних емоцій, зокрема тривоги, напруження та емоційного виснаження. Крім того, він пов'язаний із особливостями когнітивної обробки інформації, такими як схильність до фокусування на негативних аспектах подій, перебільшення можливих загроз та труднощі у контролі емоційних реакцій (Eysenck et al., 2007). У цьому контексті важливим є зв'язок між сприйнятим стресом та індивідуальними психологічними характеристиками особистості.

За теорією стресу, запропонованою Гансом Селіє, хронічний стрес може порушувати нейрофізіологічну основу виконавчих функцій, зокрема когнітивної гнучкості. Під впливом стресу, у відповідь на потенційну загрозу активується гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова система. Це призводить до вивільнення кортизолу, основного гормону стресу. На короткий термін підвищення кортизолу може збільшувати пильність і готовність до дій, що допомагає людині мобілізувати свої ресурси для вирішення конкретної проблеми. Однак тривалий або надмірний вплив цього гормону негативно впливає на роботу префронтальної кори, центрального центру виконавчих функцій, відповідального за планування, контроль уваги, інгібіцію імпульсів та генерацію альтернативних стратегій. Зниження активності префронтальної кори призводить до “тунельного бачення”, коли організм фокусується лише на найбільш явних і небезпечних сигналах, і втрачає здатність аналізувати ситуацію комплексно (Miyaki, 2000).

Когнітивні процеси, такі як пам'ять і увага, є вразливими до змін, спричинених стресовими умовами. Помірний стрес може тимчасово посилювати консолідацію пам'яті, що забезпечує краще запам'ятовування критичних деталей у кризовій ситуації. Проте хронічний стрес чинить

руйнівний вплив: він знижує здатність до ефективного зберігання та відтворення інформації. Внаслідок цього людина може мати труднощі з концентрацією уваги, що обмежує її здатність сприймати та обробляти нову інформацію. Таке звуження уваги може погіршувати когнітивну ефективність, що знаходить відображення у зниженні продуктивності діяльності. Хронічний стрес утворює більш жорсткі ментальні схеми, коли людина змушена вибирати знайомі стратегії замість пошуку нових рішень. У таких умовах прийняття рішень стає більш імпульсивним або, навпаки, надмірно рефлексивним, що також може призводити до помилок, оскільки розглядаються лише обмежені варіанти дій. Таким чином, стрес не лише обмежує творчість, а й знижує здатність адаптувати поведінку до змін у навколишньому середовищі (Cacioppo et al., 2008). Порушення когнітивних процесів унаслідок стресу також пов'язані з розвитком психоемоційних розладів, наприклад, депресії, тривожних розладів, чи посттравматичного стресового розладу. Зниження когнітивної гнучкості, проблеми з пам'яттю та увагою можуть суттєво обмежувати здатність до саморегуляції та ефективного функціонування (Harel et al., 2023).

До того ж, важливо враховувати, що сучасні українські умови, у яких проводилося дане дослідження, формують стійке відчуття непередбачуваності майбутнього, що є одним із ключових предикторів підвищеного сприйнятого стресу. Дослідження, проведені серед внутрішньо переміщених осіб, студентів та громадян, які перебувають у різних регіонах України або за її межами, демонструють стабільно високі показники суб'єктивного стресу, що часто поєднується з підвищеною тривожністю та емоційною виснаженістю (Panzeri et al., 2022). Важливо, що навіть за відсутності безпосереднього травматичного досвіду, постійна інформаційна напруга та очікування загрози можуть підтримувати високий рівень сприйнятого стресу.

1.4. Зв'язок схильності до тривожного розладу з когнітивними стратегіями емоційної регуляції зі сприйнятим стресом

Схильність до тривожного розладу, когнітивні стратегії емоційної регуляції та сприйнятий стрес перебувають у складному взаємозв'язку, який може бути пояснений як на когнітивному, так і на нейропсихологічному рівнях. Особи з підвищеною тривожністю мають нижчий поріг оцінки життєвих ситуацій як потенційно загрозливих, що може призводити до більш високого рівня сприйнятого стресу. Вони частіше інтерпретують неоднозначні події як небезпечні або проблемні, що підсилює переживання емоційного напруження та психологічного дискомфорту.

Водночас рівень сприйнятого стресу значною мірою залежить від тих когнітивних стратегій емоційної регуляції, які використовує індивід у відповідь на складні життєві обставини. Використання дезадаптивних когнітивних стратегій може асоціюватися з підвищеним рівнем тривожності. Ці стратегії сприяють фіксації уваги на негативних аспектах подій, перебільшенню ймовірності загрози та зменшенню відчуття контролю над ситуацією. У результаті формується когнітивне коло підтримання тривоги, коли негативні думки не лише відображають емоційний стан, але й посилюють його, підвищуючи загальну емоційну напруженість. Натомість адаптивні стратегії когнітивної регуляції можуть бути пов'язані зі зниженням тривожності. Вони дозволяють переосмислювати ситуацію як менш загрозливу або більш контрольовану, що зменшує інтенсивність емоційної реакції та сприяє кращій психологічній адаптації. Це має впливати і на рівень сприйнятого стресу, так як інтерпретації стресових подій буде більш конструктивною. У цьому контексті когнітивні стратегії емоційної регуляції можуть виступати як важливий психологічний механізм, що опосередковує взаємозв'язок між тривожністю та переживанням стресу.

Крім того, з точки зору нейропсихології їх зв'язки базуються на динамічному балансі між кортикальними та підкорковими структурами мозку, насамперед між префронтальною корою та лімбічною системою. Особи з високою тривожністю демонструють функціональні особливості цього балансу, що проявляється у гіперреактивності мигдалеподібного тіла, яке забезпечує швидку оцінку стимулів як потенційно загрозливих, та відносно зниженій ефективності контролю з боку префронтальної кори, відповідальної за інтерпретацію та інгібіцію емоційних реакцій, а також опосередковано за регуляцію уваги. У результаті формується схильність до вибіркової уваги на загрозливі стимули, труднощів у переключенні уваги та зниження когнітивної гнучкості, що підсилює суб'єктивне переживання тривоги та сприяє зростанню сприйнятого стресу. У цьому контексті когнітивні стратегії емоційної регуляції виступають як функціональний механізм, що модулює активність цієї нейронної мережі. Адаптивні стратегії, зокрема когнітивна переоцінка та планування, пов'язані з підвищенням активності дорсолатеральної та вентромедіальної префронтальної кори, що посилює її гальмівний вплив на мигдалеподібне тіло та знижує інтенсивність емоційної реакції на стресові стимули. Натомість дезадаптивні стратегії, такі як румінація та катастрофізація, асоціюються з підтриманням підвищеної активності лімбічних структур і недостатнім залученням префронтальних механізмів контролю, що призводить до тривалої емоційної активації та суб'єктивного посилення стресу.

Помірний рівень стресу може стимулювати когнітивну концентрацію та сприяти ефективнішій обробці інформації, однак тривалий або надмірний стрес призводить до зниження пам'яті, уваги та когнітивної гнучкості. Хронічний стрес може порушувати ці механізми, знижуючи функціональну ефективність префронтальної кори та посилюючи реактивність лімбічних структур, що, у свою чергу, сприяє домінуванню менш адаптивних когнітивних стратегій для регуляції емоцій. Це призводить до зміщення

нейронного балансу у бік домінування підкоркових структур, що також посилює “тунельне” сприйняття загроз і закріплює використання менш адаптивних когнітивних стратегій. Таким чином, утворюється взаємопідсилювальне коло, у якому підвищена тривожність, неефективні когнітивні стратегії та сприйнятий стрес взаємно підтримують один одного через спільні нейрофізіологічні механізми регуляції емоцій і когнітивного контролю.

До того ж, контекст проведення дослідження, зокрема чинники пов’язані з війною та вимушеною міграцією, може суттєво впливати на статистичні показники у вибірці та зв’язки, які аналізуються. Тривала дія неконтрольованих стресорів підвищує загальний рівень сприйнятого стресу в популяції, що зміщує психологічне функціонування у бік більшої емоційної реактивності та посилення тривожних переживань. У таких умовах навіть нейтральні або амбівалентні події частіше інтерпретуються як загрозливі, що узгоджується з моделями когнітивної оцінки стресу, де ключову роль відіграє суб’єктивне трактування ситуації, а не лише її об’єктивні характеристики. Саме тому це особливо важливо враховувати при інтерпретації результатів дослідження.

Висновки до розділу 1

Отже, схильність до тривожного розладу, як континуальний конструкт в психологічному дослідженні, відображає індивідуальні відмінності у вираженості тривожної симптоматики та вразливості до розвитку тривожних розладів. У цьому контексті тривожність трактують як відносно стабільну характеристику особистості, що визначає тенденцію індивіда сприймати широкий спектр ситуацій як потенційно загрозливі, а також готовність реагувати навіть в умовах незначної небезпеки або напруження.

Когнітивні стратегії емоційної регуляції це способи мисленнєвої обробки емоцій, спричинених стресогенною або значущою подією. Вони

мають відносну стабільність та виступають як індивідуальний стиль реагування, проміжною ланкою між подією та емоційною реакцією.

Сприйнятий стрес визначається як суб'єктивна оцінка людиною того, наскільки життєві обставини у певний період часу сприймаються як непередбачувані, неконтрольовані та перевантажуючі.

Особи з підвищеною схильністю до тривожного розладу мають знижений поріг оцінки ситуацій як загрозливих і частіше інтерпретують неоднозначні події як небезпечні, що підвищує інтенсивність переживань і загальний рівень стресу. Водночас вибір когнітивних стратегій регуляції емоцій визначає, чи цей стрес буде пом'якшений або посилений. Деадаптивні стратегії фіксують увагу на негативних аспектах події, перебільшують ймовірність загрози та зменшують відчуття контролю, тоді як адаптивні стратегії сприяють переосмисленню подій і зниженню емоційної реактивності.

На нейропсихологічному рівні хронічний або надмірний стрес послаблює функції префронтальної кори й підсилює реактивність лімбічних структур, що сприяє домінуванню менш адаптивних стратегій і “тунельному” сприйняттю загроз. У результаті формується взаємопідсилювальне коло, де підвищена тривожність, неефективні когнітивні стратегії та високий рівень сприйнятого стресу взаємно підтримують і закріплюють один одного через спільні нейрофізіологічні механізми регуляції емоцій і когнітивного контролю.

Таким чином, можна припустити, що підвищений рівень тривожності пов'язаний з більш інтенсивним переживанням стресу та використанням деадаптивних когнітивних стратегій, які, у свою чергу, підтримують і посилюють тривожні симптоми. Водночас розвиток і використання адаптивних стратегій емоційної регуляції може зменшувати рівень

сприйнятого стресу, послаблювати тривожні переживання та сприяти більш ефективній психологічній адаптації.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ СХИЛЬНОСТІ ДО ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ З КОГНІТИВНИМИ СТРАТЕГІЯМИ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТА ЗІ СПРИЙНЯТИМ СТРЕСОМ

2.1. Основні етапи проведення емпіричного дослідження

Дослідження проводилося з використанням теоретичних та емпіричних методів, а саме:

1. Огляд та аналіз наукових джерел, теоретичних праць науковців, які досліджували дану проблематику, пошук відповідного інструментарію згідно з завданнями дослідження та розробка плану дослідження.
2. Створення інтегрованого опитувальника з використанням обраних методик та онлайн-анкетування респондентів.
3. Статистична обробка даних, їх аналіз та інтерпретація.

На першому етапі було проаналізовано різні дослідження, пов'язані з обраною темою. На основі цього було побудовано теоретичну модель дослідження. На другому етапі проведено емпіричне дослідження у формі онлайн-анкетування за обраними методиками із дотриманням конфіденційності даних кожної особи та за погодженням респондентів взяти участь в опитуванні. На третьому етапі відбулася статистична обробка даних за допомогою програми Jamovi 2.6.26. На основі даних було проведено U-тест порівняння двох незалежних груп, факторний аналіз головних компонент, кореляційний, медіаційний та модераційний аналіз.

2.2. Характеристика досліджуваної вибірки

До складу вибірки увійшло 107 осіб віком від 15 до 65 років. В ході аналізу, було прийнято рішення виключити з вибірки 7 осіб задля

забезпечення точності результатів, так як вони виявилися викидами, тобто мали аномальні поєднання значень, які сильно відрізняються від решти у вибірці, тому розмір вибірки зменшився до 100 осіб. Серед них - 62 жінки (62%) і 38 чоловіків (38%).

2.3. Опис методології та обґрунтування інструментарію дослідження

Дане дослідження проводилося з метою збору інформації щодо когнітивних стратегій емоційної регуляції та рівня сприйнятого стресу респондентів для подальшого аналізу їх зв'язку. Також було зібрано інформацію про рівень тривожності та проявів хронічної патологічної тривоги, аби підтвердити або спростувати їх зв'язок з вищезгаданими змінними.

Для вимірювання тривожності було використано “Шкалу депресії, тривожності та стресу” (DASS-21) Петера та Сідней Ловібондів (1995), адаптовану для української вибірки (І. Галецька, М. Кліманська, М. Перун). Дана методика складається з трьох шкал для вимірювання негативних емоційних станів, таких як депресія, тривога та стрес. Кожна з трьох шкал містить 7 питань. Шкала “Депресії”, що оцінює дисфорію, безнадію, знецінення життя, самоприпинення, ангедонію та інертність, не є доречною для даного дослідження, тому вона не буде використана. Шкала “Тривога” оцінює тривожність, панічність, вегетативне збудження, напругу м'язів, ситуативну тривогу та загальне суб'єктивне занепокоєння. Шкала “Стрес” чутлива до рівня хронічного неспецифічного збудження, оцінює труднощі з розслабленням, нервові збудження, надмірну реактивність і нетерплячість. Респондентів просять за 4-бальною шкалою оцінити, як часто вони відчували кожен стан протягом останнього тижня. Показники шкал депресії, тривоги та стресу обчислюють шляхом підсумовування балів за відповідними питаннями. З точки зору DSM-IV, дана шкала тривожності DASS-21

найбільше відповідає критеріям симптомів для різних тривожних розладів, за винятком генералізованого тривожного розладу, дослідження якого було охоплено іншою використаною методикою. Психометрично, DASS-21 суттєво відрізняється від діагностичних інструментів тим, що відображає те, що нормативні респонденти та особи з клінічної вибірки, є по суті відмінностями ступеня. Тобто, оцінки за шкалою DASS-21 є радше вимірними, ніж категоріальними. Однак у DASS-21 все ж наведено рекомендовані межі для традиційних позначень ступеня тяжкості: нормальний, помірний, тяжкий.

Для вимірювання проявів хронічної патологічної тривоги використовуватиметься “Шкала для оцінки генералізованого тривожного розладу” (GAD-7), що була створена міжнародним колективом клінічних психологів в 2006 році. Дана методика була адаптована для українців в 2024 році Надією Алексіною, Ольгою Герасименко, Денисом Лавриненко та Оленою Савченко. Наразі шкала включена до комплексного інструменту “The Patient Health Questionnaire”, розробленого корпорацією “Пфайзер” для використання в закладах охорони здоров’я. В основу формулювань методики були покладені критерії генералізованого тривожного розладу в DSM-IV та аналогічні опитувальники. У процесі апробації з 13 запропонованих тверджень були відібрані найбільш інформативні, які дозволили достатньо точно фіксувати наявність тривожного розладу і водночас відрізнити його від депресивних проявів. Фінальна версія GAD-7 включає сім пунктів, що описують вагомні симптоми патологічної тривоги, а також додаткове запитання, що стосується їхнього впливу на повсякденне функціонування, наскільки вказані проблеми ускладнювали роботу, домашні справи або спілкування з іншими. Респондентів запитують, як часто за останні два тижні їх турбував певний симптом. Пропонують чотири варіанти відповідей від “зовсім ні, ніколи” до “майже кожного дня”; при обробці їх переводять у кількісні оцінки від 0 до 3 балів. Сумарний показник шкали може складати

від 0 до 21 балу; вищі оцінки відповідають більшій вираженості симптоматики генералізованого тривожного розладу, як хронічної патологічної тривоги. Дана шкала була рекомендована як інструмент для оцінки тривожних розладів у професійних стандартах та керівництвах багатьох країн світу, включно з Україною. Методика також має встановлені “точки відсікання” 5, 10 і 15 балів: оцінка в діапазоні 0–4 відповідає мінімальним проявам; оцінка 5–9 визначена як легкі та м’які прояви; оцінка 10–14 означає помірно виражену симптоматику тривожного розладу; оцінка 15 та більше балів сигналізує про тяжкі випадки хронічної патологічної тривоги. Сумарний показник 10 балів виступає межею хронічної патологічного прояву тривоги. Хоча інструкція методики стосується двотижневого періоду, GAD-7 добре виявляє хронічну симптоматику. У роботі К. Kroenke et al. (2007) було показано, що GAD-7 добре виявляє не тільки генералізований тривожний розлад, але й інші патологічні тривожні стани: панічні напади, соціальну тривогу та посттравматичний стресовий розлад.

Попри те, що в вищезгаданій методиці “Шкала депресії, тривожності та стресу” (DASS-21) вже наявна шкала стресу як така, що стосується фізіологічних проявів психологічного напруження, нами було прийнято рішення використати “Шкалу сприйнятого стресу” (PSS-10) Шелдона Коена 1983 року для дослідження саме суб’єктивного сприйняття стресу. Вона визначає не стільки об’єктивні характеристики стресору, його природу, інтенсивність, тривалість, скільки суб’єктивну оцінку події в контексті можливостей подолання. Шкала вимірює, наскільки стресовим, тобто непередбачуваним, неконтрольованим і перевантаженим, людина вважає даний етап свого життя. Сприйнятий стрес розглядається як загальний результат впливу реальних подій, процесів подолання та ряду інших особистісних і контекстуальних чинників: очікувань, толерантності до фрустрації, рівня накопиченого стресу, ресурсного стану людини, наявності

соціальної підтримки тощо. Україномовну версію даної методики (з урахуванням контексту війни) розроблено О. Вельдбрехт та Н. Тавровецькою.

Для вимірювання когнітивних стратегій емоційної регуляції було використано “Опитувальник когнітивних стратегій емоційної регуляції” (CERQ) Надін Гарнефскі. Методика включає 21 твердження, кожне з яких респонденти мали оцінити за шкалою від мінімального 1 до максимального 5. Шкала має 9 шкал: “Самозвинувачення”, “Румінація”, “Катастрофізація”, “Звинувачення інших”, “Прийняття”, “Позитивна переорієнтація”, “Перефокусування на планування”, “Позитивна переоцінка” та “Переоцінка значущості”.

Кожна шкала уособлює собою певну когнітивну стратегію емоційної регуляції, а саме: шкала “Самозвинувачення” досліджує думки, в яких людина покладала провину за те, що з нею сталося, на себе; шкала “Румінація” оцінює роздуми про почуття та думки, пов’язані з негативною подією; шкала “Катастрофізація” досліджує думки, в яких людина явно підкреслювала жах того, що з нею сталося; шкала “Звинувачення інших” відображає думки, в яких людина покладає провину за те, що з нею сталося, на оточення або іншу людину; шкала “Прийняття” оцінює думки про прийняття того, що людина пережила, і змирення з тим, що сталося; шкала “Позитивна переорієнтація” характеризує роздуми про радісні та приємні речі замість того, щоб думати про саму подію; шкала “Перефокусування на планування” оцінює роздуми про те, які кроки варто зробити і як впоратися з негативною подією; шкала “Позитивна переоцінка” досліджує думки про надання події позитивного значення з точки зору особистого зростання; шкала “Переоцінка значущості” оцінює думки про те, щоб відкинути серйозність події або підкреслити її відносну значущість, порівнюючи її з іншими подіями.

Джерело, з якого була взята дана методика видається сумнівною, тож було прийнято рішення додатково здійснити перевірку внутрішньої узгодженості шкал за методом Альфа-Кронбаха вже після виключення викидів. Встановлено, що всі з 9-ти шкал продемонстрували допустимий рівень надійності ($\alpha > 0,6$), тоді як загальна внутрішня узгодженість методики була на гранично прийнятному рівні ($\alpha = 0,677$).

Таблиця 2.1.

Зведена таблиця статистичних показників надійності шкал
“Опитувальник когнітивних стратегій емоційної регуляції” (CERQ)

Когнітивна стратегія емоційної регуляції	Кореляція елементу-решт (r)	Показник Альфа-Кронбаха (α)
Самозвинувачення	0,393	0,642
Румінація	0,498	0,617
Катастрофізація	0,243	0,671
Звинувачення інших	0,075	0,702
Прийняття	0,517	0,620
Позитивна переорієнтація	0,273	0,667
Перефокусування на планування	0,414	0,639
Позитивна переоцінка	0,338	0,653
Переоцінка значущості	0,437	0,631

3

метою підвищення надійності було проведено аналіз показників кореляції елементу-решт. У результаті було встановлено, що шкала “Звинувачення інших” має вкрай низький рівень зв’язку з іншими шкалами даної методики ($r = 0,075$), що свідчить про слабку узгодженість із загальним конструктом.

Тому було прийнято рішення виключити зазначену шкалу з подальшого аналізу. Після її виключення загальний показник внутрішньої узгодженості методики підвищився до прийнятного рівня ($\alpha=0,702$). Значення коефіцієнта Альфа-Кронбаха, які були отримані для всіх використаних у цьому дослідженні шкал, свідчать про те, що твердження внутрішньо узгоджені, та дозволяють вважати застосований опитувальник надійним для подальшого аналізу саме цієї вибірки.

Таблиця 2.2.

Зведена таблиця уточнених статистичних показників надійності шкал “Опитувальник когнітивних стратегій емоційної регуляції” (CERQ) внаслідок вилучення “Звинувачення інших”

Когнітивна стратегія емоційної регуляції	Кореляція елементу-решт (r)	Показник Альфа-Кронбаха (α)
Самозвинувачення	0,469	0,655
Румінація	0,490	0,650
Катастрофізація	0,188	0,712
Прийняття	0,477	0,659
Позитивна переорієнтація	0,252	0,704
Перефокусування на планування	0,478	0,657
Позитивна переоцінка	0,359	0,681
Переоцінка значущості	0,443	0,662

Висновки до розділу 2

Отже, у даному розділі було проведено обґрунтування та опис методик, що були задіяні в дослідженні з метою виявлення схильності до тривожного

розладу, когнітивних стратегій емоційної регуляції та сприйнятим стресом. Також було охарактеризовано етапи проведення теоретичного та емпіричного дослідження.

Було використано методики, адаптовані під українську вибірку, зокрема для вимірювання проявів хронічної патологічної тривоги було використано “Шкалу для оцінки генералізованого тривожного розладу” (GAD-7), тривожність вимірювали за “Шкалою депресії, тривожності та стресу” (DASS-21). Хоча попередня методика включає в себе і шкалу стресу, було прийнято використовувати “Шкалу сприйнятого стресу” (PSS-10) з методологічних міркувань. Після додаткової перевірки внутрішньої узгодженості на даній вибірці для вимірювання когнітивних стратегій емоційної регуляції було використано “Опитувальник когнітивних стратегій емоційної регуляції” (CERQ), що включає в себе стратегії самозвинувачення, румінацію, катастрофізацію, прийняття ситуації, позитивної переорієнтації та позитивної переоцінки події, переоцінки її значущості, а також перефокусування на планування. Шкала, що вимірює рівень вираженості стратегії звинувачення інших виявилася ненадійною на даній вибірці, тому було прийнято рішення вилучити її з подальшого аналізу. Так як результати, отримані з аналізу, пов’язаного з цією змінною будуть не надійними та не валідними та не відповідатимуть вимогам наукової роботи.

Також, у даному розділі було надано детальну статистичну характеристику респондентів даної вибірки, де більшість склали жінки, а віковий діапазон обмежувався від 15 до 65 років. Це свідчить про те, що результати дослідження не стосуватимуться лише конкретної вікової групи, а можуть стосуватися людей різних вікових груп. До того ж, вилучення статистичних викидів, у результаті якого було сформовано очищену вибірку даних, придатну для подальшого статистичного аналізу. Це дозволило

зменшити вплив екстремальних значень на результати обчислень та підвищити їхню надійність.

З метою виконання поставлених завдань було обрано відповідні математико-статистичні методи обрахунку результатів, зокрема буде використано U-тест порівняння двох незалежних груп для виконання завдання з виявлення статевих відмінностей у даній вибірці, факторний аналіз головних компонент з метою виокремлення інтегрального показника схильності до тривожного розладу для подальшого більш цілісного аналізу його зв'язків з когнітивними стратегіями емоційної регуляції та з рівнем сприйнятого стресу. Також кореляційний, медіаційний та модераційний аналіз для виявлення взаємозв'язків між досліджуваними змінними, визначення та детального аналізу ролі схильності до тривожного розладу у впливі когнітивних стратегій емоційної регуляції на рівень сприйнятого стресу.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ СХИЛЬНОСТІ ДО ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ З КОГНІТИВНИМИ СТРАТЕГІЯМИ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТА ЗІ СПРИЙНЯТИМ СТРЕСОМ

3.1. Обробка та аналіз результатів дослідження

Згідно з даними онлайн-опитування, було отримано такі характеристики досліджуваної групи, як показники рівня тривожності та проявів хронічної патологічної тривоги, а також рівня психологічного напруження та сприйнятого стресу. Зокрема, було отримано результати щодо когнітивних стратегій емоційної регуляції, що вимірюються за шкалами “Самозвинувачення”, “Румінація”, “Катастрофізація”, “Прийняття”, “Позитивна переорієнтація”, “Перефокусування на планування”, “Позитивна переоцінка” та “Переоцінка значущості”. Це дозволяє в подальшому зробити висновок про зв'язок схильності до тривожного розладу з когнітивними стратегіями емоційної регуляції та зі сприйнятим стресом.

3.2. Описова статистика зібраних даних

Респондентів за рівнем сприйнятого стресу методика “Шкала сприйнятого стресу” (PSS-10) дозволяє нам умовно поділити на три групи. Ті, що набрали більше 27 балів, ті мають високий рівень сприйнятого стресу, ті, що набрали від 14 до 26 - помірний рівень, і ті, що набрали менше 13 - низький рівень. Отже, тоді в нас вийшло 21 (21%) осіб з високим рівнем сприйнятого стресу, 66 (66%) осіб з помірним рівнем сприйнятого стресу та 13 (13%) осіб з низьким рівнем сприйнятого стресу. Для показника “Рівень сприйнятого стресу” середнє значення становить 21,7, що свідчить про помірний рівень сприйнятого стресу. Медіана для цього показника дорівнює 22, що означає, що половина респондентів має оцінку сприйнятого стресу

вище 22, а інша половина нижче цього значення. Стандартне відхилення складає 6,24, що свідчить про помірний розкид результатів. Розподіл даних для цього показника може вважатися нормальним (значення p тесту Шапіро-Вілка = 0,090).

За використанням “Шкали депресії, тривожності та стресу” (DASS-21) було виявлено 54 (54%) осіб з дуже важким рівнем тривожності, які набрали більше 10 балів, 16 осіб (16%) з важким рівнем тривожності, 13 (13%) з помірним рівнем тривожності, 8 осіб (8%) з легким рівнем тривожності та 9 осіб (9%) з нормальним рівнем тривожності. Для показника “Рівня тривожності” середнє значення становить 10,3, що свідчить про дуже важкий рівень тривожності. Медіана для цього показника дорівнює 10, що означає, що половина респондентів має оцінку тривожності вище 10, а інша половина нижче цього значення. Стандартне відхилення складає 4,89, що свідчить про помірний розкид результатів. Розподіл даних для цього показника може вважатися відхиленням від нормального розподілу (значення p тесту Шапіро-Вілка = 0,044).

За проявами хронічної патологічної тривоги методика “Шкала генералізованого тривожного розладу” (GAD-7) видає 21 особу (21%) з високим рівнем проявів генералізованої тривоги, 30 осіб (30%) з помірним рівнем проявів генералізованої тривоги, 32 особи (32%) з легким рівнем проявів генералізованої тривоги та 17 осіб (17%) з мінімальним рівнем. Для показника “Рівень проявів генералізованої тривоги” середнє значення становить 9,80, що свідчить про легкий рівень проявів хронічної патологічної тривоги. Медіана для цього показника дорівнює 10, що означає, що половина респондентів має оцінку рівня проявів генералізованої тривоги вище 10, а інша половина нижче цього значення. Стандартне відхилення складає 4,94, що свідчить про помірний розкид результатів. Розподіл даних для цього

показника може вважатися відхиленням від нормального розподілу. (значення p тесту Шапіро-Вілка = 0,013).

“Опитувальник когнітивних стратегій емоційної регуляції” (CERQ) не дозволяє виокремити групи, а слугує лише для вимірювання когнітивних стратегій емоційної регуляції за окремими шкалами “Самозвинувачення”, “Румінація”, “Катастрофізація”, “Прийняття”, “Позитивна переорієнтація”, “Перефокусування на планування”, “Позитивна переоцінка” та “Переоцінка значущості”.

Для показника “Самозвинувачення” середнє значення становить 13,9, медіана для цього показника дорівнює 15, що означає, що половина респондентів має оцінку даної стратегії емоційної регуляції вище 15, а інша половина нижче цього значення. Стандартне відхилення складає 4,09, що свідчить про помірний розкид результатів. Розподіл даних для цього показника може вважатися відхиленням від нормального розподілу (значення p тесту Шапіро-Вілка $<0,001$).

Для показника “Румінація” середнє значення становить 13,9, медіана для цього показника дорівнює 14, що означає, що половина респондентів має оцінку даної стратегії емоційної регуляції вище 14, а інша половина нижче цього значення. Стандартне відхилення складає 3,41, що свідчить про помірний розкид результатів. Розподіл даних для цього показника може вважатися відхиленням від нормального розподілу (значення p тесту Шапіро-Вілка = 0,012).

Для показника “Катастрофізація” середнє значення становить 9,33, медіана для цього показника дорівнює 10, що означає, що половина респондентів має оцінку даної стратегії емоційної регуляції вище 10, а інша половина нижче цього значення. Стандартне відхилення складає 3,00, що свідчить про помірний розкид результатів. Розподіл даних для цього

показника може вважатися відхиленням від нормального розподілу (значення p тесту Шапіро-Вілка = 0,003).

Для показника “Прийняття” середнє значення становить 14,4, медіана для цього показника дорівнює 15, що означає, що половина респондентів має оцінку даної стратегії емоційної регуляції вище 15, а інша половина нижче цього значення. Стандартне відхилення складає 2,88, що свідчить про малий розкид результатів. Розподіл даних для цього показника може вважатися відхиленням від нормального розподілу (значення p тесту Шапіро-Вілка = 0,022).

Для показника “Позитивна переорієнтація” середнє значення становить 12,9, медіана для цього показника дорівнює 13, що означає, що половина респондентів має оцінку даної стратегії емоційної регуляції вище 13, а інша половина нижче цього значення. Стандартне відхилення складає 3,54, що свідчить про помірний розкид результатів. Розподіл даних для цього показника може вважатися нормальним (значення p тесту Шапіро-Вілка = 0,078).

Для показника “Перефокусування на планування” середнє значення становить 14,9, медіана для цього показника дорівнює 15, що означає, що половина респондентів має оцінку даної стратегії емоційної регуляції вище 15, а інша половина нижче цього значення. Стандартне відхилення складає 3,05, що свідчить про помірний розкид результатів. Розподіл даних для цього показника може вважатися відхиленням від нормального розподілу (значення p тесту Шапіро-Вілка = 0,005).

Для показника “Позитивна переоцінка” середнє значення становить 13,9, медіана для цього показника дорівнює 14, що означає, що половина респондентів має оцінку даної стратегії емоційної регуляції вище 14, а інша половина нижче цього значення. Стандартне відхилення складає 3,69, що свідчить про помірний розкид результатів. Розподіл даних для цього

показника може вважатися відхиленням від нормального розподілу (значення p тесту Шапіро-Вілка = 0,026).

Для показника “Переоцінка значущості” середнє значення становить 13, як і медіана для цього показника дорівнює 13, що означає, що половина респондентів має оцінку даної стратегії емоційної регуляції вище 13, а інша половина нижче цього значення. Стандартне відхилення складає 3,93, що свідчить про помірний розкид результатів. Розподіл даних для цього показника може вважатися відхиленням від нормального розподілу (значення p тесту Шапіро-Вілка = 0,035).

3.3. Факторний аналіз. Виокремлення інтегрального показника схильності до тривожного розладу

Для цілісного відображення схильності до тривожного розладу як багатовимірного та континуального конструкту є необхідним використання його інтегрального показника. Такий підхід дозволяє інтегрувати різні аспекти тривожності та забезпечує більш коректний аналіз її зв'язків із когнітивними стратегіями емоційної регуляції та рівнем сприйнятого стресу. З метою отримання узагальненого показника тривожності було здійснено об'єднання змінних “Рівень тривожності” та “Рівень проявів генералізованої тривоги” в єдиний показник за допомогою факторного аналізу. Такий підхід обґрунтований тим, що обидві шкали спрямовані на вимірювання одного й того ж конструкту - тривожності. Зокрема, показник “Рівня тривожності” фіксує загальне тривожне збудження, включаючи ситуативні та фізіологічні прояви. Шкала, що стоїть за цим показником найбільше відповідає критеріям симптомів для різних тривожних розладів, за винятком генералізованого тривожного розладу. Натомість показник “Рівня проявів генералізованої тривоги” безпосередньо орієнтований на виявлення проявів хронічної патологічної тривоги та відповідає характеристикам генералізованого

тривожного розладу. Об'єднання цих показників дозволяє інтегрувати як соматичні, так і когнітивні компоненти схильності до тривожного розладу.

Фактор було побудовано за допомогою аналізу головних складових компонент. Для перевірки доцільності застосування даного методу було проведено оцінку відповідних статистичних вимог. Ми маємо дві метричні шкали “Рівень тривожності” та “Рівень проявів генералізованої тривоги” та вибірку в 100 людей. Кількість досліджуваних перевищує кількість змінних рівно в 50 разів. Тест Бартлетта на сферичність виявився статистично значущим ($\chi^2=130$, $p<0,001$), що свідчить про наявність кореляцій між змінними та підтверджує доцільність факторного аналізу. Показник міри адекватності вибірки Кайзера-Мейєра-Олкіна (КМО) становив 0,5. Слід зазначити, що дане значення показника КМО знаходиться на мінімально допустимому рівні, що частково може бути зумовлено невеликою кількістю змінних, включених до аналізу. У випадку використання лише двох змінних показник КМО має обмежену інформативність. Аналіз власних значень показав наявність одного значущого компонента ($\lambda=1,858$), який пояснює 92,92% загальної дисперсії, тоді як другий компонент має значення менше 1 ($\lambda=0,142$) та за правилом Кайзера не підлягає інтерпретації. У такій ситуації обертання факторів не застосовується, оскільки змінні утворюють один спільний фактор. Це свідчить про наявність одного латентного компонента, який акумулює спільну дисперсію змінних. Тобто змінні “Рівень тривожності” та “Рівень проявів генералізованої тривоги” можуть бути об'єднані в один інтегральний показник.

Застосування факторного аналізу забезпечує емпіричне підтвердження того, що зазначені змінні мають спільну латентну основу, що дозволяє розглядати їх як прояви єдиного конструкту. У результаті було отримано інтегральний показник, який у межах даного дослідження інтерпретується як

“Індекс схильності до тривожного розладу” з ненормальним розподілом даних (значення p тесту Шапіро-Вілка = 0,026).

3.4. Аналіз та інтерпретація результатів застосування методу порівняння двох незалежних груп

Оскільки групи були не рівними за кількістю осіб (чоловіків - 38, жінок - 62), а також через те, що не всі шкали мають нормальний розподіл, було вирішено застосовувати непараметричний критерій Манна-Уїтні при порівнянні досліджуваних показників двох незалежних груп за статтю. За допомогою U-тесту були виконані незалежні вибіркові порівняння відмінності медіан різних когнітивних стратегій емоційної регуляції, рівня сприйнятого стресу та схильності до тривожного розладу між чоловіками та жінками.

Таблиця 3.1.

Зведена таблиця показників серед чоловіків і жінок

Шкала	Статистика	p-value	Розмір ефекту (r)	значення
Вік	1013	0,230	-0,140	малий
Індекс схильності до тривожного розладу	1042	0,336	0,115	малий
Рівень сприйнятого стресу	793	0,006	0,327	середній
Самозвинувачення	1152	0,855	-0,022	несуттєвий
Румінація	1011	0,233	0,142	малий
Катастрофізація	1162	0,909	0,014	несуттєвий
Прийняття	1172	0,969	-0,005	несуттєвий

Продовження таблиці 3.1.

Позитивна переорієнтація	1114	0,650	-0,054	несуттєвий
Перефокусування на планування	1006	0,219	-0,146	малий
Позитивна переоцінка	1028	0,286	-0,127	малий
Переоцінка значущості	1152	0,856	-0,022	несуттєвий

Згідно з результатами, для змінної “Вік” не було виявлено статистично значущу різницю ($p=0,230$), що свідчить, що обидві статі мають приблизно однаковий середній вік.

Аналогічно не було виявлено статистично значущу різницю для змінних “Індекс схильності до тривожного розладу” ($p=0,336$), а також для показників когнітивних стратегій емоційної регуляції “Самозвинувачення” ($p=0,855$), “Румінація” ($p=0,233$), “Катастрофізація” ($p=0,909$), “Прийняття” ($p=0,969$), “Позитивна переорієнтація” ($p=0,650$), “Перефокусування на планування” ($p=0,219$), “Позитивна переоцінка” ($p=0,286$) та “Переоцінка значущості” ($p=0,856$).

Однак було виявлено статистично значущу різницю між чоловіками та жінками для змінної “Рівня сприйнятого стресу” ($p=0,006$). Розмір ефекту є середнім ($r=0,327$). Більшість жінок мають середнє значення цього показника, який дорівнює 11,58 та медіану 12, що є вищим, за відповідний показник у чоловіків (середнє значення 9,18 та медіана 9).

Таблиця 3.2.

Зведена таблиця розподілених показників серед чоловіків і жінок

Шкала	Група	N	Середніший	Медиана	SD	SE
Вік	Чоловік	38	22,61	21,00	7,26	1,178
	Жінка	62	23,03	20,00	8,49	1,078
Індекс схильності до тривожного розладу	Чоловік	38	-0,12	-0,12	1,11	0,180
	Жінка	62	0,07	0,09	0,93	0,118
Рівень сприйнятого стресу	Чоловік	38	21,08	22,00	6,57	1,065
	Жінка	62	22,05	22,00	6,06	0,769
Самозвинувачення	Чоловік	38	14,08	15,00	3,91	0,634
	Жінка	62	13,82	15,00	4,23	0,537
Румінація	Чоловік	38	13,55	14,00	2,88	0,468
	Жінка	62	14,13	15,00	3,70	0,470
Катастрофізація	Чоловік	38	9,26	10,00	3,25	0,528
	Жінка	62	9,37	10,00	2,86	0,363
Прийняття	Чоловік	38	14,32	15,00	3,32	0,539
	Жінка	62	14,42	15,00	2,60	0,330
Позитивна переорієнтація	Чоловік	38	13,26	13,00	3,49	0,567
	Жінка	62	12,65	13,00	3,57	0,454
Перефокусування на планування	Чоловік	38	15,32	16,00	2,79	0,453
	Жінка	62	14,60	15,00	3,19	0,405
Позитивна переоцінка	Чоловік	38	14,39	14,50	3,40	0,551
	Жінка	62	13,56	14,00	3,84	0,488

“Продовження таблиці 3.2.”

Переоцінка значущості	Чоловік	38	13,11	13,00	3,67	0,596
	Жінка	62	12,89	13,00	4,11	0,522

3.5. Результати кореляційного аналізу та їх інтерпретація

Кореляційний аналіз було проведено з метою визначення наявності чи відсутності значущих кореляційних зв'язків між змінними, а також аналізу характеру кореляцій. Залежно від нормальності розподілу шкал під час аналізу були використані відповідні коефіцієнти Пірсона або Спірмена.

Кореляційний аналіз проводився з використанням відповідних коефіцієнтів кореляції й мав на меті виявити наявність або відсутність значущих зв'язків між “Індексом схильності до тривожного розладу” із “Рівнем сприйнятого стресу”, а також з когнітивними стратегіями емоційної регуляції. Результати кореляційного аналізу представлені у вигляді кореляційної матриці та відображені в таблицях 3.3 та 3.4.

Згідно з одержаними результатами, можемо простежити статистично значущу позитивну кореляцію високої сили між “Індексом схильності до тривожного розладу” із “Рівнем сприйнятого стресу” ($r=0,675$, при $p<0,001$).

Таблиця 3.3.

Матриця кореляцій “Індексу схильності до тривожного розладу” та “Рівня сприйнятого стресу”

Шкали	Індекс схильності до тривожного розладу	Рівень сприйнятого стресу
Індекс схильності до тривожного розладу	-	0.675 ($p<0,001$)

“Продовження таблиці 3.3.”

Рівень сприйнятого стресу	0.675 ($p < 0,001$)	-
---------------------------	-----------------------	---

Згідно з одержаними результатами, “Індекс схильності до тривожного розладу” має статистично значущі позитивні кореляції помірної сили з показником “Румінація” ($r=0,342$, при $p < 0,001$), а також помірної сили з “Катастрофізацією” ($r=0,308$ при $p=0,002$), слабкої сили з “Самозвинуваченням” ($r=0,267$ при $p=0,007$) та з “Переоцінкою значущості” ($r=0,240$ при $p=0,016$). До того ж, було виявлено, що зв’язки “Індексу схильності до тривожного розладу” зі змінними “Прийняття”, “Позитивна переорієнтація”, “Перефокусування на планування” та “Позитивна переоцінка” не досягли рівня статистичної значущості ($p > 0,05$).

“Рівень сприйнятого стресу” має статистично значущі позитивні кореляції помірної сили з “Катастрофізацією” ($r=0,306$ при $p=0,002$) та слабкої сили з “Румінацією” ($r=0,253$ при $p=0,011$), а також негативні кореляції слабкої сили з “Позитивною переорієнтацією” ($r= -0,276$ при $p=0,005$) та з “Позитивною переоцінкою” ($r= -0,212$ при $p=0,034$).

За допомогою кореляційного аналізу було виявлено, що зв’язки “Рівня сприйнятого стресу” зі змінними “Самозвинувачення”, “Прийняття”, “Перефокусування на планування” та “Погляду у перспективу” не досягли рівня статистичної значущості ($p > 0,05$).

Таблиця 3.4.

Матриця кореляцій “Індексу схильності до тривожного розладу” та “Рівня сприйнятого стресу” з когнітивним стратегіями емоційної регуляції

Шкали	Індекс схильності до тривожного розладу	Рівень сприйнятого стресу
Самозвинувачення	0.267 (p=0,007)	0.152 (p=0,131)
Румінація	0.342 (p<0,001)	0.253 (p=0,011)
Катастрофізація	0.308 (p=0,002)	0.306 (p=0,002)
Прийняття	0.160 (p=0,112)	0.037 (p=0,717)
Позитивна переорієнтація	-0.145 (p=0,151)	-0,276 (p=0,005)
Перефокусування на планування	0.075 (p=0,460)	-0.015 (p=0,880)
Позитивна переоцінка	-0.046 (p=0,653)	-0.212 (p=0,034)
Переоцінка значущості	0.240 (p=0,016)	0.167 (p=0,097)

3.6. Інтерпретація результатів медіаційного аналізу

У ході кореляційного аналізу було виявлено статистично значущі зв'язки між певними когнітивними стратегіями емоційної регуляції, “Індексом схильності до тривожного розладу” та “Рівнем сприйнятого стресу”. Це створює передумови для застосування медіаційного аналізу з метою детальнішого дослідження даних зв'язків, зокрема можливі опосередковані механізми впливу. Відповідно, когнітивні стратегії емоційної регуляції були обрані як предиктор, оскільки вони відображають способи інтерпретації та обробки стресогенних подій і можуть впливати на подальші емоційні стани. “Рівень сприйнятого стресу” виступає залежною змінною,

адже він є безпосереднім індикатором суб'єктивного переживання напруження. Водночас “Індекс схильності до тривожного розладу” розглядається як медіатор, оскільки він може виступати проміжною ланкою, через яку когнітивні стратегії впливають на інтенсивність переживання стресу, підсилюючи або послаблюючи цей зв'язок.

Разом із тим, враховуючи вимоги до застосування медіаційного аналізу, зокрема необхідність наявності статистично значущих кореляцій із медіатором, було попередньо визначено змінні, для яких побудова медіаційної моделі є недоцільною. Зокрема, стратегії “Прийняття” та “Перефокусування на планування” не продемонстрували значущих зв'язків ані з “Індексом схильності до тривожного розладу”, ані з “Рівнем сприйнятого стресу”. Аналогічно, стратегії “Позитивна переорієнтація” та “Позитивна переоцінка” не мають достатньої кореляційної основи для включення до медіаційної моделі. У зв'язку з цим подальший аналіз здійснювався лише для тих когнітивних стратегій, які відповідають необхідним статистичним вимогам.

Аналіз медіаційної моделі показав наявність повної медіації впливу стратегії “Самозвинувачення” на “Рівень сприйнятого стресу” через “Індекс схильності до тривожного розладу”. Непрямий ефект виявився статистично значущим ($a \times b = 0,264$; $SE = 0,103$; $Z = 2,562$; $p = 0,010$). Прямий ефект самозвинувачення на стрес без урахування медіатора не досяг рівня статистичної значущості ($c = 0,053$; $SE = 0,116$; $Z = 0,457$; $p = 0,648$). Загальний ефект залишився значущим ($c + a \times b = 0,317$; $SE = 0,149$; $Z = 2,125$; $p = 0,034$), проте його реалізація відбувається переважно через медіатор (83,3% загального впливу). До того ж, було виявлено, що стратегія самозвинувачення статистично значуще передбачає підвищення схильності до тривожного розладу ($a = 0,063$, $SE = 0,024$, $Z = 2,677$, $p = 0,007$), а схильність до тривожних розладів, у свою чергу, є потужним предиктором сприйнятого стресу ($b = 4,178$, $SE = 0,474$, $Z = 8,812$, $p < 0,001$).

Аналіз медіаційної моделі показав наявність повної медіації впливу стратегії “Румінації” на “Рівень сприйнятого стресу” через “Індекс схильності до тривожного розладу”. Непрямий ефект виявився статистично значущим ($a \times b = 0,410$; $SE = 0,125$; $Z = 3,292$; $p < 0,001$). Прямий ефект румінації на стрес без урахування медіатора не досяг рівня статистичної значущості ($c = 0,061$; $SE = 0,143$; $Z = 0,427$; $p = 0,669$). Загальний ефект залишився значущим ($c + a \times b = 0,471$; $SE = 0,177$; $Z = 2,664$; $p = 0,008$), проте його реалізація відбувається переважно через медіатор (87,1% загального впливу). До того ж, було виявлено, що стратегія румінації статистично значуще передбачає підвищення схильності до тривожного розладу ($a = 0,099$, $SE = 0,028$, $Z = 3,566$, $p < 0,001$), яка, у свою чергу, є потужним предиктором сприйнятого стресу ($b = 4,164$, $SE = 0,486$, $Z = 8,563$, $p < 0,001$).

Аналіз медіаційної моделі показав наявність повної медіації впливу стратегії “Катастрофізації” на “Рівень сприйнятого стресу” через “Індекс схильності до тривожного розладу”. Непрямий ефект виявився статистично значущим ($a \times b = 0,455$; $SE = 0,137$; $Z = 3,320$; $p < 0,001$). Прямий ефект катастрофізації на стрес без урахування медіатора не досяг рівня статистичної значущості ($c = 0,217$; $SE = 0,161$; $Z = 1,350$; $p = 0,178$). Загальний ефект залишився значущим ($c + a \times b = 0,672$; $SE = 0,197$; $Z = 3,410$; $p < 0,001$), проте його реалізація відбувається переважно через медіатор (67,7% загального впливу). До того ж, було виявлено, що стратегія катастрофізації статистично значуще передбачає підвищення схильності до тривожного розладу ($a = 0,113$, $SE = 0,031$, $Z = 3,620$, $p < 0,001$), яка, у свою чергу, є потужним предиктором сприйнятого стресу ($b = 4,013$, $SE = 0,483$, $Z = 8,30$, $p < 0,001$).

Аналіз медіаційної моделі показав наявність повної медіації впливу стратегії “Переоцінка значущості” на “Рівень сприйнятого стресу” через “Індекс схильності до тривожного розладу”. Непрямий ефект виявився статистично значущим ($a \times b = 0,248$; $SE = 0,108$; $Z = 2,290$; $p = 0,022$). Прямий

ефект погляду у перспективу на стрес без урахування медіатора не досяг рівня статистичної значущості ($c = -0,003$; $SE = 0,120$; $Z = -0,028$; $p = 0,977$). Загальний ефект залишився статистично незначущим ($c + a \times b = 0,245$; $SE = 0,157$; $Z = 1,562$; $p = 0,118$). Отримані результати змушують замислитися щодо наявності модерації впливу “Індексом схильності до тривожного розладу”.

3.7. Результати модераційного аналізу та їх інтерпретація

За допомогою модераційного аналізу було доведено наявність модерації впливу “Переоцінки значущості” на “Рівень сприйнятого стресу” через “Індекс схильності до тривожного розладу”. Взаємодійний ефект ($Estimate = 0,321$, $p = 0,009$) виявився статистично значущим, що свідчить про зміну сили та напрямку впливу залежно від значень схильності до тривожного розладу. Простий аналіз схилів підтвердив цю тенденцію: при низькому рівні значень схильності до тривожного розладу ефект стратегії переоцінки значущості мав негативний напрямок ($Estimate = -0,310$, $p = 0,062$), тоді як при високому рівні він ставав позитивним ($Estimate = 0,328$, $p = 0,062$), однак ці результати не досягли статистичної значущості.

Висновки до розділу 3

У даній вибірці, де кількісно жінки переважають над чоловіками, більшість респондентів демонструє помірний рівень сприйнятого стресу та помірний рівень фізіологічних проявів психологічного напруження, дуже високий рівень тривожності та помірний рівень проявів хронічної патологічної тривоги. Найбільш поширеними виявилися когнітивні стратегії емоційної регуляції перефокусування на плануванні, прийняття ситуації, самозвинувачення та румінації. Найменш поширеними виявилися позитивна переоцінка, переоцінка значущості, позитивна переорієнтація та катастрофізація.

Було обґрунтовано доцільність виділення нового узагальненого показника схильності до тривожного розладу за допомогою факторного аналізу. Було емпірично підтверджено що рівень тривожності та рівень проявів хронічної патологічної тривоги мають спільну латентну основу, що підтвердило обґрунтування того, що їх варто розглядати як прояви єдиного конструкту. Це дозволило інтегрувати різні аспекти тривожності з метою цілісного її відображення та коректного подальшого аналізу.

Порівняння двох груп за ознакою статі продемонструвало, що жінки мають статистично значуще вищі середні показники фізіологічних проявів психологічного напруження, таких як хронічне неспецифічне збудження, труднощі з розслабленням та надмірна реактивність. Інших статистично значущих відмінностей між групами виявлено не було.

Схильність до тривожного розладу має статистично значущу позитивну кореляцію з рівнем сприйнятого стресу. Подальший медіаційний аналіз показав, що схильність до тривожного розладу є потужним предиктором сприйнятого стресу. Цей зв'язок відіграватиме ключову роль в аналізі того, що схильність до тривожного розладу опосередковує вплив когнітивних стратегій емоційної регуляції на сприйнятий стрес.

Схильність до тривожного розладу має статистично значущі позитивні кореляції помірної сили з румінацією та катастрофізацією, а також позитивні кореляції слабкої сили зі самозвинуваченням та поглядом у перспективу.

Зв'язки схильності до тривожного розладу з такими когнітивними стратегіями емоційної регуляції як прийняття, позитивна переорієнтація, перефокусування на планування та позитивна переоцінка не досягли рівня статистичної значущості.

Рівень сприйнятого стресу має статистично значущі позитивні кореляції помірної сили з катастрофізацією та слабкої сили з румінацією, а

також негативні кореляції слабкої сили з позитивною переорієнтацією та з позитивною переоцінкою. Причому дані зв'язки можуть мати взаємний характер.

Зв'язки рівня сприйнятого стресу з такими когнітивними стратегіями як самозвинувачення, прийняття, перефокусування на планування та переоцінка значущості не досягли рівня статистичної значущості.

Виявлено наявність повної медіації у впливах стратегій самозвинувачення, катастрофізації та румінації на рівень сприйнятого стресу через схильність до тривожного розладу. У кожному випадку непрямий ефект виявився статистично значущим, а прямий ефект не досяг рівня статистичної значущості. Загальний ефект щоразу залишався значущим, проте його реалізація відбувається переважно через медіатор. Аналіз оцінки шляхів медіації додатково підтвердив, що дані стратегії статистично значуще передбачають підвищення схильності до тривожного розладу, яка, у свою чергу, істотно підвищує рівень сприйнятого стресу.

Також було виявлено наявність повної медіації впливу стратегії переоцінки значущості на рівень сприйнятого стресу через схильність до тривожного розладу. Непрямий ефект виявився статистично значущим. Прямий ефект переоцінки значущості на стрес без урахування медіатора не досяг рівня статистичної значущості, що підтверджує відсутність прямого зв'язку. Загальний ефект залишився статистично незначущим. Подальший модераційний аналіз даного впливу підтвердив роль схильності до тривожного розладу як статистично значущого модератора даного зв'язку. Взаємодійний ефект виявився статистично значущим, що свідчить про зміну сили та напрямку впливу залежно від значень схильності до тривожного розладу. Простий аналіз схилів підтвердив цю тенденцію, однак ці результати не досягли статистичної значущості.

ВИСНОВКИ

Отже, було виконано всі поставлені в дослідженні завдання, і, згідно з отриманими даними, можна зробити наступні висновки:

1. Особи з підвищеною схильністю до тривожного розладу мають знижений поріг оцінки ситуацій як загрозливих і частіше інтерпретують неоднозначні події як небезпечні, що підвищує інтенсивність переживань і загальний рівень стресу. Водночас вибір когнітивних стратегій регуляції емоцій визначає, чи цей стрес буде пом'якшений або посилений. Дезадаптивні стратегії фіксують увагу на негативних аспектах події, перебільшують ймовірність загрози та зменшують відчуття контролю, тоді як адаптивні стратегії сприяють переосмисленню подій і зниженню емоційної реактивності. На нейропсихологічному рівні хронічний або надмірний стрес послаблює функції префронтальної кори й підсилює реактивність лімбічних структур, що сприяє домінуванню менш адаптивних стратегій і “тунельному” сприйняттю загроз. У результаті формується взаємопідсилювальне коло, де підвищена тривожність, неефективні когнітивні стратегії та високий рівень сприйнятого стресу взаємно підтримують і закріплюють один одного через спільні нейрофізіологічні механізми регуляції емоцій і когнітивного контролю.
2. З підвищенням схильності до тривожного розладу стрімко зростатиме рівень сприйнятого стресу, а також вірогідніше для регуляції емоцій використовуватиметься когнітивна стратегія румінації та катастрофізації, дещо рідше стратегії самозвинувачення та погляду у перспективу. З підвищенням рівня сприйнятого стресу зростає вірогідність використання для

регуляції емоцій когнітивної стратегії катастрофізації, і дещо рідше стратегії румінації. До того ж, знижуватиметься ймовірність використання стратегій позитивної переорієнтації та позитивної переоцінки події. Причому усі зв'язки можуть мати взаємний характер.

3. Вплив когнітивних стратегій емоційної регуляції самозвинувачення, румінації та катастрофізації на рівень сприйнятого стресу має виключно опосередкований характер і реалізується через схильність до тривожного розладу. Дані стратегії підвищували схильність до тривожного розладу, який у свою чергу призводив до значного зростання сприйнятого стресу. Вплив когнітивної стратегії емоційної регуляції переоцінки значущості на рівень сприйнятого стресу здійснюється винятково через схильність до тривожного розладу, який виступає модератором зв'язку.
4. Більшість жінок мали вищі середні показники рівня сприйнятого стресу, аніж чоловіки, тобто частіше сприймали поточну життєву ситуацію як загрозливу, непередбачувану та неконтрольовану.

У ході аналізу результатів дослідження суттєвих статевих відмінностей виявлено не було, окрім рівня сприйнятого стресу. Хоча зазначені відмінності потребують урахування при інтерпретації окремих показників, загальні закономірності досліджуваних взаємозв'язків є релевантними для представників обох статей.

Проведене дослідження повною мірою не вичерпує всіх аспектів проблеми, що розглядалася. Перспективою подальших досліджень може бути емпіричне з'ясування особливостей зв'язку когнітивних стратегій, які не були пов'язані з тривожністю та сприйнятим стресом, з контекстуальними чинниками у межах, яких проводилося дане дослідження, зокрема того, чи

справді війна впливає на них та характер цього впливу. Також потребують детальнішого вивчення конкретні прояви модуляції схильністю до тривожного розладу у впливі переоцінки значущості на сприйнятий стрес; розробка та впровадження психокорекційних програм з профілактики та заходів, направлених на реабілітацію після хронічного стресу та/або соціальної ізоляції на тривалий період, що враховували б виявлену специфіку зв'язку тривожності з когнітивними стратегіями емоційної регуляції та сприйнятим стресом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Вельдбрехт О., Рибачок Д. (2025). Українська адаптація шкали процвітання. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія, 2(22), 12-20.
2. Коломієць Л., Григорюк Е. (2017). Психологічний зміст і чинники самотності особистості. Psychological journal, 7(3), 59–69.
3. Кочергіна, І. (2017). Когнітивні стратегії емоційної саморегуляції при психологічному насильстві. Міністерство освіти і науки України Львівський національний університет імені Івана Франка Філософський факультет Кафедра психології Студентське науково-практичне товариство психологів, 33.
4. Міністерство охорони здоров'я України. (2023). Перелік валідних методів психологічної діагностики, які можуть використовуватися для проведення психологічної діагностики та оцінки якості психологічної допомоги (Наказ № 2118 від 13.12.2023).
5. Aleksina, N., Gerasimenko, O., Lavrynenko, D., & Savchenko, O. (2024). Ukrainian adaptation of the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7): diagnostic experience in the state of martial law.
6. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
7. Arnsten, A. F. T. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. Nature Reviews Neuroscience, 10(6), 410–422.
8. Barbas, H. (2007). Flow of information for emotions through temporal and orbitofrontal pathways. Journal of Anatomy, 211(2), 237–249.
9. Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. American Psychologist, 55(11), 1247–1263.

10. Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.
11. Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49–58.
12. Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY: Basic Books.
13. Bishop, S. J. (2009). Trait anxiety and impoverished prefrontal control of attention. *Nature Neuroscience*, 12(1), 92–98.
14. Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561–576.
15. Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. W. W. Norton & Company.
16. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.
17. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
18. de Ridder, D. (1997). What is wrong with coping assessment? A review of conceptual and methodological issues. *Psychology & Health*, 12(3), 417–431.
19. Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215–226.
20. Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*, 7(2), 336–353.

21. Etkin, A., Büchel, C., & Gross, J. J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(11), 693–700.
22. Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141–149.
23. Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327.
24. Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.
25. Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291.
26. He, K., Chen, L., Fan, H., Sun, L., Yang, T., Liu, H., & Wang, K. (2025). Effects of Rumination and Emotional Regulation on Non-Suicidal Self-Injury Behaviors in Depressed Adolescents in China: A Multicenter Study. *Psychology Research and Behavior Management*, 18(0), 271–279.
27. Hoppen, T. H., & Morina, N. (2019). The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors. *Psychological Medicine*, 49(13), 2285–2293.
28. Husain, W., Inam, A., Wasif, S., & Zaman, S. (2022). Emotional Intelligence: Emotional Expression and Emotional Regulation for Intrinsic and Extrinsic Emotional Satisfaction. *Psychology Research and Behavior Management*, 15, 3901–3913.
29. Kalin, N. H., Shelton, S. E., & Davidson, R. J. (2004). The role of the central nucleus of the amygdala in mediating fear and anxiety in the primate. *Journal of Neuroscience*, 24(24), 5506–5515.

- 30.Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317–325.
- 31.Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- 32.LeDoux, J. E. (2012). Rethinking the emotional brain. *Neuron*, 73(4), 653–676.
- 33.Lenze, E. J., & Wetherell, J. L. (2011). A lifespan view of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(4), 381–399.
- 34.Lovibond, S.H.; Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation (Available from The Psychology Foundation, Room 1005 Mathews Building, University of New South Wales, NSW 2052, Australia.
- 35.MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 15–20.
- 36.McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904.
- 37.Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “Frontal Lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49–100.
- 38.Mogg, K., & Bradley, B. P. (1998). A cognitive-motivational analysis of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(9), 809–848.
- 39.Morina, N., Stam, K., Pollet, T. V., & Priebe, S. (2018). Prevalence of depression and PTSD in war survivors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 249–263.
- 40.Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511.

- 41.Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(5), 242–249.
- 42.Ochsner, K. N., Silvers, J. A., & Buhle, J. T. (2012). Functional imaging studies of emotion regulation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1251(1), E1–E24.
- 43.Ouimet, A. J., Kane, L., & Tutino, J. S. (2016). Fear of anxiety or fear of emotions? Anxiety sensitivity is indirectly related to anxiety and depressive symptoms via emotion regulation. *Cogent Psychology*, 3(1).
- 44.Öner, S. (2018). Neural substrates of cognitive emotion regulation: a brief review. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(1), 91–96.
- 45.Panzeri, A., et al. (2022). Psychological distress during global crises. *Psychological Medicine*, 52(10).
- 46.Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers* (3rd ed.). Holt Paperbacks.
- 47.Segel-Karpas, D. (2024). Anger and anxiety in older adults: a cross-lagged examination. *Aging & Mental Health*, 28(9), 1209–1215.
- 48.Shevchuk, O., Yasinska, O., & Hrytsenko, O. (2022). Mental health and stress resilience among Ukrainians during wartime. *Journal of Affective Disorders Reports*, 8, 100345.
- 49.Shackman, A. J., et al. (2011). The integration of negative affect, pain and cognitive control in the cingulate cortex. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(3), 154–167.
- 50.Singh, J., & Hassard, J. (2021). Emotional labour, emotional regulation strategies, and secondary traumatic stress: a cross-sectional study of allied mental health professionals in the UK. *The Social Science Journal*, 1–15.
- 51.Solonskyi, A., et al. (2024). Psychological well-being of Ukrainian students after full-scale war. *Psychiatria Polska*.
- 52.Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). Pain catastrophizing scale. *Psychological Assessment*, 7(4), 524–532.

53. Thibaut, F. (2017). Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 87–88.
54. Thibodeau, M. A., Welch, P. G., Sareen, J., & Asmundson, G. J. G. (2013). Anxiety disorders and suicidality. *Depression and Anxiety*, 30(10), 947–954.
55. Tsybuliak, N., et al. (2024). Anxiety among Ukrainian academic staff during wartime. *Scientific Reports*, 14, 27152.
56. Turnbull, K., Orr, C., & Cruz, S. (2025). Testing the effect of perceived stress and emotion regulation in the relationship between age and executive function. *Journal of Cognitive Psychology*, 37(5), 456–466.
57. Weissman, M. M., Klerman, G. L., Markowitz, J. S., & Ouellette, R. (1989). Suicidal ideation and panic disorder. *New England Journal of Medicine*, 321(18), 1209–1214.
58. Wells, A. (2000). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
59. World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*.
60. Zhang, Y., Rehman, S., Addas, A., Ahmad, M., & Khan, A. (2025). The Mediating Role of Cognitive Reappraisal on Bedtime Procrastination and Sleep Quality in Higher Educational Context: A Three-Wave Longitudinal Study. *Nature and Science of Sleep*, 17, 129–142.