

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Саморефлексія у осіб з тривожно-депресивними симптомами в умовах
воєнного стану**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»,
заочна форма навчання)

Копилової Єви Сергіївни

Науковий керівник:

Докторка філософії у галузі
психології (PhD), асистентка
кафедри психодіагностики та
клінічної психології,

Молотокас Антоніна Андріївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_

Протокол №___ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики
та клінічної психології

_____ Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ САМОРЕФЛЕКСІЇ ПРИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМАХ	7
1.1. Психологічні підходи до розуміння саморефлексії.....	7
1.2. Клініко-психологічні особливості тривожно-депресивних симптомів в умовах воєнного стану	11
1.3. Теоретичні уявлення про взаємозв'язок саморефлексії та тривожно-депресивних симптомів.....	20
Висновки до розділу 1	26
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОРЕФЛЕКСІЇ У ОСІБ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ СИМПТОМАМИ	28
2.1. Концептуальна модель та гіпотези.....	28
2.2. Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження	32
2.1.1. Етапи емпіричного дослідження.....	33
2.1.2. Характеристика психодіагностичних методик.....	34
2.3. Формування вибірки та збір даних.....	37
2.4. Методи статистичного аналізу.....	49
Висновки до розділу 2	50

**РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОРЕФЛЕКСІЇ
У ОСІБ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ СИМПТОМАМИ В
УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ 52**

3.1. Загальна описова статистика та порівняльний аналіз показників показників саморефлексії, самоспівчуття та тривожно-депресивних симптомів..... 52

3.2. Взаємозв'язок саморефлексії, самоспівчуття та тривожно-депресивних проявів..... 62

3.3. Роль самоспівчуття у взаємозв'язку саморефлексії та тривожно-депресивних проявів.....72

3.4. Обговорення результатів..... 82

Висновки до розділу 3..... 85

ВИСНОВКИ..... 87

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... 89

ДОДАТКИ.....98

ВСТУП

Актуальність теми дослідження.

Тривожно-депресивні симптоми є одними з найпоширеніших психічних проявів сучасності, які істотно знижують якість життя та спричиняють значні труднощі в соціальному, професійному та особистісному функціонуванні людини. В умовах постійних соціальних, економічних та політичних криз, зокрема в контексті сучасних воєнних подій в Україні, зростає важливість вивчення психологічних механізмів адаптації до складних життєвих обставин. Саморефлексія, як здатність до усвідомлення власних психічних станів та переживань, є одним із важливих факторів психологічного благополуччя, що дозволяє людині ефективно справлятися з тривожно-депресивними переживаннями.

Дослідження саморефлексії у контексті психопатології активно проводяться як вітчизняними, так і зарубіжними вченими. Так, питання особливостей саморефлексії при афективних розладах вивчалися у працях таких дослідників, як Дж. Тісдейл, З. Фройд, А. Бек, М. Вільямс, Л. Карамушка, Т. Титаренко та інших. Водночас недостатньо розкритим залишається питання специфічних особливостей саморефлексії саме в контексті тривожно-депресивної симптоматики, що вимагає поглибленого дослідження як для теоретичного розуміння цього явища, так і для розробки адекватних практичних стратегій психологічної допомоги.

Мета дослідження:

Виявити психологічні особливості саморефлексії у осіб із тривожно-депресивними симптомами.

Завдання дослідження.

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз наукових підходів до вивчення феномену саморефлексії, тривожно-депресивних симптомів та особливостей їх прояву в умовах воєнного стану.
2. Виявити специфіку функціонування саморефлексії у респондентів.

3. Встановити зв'язок саморефлексії з тривожно-депресивними симптомами у респондентів
4. Визначити можливості розвитку саморефлексії як ресурсу подолання тривожно-депресивних станів.

Об'єкт дослідження:

емоційна сфера особистості.

Предмет дослідження:

Психологічні особливості саморефлексії у осіб з тривожно-депресивними симптомами.

Методи дослідження.

У дослідженні використовувалися такі методи як теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація літературних джерел з тематики саморефлексії та тривожно-депресивних станів; емпіричні: психодіагностичні методики, зокрема: PHQ-9 (Kroenke et al., 2001), GAD-7 (Spitzer et al., 2006) та SCS-26 (Neff, 2003a,b). Українські адаптації та психометричні підтвердження цих інструментів представлені у сучасних емпіричних дослідженнях. Зокрема, валідність і надійність PHQ-9 підтверджено Центром громадського здоров'я України (2021). Адаптацію й перевірку GAD-7 здійснено у дослідженнях Хацько (2024) та Вадзюк (2023). Шкала самоспівчуття SCS-26 була адаптована та психометрично підтверджена в українських вибірках у роботах Вадзюк (2023); математико-статистичні: описова статистика, кореляційний аналіз Пірсона, порівняльний аналіз з використанням коефіцієнта альфа-Кронбаха, U-критерію Манна-Уїтні та регресійний аналіз, проведені з використанням програмного пакету Jamovi.

Дослідницька вибірка.

У дослідженні взяли участь 110 осіб (чоловіки та жінки) віком від 18 до 69 років із різним ступенем вираженості тривожно-депресивних симптомів. Опитування проводилося серед українців, яких безпосередньо торкнулася війна, — жителів великих і малих міст, селищ, а також тих, хто тимчасово перебуває за межами України внаслідок воєнного вторгнення. Дослідження

здійснювалося у листопаді 2025 року у форматі анонімного онлайн-опитування з використанням платформи Tally Forms.

Наукова новизна роботи полягає у встановленні ролі самоспівчуття як ключового механізму, що визначає вплив саморефлексії на тривожно-депресивні прояви у дорослих в умовах воєнного стану. *Уперше* в українському контексті емпірично показано, що самоспівчуття опосередковує зв'язок між саморефлексивним опрацюванням стресу та емоційним станом, а його дефіцит підсилює тривогу й депресивність. Уточнено взаємозв'язки між компонентами самоспівчуття (самодоброзичливістю, самосудженням, ізоляцією, усвідомленістю, надмірним ототожненням) та емоційним благополуччям. Поглиблено розуміння коморбідності тривожних і депресивних симптомів та їх інверсного зв'язку із самоспівчуттям. Виявлено вікові особливості динаміки самоспівчуття й симптоматики, а також підтверджено, що внутрішні емоційно-когнітивні процеси відіграють більшу роль, ніж сам факт воєнного досвіду.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що отримані результати можуть бути використані у клінічній психології, психотерапії й психоедукації для розробки індивідуальних і групових програм підтримки осіб у стані хронічного стресу. Дані слугують підґрунтям для формування тренінгів розвитку самоспівчуття, емоційної регуляції та адаптивної саморефлексії, а також лягли в основу авторських психоосвітніх напрацювань.

Достовірність та обґрунтованість результатів забезпечено використанням сучасних і валідних психометричних інструментів, репрезентативністю вибірки, а також застосуванням адекватних методів статистичної обробки отриманих даних.

Структура та обсяг роботи.

Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 97 найменування, з них – 70 іноземною мовою, 7 додатків. Основний текст роботи викладено на 85 сторінках, загальний обсяг роботи – 111 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ САМОРЕФЛЕКСІЇ ПРИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМАХ

1.1. Психологічні підходи до розуміння саморефлексії

Саморефлексія посідає центральне місце у структурі самосвідомості та особистісного розвитку, оскільки забезпечує здатність людини звертати увагу на власні думки, емоції й мотиваційні стани. Іще І. Кант визначав рефлексію як необхідну умову пізнання, завдяки якій суб'єкт отримує можливість усвідомлювати власні ментальні акти та співвідносити їх із внутрішніми законами розуму (Kant, 1781/1998). У межах української психологічної парадигми феномен рефлексії набув подальшого розвитку — зокрема у працях В. Роменця, який розглядав смислотворення, творчість і внутрішній діалог як механізми становлення цілісної особистості та її суб'єктності (Роменець, 2001).

У сучасній науковій літературі саморефлексія визначається як здатність людини усвідомлювати й аналізувати власні психічні стани та інтегрувати їх у систему цінностей і життєвих смислів (Morin, 2011; Vos & Vitali, 2018). Важливим її компонентом є метапізнання — «думання про мислення», що забезпечує контроль над когнітивними процесами й можливість їх цілеспрямованої регуляції (Yeung & Summerfield, 2014). Український дискурс доповнює це розуміння ідеями про рефлексивність як механізм професійного та особистісного розвитку, необхідний для формування відповідальності, суб'єктності та здатності людини до осмислення власної життєвої траєкторії (Крупельницька, 2018; 2023).

Особливого значення саморефлексія набуває в умовах тривалого стресу, зокрема під час воєнного стану. Під впливом травматичних подій, постійної загрози та невизначеності рефлексивні процеси можуть змінюватися, впливаючи на спосіб переживання та осмислення досвіду. Для осіб із тривожно-депресивними симптомами саме якість саморефлексії визначає, чи стає вона ресурсом адаптації, чи трансформується у дезадаптивні форми.

Сучасні дослідження показують, що у таких випадках рефлексія часто деформується, перетворюючись на румінації, надмірний самоконтроль, самозвинувачення або циклічне негативне мислення (McEvoy et al., 2013; Watkins, 2015). Такі процеси не сприяють інтеграції досвіду, а навпаки — підтримують негативні когнітивні схеми та посилюють емоційні розлади (Beck & Dozois, 2011).

Тому вивчення саморефлексії у осіб із тривожно-депресивними симптомами в умовах воєнного стану є важливим завданням сучасної клінічної психології. Воно дозволяє зрозуміти, які рефлексивні механізми сприяють адаптації та відновленню суб'єктності, а які — поглиблюють психопатологічні прояви. Дослідження також відкриває можливість для розроблення психологічних інтервенцій, спрямованих на розвиток конструктивної рефлексивності як ресурсу стійкості, емоційної регуляції та самовідновлення (Luyten & Fonagy, 2015).

Ідея самопізнання має витоки у класичній філософії. Вислів Сократа «пізнай самого себе» став основою європейської традиції саморефлексії як шляху до істини. І. Кант розглядав самосвідомість як апіорну умову будь-якого пізнання, стверджуючи, що здатність до саморефлексії робить можливими моральний вибір і відповідальність за власні дії (Kant, 1781/1998). У гуманістичній психології ідея саморефлексії набула ресурсного, позитивного змісту. К. Роджерс описував її як здатність особистості до глибинного прийняття власних переживань у процесі самоактуалізації (Rogers, 1961). А. Маслоу наголошував, що завдяки саморефлексії людина може рухатися від задоволення базових потреб до реалізації метапотреб — істини, краси, сенсу життя (Maslow, 1968). Таким чином, у гуманістичній традиції саморефлексія трактується як необхідна умова автентичного, цілісного розвитку особистості.

У когнітивній психології саморефлексія розглядається як процес метапізнання — здатність людини аналізувати власні думки, відстежувати автоматичні уявлення та оцінювати їхню адекватність (Morin, 2011; Yeung &

Summerfield, 2014). А. Бек визначав саморефлексію як ключову умову зміни дисфункціональних переконань: лише усвідомлені когнітивні схеми можуть бути трансформовані у більш адаптивні інтерпретації (Beck & Dozois, 2011). Особливе значення має теорія розбіжності Я. Е. Гігінса, яка описує невідповідності між «реальним», «ідеальним» і «належним» Я (Higgins, 1987). Саморефлексія дозволяє людині виявляти такі розбіжності та усвідомлювати їхній вплив на емоційний стан. У випадку тривожних і депресивних розладів ці невідповідності часто стають джерелом хронічного відчуття незадоволеності та стійко зниженої самооцінки.

У психоаналітичній традиції саморефлексія розуміється як інтроспективна здатність інтегрувати несвідомі імпульси у свідомий досвід. Фрейд вважав інсайт ключовим механізмом змін. У сучасних психодинамічних моделях концепція рефлексивної функції (mentalization) Пітер Фонагі та Мері Таргет трактується як здатність усвідомлювати психічні стани себе та інших, що є основою безпечної прив'язаності та ефективної емоційної регуляції (Fonagy & Target, 1997).

У межах екзистенційної психології саморефлексія розглядається як акт усвідомлення власного буття, свободи й відповідальності. В. Франкл підкреслював роль самодистанціювання — здатності займати зовнішню позицію щодо власних переживань (Frankl, 1963). Ж.-П. Сартр описував саморефлексію як спосіб відкриття власної екзистенційної відповідальності (Sartre, 1943), а Р. Мей наголошував на необхідності прийняття тривоги як невід'ємної умови існування (May, 1958).

У теорії діалогічного Я Г. Херманса особистість постає як множинність «Я-позицій», що перебувають у постійній взаємодії (Hermans, 2001). Саморефлексія в цьому підході — це внутрішній діалог між різними частинами Я, що забезпечує інтеграцію досвіду та гнучкість самосвідомості.

Людмила Францівна Крупельницька розглядає рефлексію як центральний механізм метатеоретичного мислення — здатності психотерапевта усвідомлювати способи власного мислення, позицію та

способи інтерпретації (Крупельницька, 2018). У новішій постнекласичній парадигмі психотерапії рефлексивність описується як багаторівневий процес діалогічності, контекстуальності й відкритості до множинних інтерпретацій (Крупельницька, 2023).

У теорії соціального навчання А. Бандура наголошував, що людина активно аналізує власні дії, прогнозує наслідки та формує очікування, а тому саморефлексія є механізмом саморегуляції та основою самоефективності (Bandura, 1986). Для осіб із тривожно-депресивною симптоматикою зниження самоефективності призводить до негативного переосмислення власних можливостей, що сприяє розвитку деформованої саморефлексії.

Дж. Кабат-Зінн та колеги запропонували модель усвідомленої уваги як неоцінного спостереження за внутрішніми процесами (Kabat-Zinn, 1994; Bishop et al., 2004). Така саморефлексія протистоїть румінаціям, характерним для депресії, і сприяє емоційній стабільності. Програми MBSR та МВСТ продемонстрували ефективність у профілактиці рецидивів депресії.

У межах позитивної психології М. Селігман та К. Пітерсон розглядали саморефлексію як інструмент усвідомлення сильних сторін, ресурсів і досягнень (Seligman & Peterson, 2004). Конструктивна саморефлексія сприяє розвитку життєстійкості та зниженню тривожно-депресивних проявів.

М. Рейхл довів, що саморефлексія має нейронну основу, пов'язану з активністю медіальної префронтальної кори та мережі пасивного режиму мозку (DMN) (Raichle, 2015). Підвищена активність DMN при депресії й тривозі пояснює схильність до румінацій і негативної внутрішньої фіксації.

У межах культурно-історичного та соціально-конструкціоністського підходів формування саморефлексії розглядається як процес, що виникає у контексті соціальної взаємодії та спирається на мовлення. Дж. Брунер (1990; 1991) підкреслював, що культура надає людині когнітивні інструменти, через які вона інтерпретує власний досвід, а мова виступає засобом організації внутрішнього діалогу. Подібної позиції дотримується і Г. Мід (1934), який

вважав, що «Я» формується через інтеріоризацію соціальних ролей та очікувань значущих інших.

Сучасні культурно-орієнтовані дослідження (Rogoff, 2003; Tomasello, 2014) підтверджують, що соціальні норми, наративи та контексти визначають спосіб, у який людина осмислює себе, свої переживання та життєві події. Негативні наративи, пов'язані з травмою чи культурним тиском, можуть сприяти формуванню деструктивної саморефлексії, а корекція цих сценаріїв є важливою частиною терапевтичного процесу.

М. Вайт і Д. Епстон розглядали саморефлексію як процес створення та трансформації життєвих історій (White & Epston, 1990). У депресивних станах переважають «дефіцитні історії», і терапія спрямована на формування альтернативних наративів.

Е. Веллс у межах метакогнітивної терапії показав, що ключову роль у депресії та тривозі відіграє ставлення до думок, а не сам зміст думок (Wells, 2009). Адаптивна саморефлексія допомагає дистанціюватися від думок як тимчасових явищ, знижуючи інтенсивність симптомів.

1.2. Клініко-психологічні особливості тривожно-депресивних симптомів в умовах воєнного стану

Тривожно-депресивна симптоматика має як універсальні, загальні прояви, притаманні клінічним станам цього спектра в будь-яких умовах, так і специфічні форми, що виникають або посилюються під впливом воєнного стану. Загальні симптоми включають емоційні, когнітивні та поведінкові порушення, які формують базову клінічну картину тривоги й депресії. Проте в умовах війни ці прояви зазнають якісної трансформації: хронічна загроза, невизначеність, повторні травматичні події та руйнування звичного життєвого світу змінюють їхню інтенсивність, структуру та взаємодію. Таким чином, воєнний стан не створює нових психічних механізмів, а радше модифікує вже наявні, підсилюючи окремі компоненти, спричиняючи появу змішаних форм і формуючи нові патерни реагування. Саме тому аналіз тривожно-депресивної

симптоматики в умовах війни потребує розмежування загальних симптомів і тих, що були трансформовані або актуалізовані внаслідок воєнних подій, а також розгляду зв'язку між ними.

Тривожно-депресивна симптоматика традиційно розглядається у клінічній психології як складний і мультикомпонентний феномен, що об'єднує ознаки двох груп розладів – тривожних та депресивних. Попри те, що класифікаційно вони можуть відноситися до різних категорій, сучасні дослідження переконливо демонструють їх часте співіснування, спільні механізми розвитку та значну коморбідність (Barlow, 2002; Clark & Beck, 2010). Саме тому останніми роками формується підхід до тривожно-депресивних станів як до єдиного спектра.

У цій частині розглядаються універсальні, загальні клінічні й психологічні прояви тривожно-депресивної симптоматики, які спостерігаються незалежно від соціально-культурного чи історичного контексту.

Емоційний компонент є центральним у клінічній картині, оскільки саме він найчастіше стає підставою для звернення по психологічну допомогу. Для тривожних станів характерні такі емоційні особливості: внутрішнє напруження, яке люди описують як «постійний неспокій»; відчуття загрози, навіть без конкретної причини; страх майбутнього, передчуття негативних подій; емоційна нестабільність та дратівливість; гіперчутливість до стресорів. Тривога має схильність до генералізації: від окремих ситуацій вона переходить до широкого кола життєвих сфер. Депресивний емоційний тон задається пригніченістю, зниженим настроєм; ангедонією – втратою здатності відчувати задоволення; емоційною пласкістю, зменшенням сили як позитивних, так і негативних емоцій; почуттям безнадії та безпорадності; сумом, провинною, соромом. Комбінація цих симптомів погіршує здатність особистості підтримувати позитивний контакт із собою та навколишнім світом. Когнітивний рівень у тривожно-депресивних станах є ключовим, оскільки він визначає, як людина інтерпретує події та як реагує на них. Депресивні

когнітивні викривлення А. Бек (Beck & Dozois, 2011) описав через когнітивну триаду депресії, що включає: негативне уявлення про себе («я недостойний/я не впораюся»); негативне уявлення про світ («світ небезпечний чи ворожий»); негативне уявлення про майбутнє («нічого не зміниться на краще»).

Ця триада формує песимістичний стиль мислення й підтримує депресивні переживання. Для тривожності характерні інші механізми: катастрофізація («станеться найгірше»); гіперузагальнення («раз не вийшло – ніколи не вийде»); персоналізація («це через мене»); чорно-біле мислення. Clark & Beck (2010) подають ці викривлення як основні механізми формування тривоги. Румінації – ключовий механізм хронізації розладів, це повторювані, нав'язливі роздуми про проблеми або негативні події, без переходу до рішення. Nolen-Hoeksema (2000) довела, що румінації підсилюють депресивні стани, збільшують тривогу, знижують здатність до концентрації, спричиняють емоційне виснаження, що у свою чергу прямо впливають на саморефлексію.

Watkins (2015) розрізняє конструктивну і неконструктивну саморефлексію; при тривожно-депресивній симптоматиці домінує саме неконструктивна форма. Поведінкові симптоми: уникання, апатія та порушення активності. Поведінкові прояви зумовлені емоційною та когнітивною сферою і суттєво впливають на якість життя.

Тривожна людина часто уникає ситуацій, у яких можливі труднощі або невідомість. Це може проявлятися як уникання соціальних контактів, уникання відповідальності, уникання нових завдань, уникання емоційного близького контакту. Депресивна частина проявляється як апатія, зменшення ініціативи, втрата інтересів, різке зниження продуктивності. Цей компонент є однією з причин, чому депресія впливає на працездатність. У багатьох осіб спостерігається порушення регуляції ритмів: погіршення сну (безсоння або надмірна сонливість), порушення апетиту, зміни ваги, фізична втома. Організм реагує на хронічну тривогу та депресію сукупністю фізичних симптомів: прискореним серцебиттям, напруження м'язів, болем у грудях, головними болями, проблемами з кишечником, загальним виснаженням. Ці симптоми

посилюють тривогу, адже людина починає сприймати їх як ознаку небезпеки. Сучасні нейропсихологічні дослідження показують декілька ключових механізмів. Гіперактивація амігдали призводить до гіперпильності, переживання загрози, емоційної реактивності. Порушення роботи префронтальної кори зумовлює труднощі планування, погіршення контролю емоцій, імпульсивність, ригідність мислення. Дисфункція Default Mode Network (DMN), яка відповідає за саморефлексію, ментальне моделювання майбутнього, інтеграцію досвіду. При депресії DMN гіперактивна прямий шлях до румінації (Raichle, 2015).

Тривожно-депресивні симптоми рідко існують ізольовано. Часто супроводжуються залежностями, соматичними розладами, розладами сну, вегетативними дисфункціями. Коморбідність ускладнює перебіг станів і знижує ефективність лікування. Тобто загальні тривожно-депресивні симптоми — це поєднання емоційних порушень, когнітивних викривлень, поведінкових змін, соматичних та нейропсихологічних механізмів. Цей спектр формує базу для подальшого розуміння того, як війна радикально змінює інтенсивність, структуру та якість цих симптомів — і чому вони стають глибшими, стійкішими та більш комплексними.

Воєнний стан створює специфічні умови, у яких загальні тривожно-депресивні симптоми зазнають якісної трансформації. Психічні процеси людини функціонують у режимі тривалого, інтенсивного та багаторазового стресу, що призводить до посилення наявних проявів, появи нових характеристик та зміни взаємодії між емоційною, когнітивною і поведінковою сферами. На відміну від звичайних життєвих труднощів, війна діє як хроностресор — довготривалий, повторюваний і непередбачуваний. Саме ця тривалість та частота загроз спричиняє перехід від окремих симптомів до стабільних змішаних станів, у яких тривога й депресія формують єдиний клінічний континуум (Shevlin et al., 2022; Gallagher et al., 2023).

Воєнні обставини значно змінюють емоційну динаміку тривожно-депресивних проявів. З одного боку, тривожні реакції посилюються через

реальні загрози, невизначеність і необхідність постійного моніторингу небезпеки. Людина перебуває у стані гіперактивації: підвищена пильність, напруга, різкі перепади емоцій, постійні «готовність до удару» або «очікування поганого». З іншого боку, тривале напруження виснажує емоційну систему, що призводить до емоційного вимкнення — одного з характерних симптомів воєнного стану. У багатьох людей спостерігається притуплення емоцій, «заморожений» стан, відсутність реакції на звичні стимули, неможливість відчувати позитивні емоції, втрата тонких емоційних відтінків, відчуття емоційної відчуженості. Ця амбівалентність — одночасне співіснування гіперзбудження та емоційного виснаження — майже не трапляється в «мирних» депресивних або тривожних станах. Вона описана в сучасній літературі як «oscillating emotional profile» — коливальний емоційний профіль, характерний для хронічної небезпеки (Kalaitzaki et al., 2024). Когнітивні процеси зазнають найбільшої трансформації, адже вони першими реагують на потребу швидко оцінювати небезпеку й адаптуватися.

У воєнний час катастрофізація перестає бути суто викривленим мисленням — значна частина загроз об'єктивні. Це створює ефект змішування реальних і прогнозованих небезпек. Людина перестає відрізняти високі ризики від низьких, реагуючи на всі як на однаково загрозливі. Якщо в мирний час румінації найчастіше стосуються міжособистісних проблем, самовпевненості чи життєвих помилок, то в умовах війни їх центральними темами стають: життя та смерть, безпека близьких, майбутнє країни, втрати, можливість повторної травми. Ці румінації глибші, важчі та стійкіші — Watkins (2015) називає такі форми «high-load rumination», які значно підсилюють депресивні та тривожні тенденції. Однією з найбільш характерних рис є колапс майбутнього. Особи в умовах війни часто описують неможливість планувати, страх довгострокових рішень, відчуття «часу, що завис», фрагментацію життєвої лінії. Титаренко (1998) називала це руйнуванням життєвого світу, де особистість втрачає почуття внутрішньої безперервності.

Оскільки поведінкові патерни у воєнний час формуються під дією не лише внутрішніх станів, а й зовнішніх обставин, поширеним явищем в умовах війни є вимушене та вибіркоче уникання: люди уникають нових соціальних контактів через почуття небезпеки, обмежують пересування, уникають великих скупчень, зменшують активність, пов'язану з ризиком. Це відрізняється від мирного уникання, яке здебільшого є внутрішньо мотивованим. Частина людей демонструє заморожування (freeze-реакція), різке падіння активності, зниження ініціативності. Інші — навпаки — підсилюють активність у спробі контролювати ситуацію (гіперактивність, надмірна зайнятість). В умовах війни майже універсально спостерігаються зміни сну (затримки, часті пробудження, кошмари), підвищена втомлюваність, соматизація (болі, тремор, напруження, вегетативні реакції). Це підсилює депресивний компонент і ускладнює відновлення.

На нейробиологічному рівні відбуваються якісні зміни: гіперактивація амигдали (постійне відчуття загрози); гіпофункція префронтальної кори (труднощі концентрації, регуляції емоцій); виснаження гіпокампа (погіршення пам'яті, дезорієнтація в часі); дисбаланс мережі пасивного режиму (румінації, патологічна саморефлексія) (Raichle, 2015). Під впливом війни мозок працює в режимі «збереження виживання», що змінює всю систему психічної регуляції. До посилення тривожно-депресивної симптоматики призводять також втрати близьких, дому, роботи; вимушена міграція, зміна соціального статусу; розрив соціальних зв'язків; інформаційна перенасиченість; постійний контакт із чужою травмою (вторинна травматизація). Українські дослідження (Ткачишина, 2025; Хацько, 2024; Вадзюк, 2023) доводять, що вразливими є студенти, медики, військові, біженці та ВПО. На основі цих даних я можу виділити 4 унікальні синдромні прояви, які рідко трапляються в мирний час:

✓ Тривожно-депресивний коливальний синдром (емоційні «гойдалки» між гіперзбудженням і виснаженням)

- ✓ Екзистенційно-румінаційний синдром (думки про життя/смерть, неможливість побудувати майбутнє)
- ✓ Поведінкова фрагментація (зміна стилів реагування, нестабільність активності)
- ✓ Соматизована тривога (війна → тіло → мозок)

Війна не створює нових психічних механізмів — вона трансформує, підсилює та ускладнює вже наявні. Загальні тривожно-депресивні симптоми отримують нову інтенсивність, нові тригери, нову структуру, нові взаємозв'язки. Це формує специфічну воєнну форму тривожно-депресивного реагування, яка потребує окремого клініко-психологічного аналізу.

Тривожно-депресивна симптоматика є одним із найбільш поширених і клінічно значущих феноменів у сучасній психології та психотерапії. Дані систематичних оглядів свідчать, що тривога та депресія часто мають спільний механізм розвитку й перебігу, тому нерідко проявляються у змішаній формі, що характеризується вищою інтенсивністю та більшою стійкістю симптомів (Barlow, 2002; Clark & Beck, 2010).

У міжнародних класифікаціях DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) та ICD-11 (World Health Organization, 2019) змішаний тривожно-депресивний розлад визначається як поєднання помірних тривожних і депресивних проявів, що тривають не менше двох тижнів та суттєво порушують повсякденне функціонування. У воєнних умовах така симптоматика проявляється значно частіше через хронічну загрозу, невизначеність та повторювані травматичні події.

Актуальні дослідження за 2022–2025 роки демонструють суттєве зростання рівня тривоги та депресії серед українського населення під час повномасштабного вторгнення. Так, Shevlin та співавт. (2022) виявили високі показники тривоги, депресії та посттравматичного стресу серед дорослих українців, тоді як Gallagher et al. (2023) підтвердили тенденцію до змішаних симптомів у біженців та внутрішньо переміщених осіб. Українські емпіричні дослідження також свідчать про високий рівень емоційного виснаження,

тривоги та депресії серед медиків (Хацько, 2024), студентів (Ткачишина, 2025) та військовослужбовців (Вадзюк, 2023). У всіх групах простежується спільний патерн — одночасна присутність тривожних і депресивних проявів, що підтверджує змішану природу симптоматики у період війни.

Тривожно-депресивні стани охоплюють емоційний, когнітивний і поведінковий компоненти, які взаємно підсилюють один одного. В умовах війни ці компоненти набувають специфічних рис: емоційна гіперактивація через постійну небезпеку; когнітивні викривлення, пов'язані з загрозою, невизначеністю і втратою контролю; поведінкове уникання, що посилюється обмеженнями пересування, відсутністю безпечних місць та втратою звичних соціальних ролей.

Тривала дія стресорів формує замкнені патогенетичні цикли: тривога живить румінації, румінації знижують активність, уникання формує депресивний настрій (Nolen-Hoeksema, 2000; Watkins, 2015). Титаренко (1998) зазначає, що в умовах небезпеки та радикальних життєвих змін страждає здатність людини до саморегуляції й осмислення досвіду. Це робить особистість більш вразливою до тривожно-депресивних реакцій та знижує адаптивні форми поведінки.

У фазі війни емоційний компонент значно посилюється. З боку тривожності домінують внутрішня напруга, передчуття небезпеки, гіперпильність та емоційна нестійкість. З боку депресії проявляються ангедонія, емоційна плоскість, відчуття безсилля, втрата сенсу й емоційне виснаження. Змішана симптоматика створює своєрідну «емоційну пастку»: людина відчуває фізіологічну напругу, але не має ресурсу для активності, що формує стан безпорадності та блокування дії (Luyten & Fonagy, 2015).

Це емоційне виснаження має прямий зв'язок із когнітивними процесами, оскільки саме вони підтримують і підсилюють змішані прояви тривожності й депресії. Когнітивні порушення вважаються центральним механізмом у формуванні та закріпленні цих станів. Депресивні викривлення («когнітивна тріада») включають негативне уявлення про себе, спотворене бачення світу та

песимістичне сприйняття майбутнього (Beck & Dozois, 2011). Тривожні викривлення включають: катастрофізацію, «чорнобіле» мислення, перебільшення ризику (Clark & Beck, 2010). У воєнних умовах ці викривлення активуються значно частіше через реальні загрози та невизначеність майбутнього.

Nolen-Hoeksema (2000) і Watkins (2015) доводять, що румінації є ключовим чинником хронізації тривожно-депресивних симптомів. У контексті війни зміст румінацій набуває специфічних тематичних акцентів: страх втрат, можливість повторної травми, постійне питання безпеки, невизначеність майбутнього («що зі мною буде далі?»). Таке зосередження на загрозі формує феномен патологічної саморефлексії, коли внутрішній моніторинг фокусується переважно на негативних інтерпретаціях і потенційних ризиках.

На поведінковому рівні це проявляється униканням, соціальною ізоляцією, апатією, зниженням активності та відмовою від діяльності, яка раніше приносила задоволення. В умовах війни ці тенденції додатково посилюються обмеженнями середовища та постійною зовнішньою загрозою. Поведінкова активація, як показують Martell et al. (2010), є одним із найефективніших способів відновлення функціонування та зменшення симптомів депресії, що робить її особливо актуальною у стані тривалого воєнного стресу.

Якість саморефлексії визначає характер тривожно-депресивних переживань: при тривозі вона часто набуває форми гіперконтролю та загрозоорієнтованого мислення; при депресії — деструктивних румінацій і самозвинувачення; у воєнних умовах формується змішаний «контрольно-румінаційний» контур, у якому людина одночасно прагне контролювати неконтрольоване та застрягає у повторюваних негативних думках. Watkins (2015) підкреслює, що така деструктивна саморефлексія блокує адаптивні механізми мислення і сприяє поглибленню симптомів.

Ключовим фактором, який може змінювати напрям саморефлексивного процесу, є самоспівчуття. Відповідно до концепції Neff (2003) та регуляційної моделі Gilbert (2005), самоспівчуття знижує інтенсивність румінацій, пом'якшує самокритику та сприяє переходу від загрозової орієнтації до більш збалансованого, регульованого способу самоусвідомлення. Метааналітичні дослідження (MacBeth & Gumley, 2012; Zessin et al., 2015) показують, що високий рівень самоспівчуття асоціюється з нижчим рівнем тривожності й депресивності, а також послаблює вплив негативних когнітивних процесів на клінічні прояви.

Таким чином, самоспівчуття виступає не лише емоційним ресурсом, а й модератором якості саморефлексії: за низького рівня самоспівчуття саморефлексія легко переходить у румінації, гіперконтроль та катастрофізацію; за високого — вона набуває конструктивного характеру, сприяє емоційній стабілізації та підтримує адаптивну регуляцію.

У цьому контексті твердження Wells (2009) про те, що не зміст думок, а ставлення до них визначає їхній вплив на психіку, набуває додаткової значущості: самоспівчуття формує саме те ставлення, яке дозволяє саморефлексії залишатися адаптивною, навіть за умов тривалого стресу та невизначеності.

1.3. Теоретичні уявлення про взаємозв'язок саморефлексії та тривожно-депресивних симптомів

У сучасній клінічній психології все більшої уваги набуває аналіз внутрішніх психологічних механізмів, які лежать в основі виникнення, перебігу та подолання тривожно-депресивних станів. Одним із ключових таких механізмів є саморефлексія — здатність людини усвідомлювати й осмислювати власні думки, почуття, мотиви та дії, інтегруючи їх у цілісну «внутрішню картину» себе та світу. Саморефлексія визначає, як конструюється суб'єктивний досвід: чи стає він джерелом розвитку й

адаптації, чи перетворюється на простір повторюваного болю і фіксації травматичних змістів.

Дослідники підкреслюють амбівалентний характер саморефлексії: вона може бути як фактором психічного здоров'я, так і чинником ризику. У адаптивному варіанті саморефлексія сприяє усвідомленню переживань, пошуку смислу, формуванню гнучких копінг-стратегій та інтеграції важких подій у життєву історію особистості (Frankl, 1963; Vos, 2018). У деструктивному варіанті вона набуває форм румінацій, самозвинувачення, гіперконтролю, що підкріплюють тривогу й депресію (Nolen-Hoeksema, 2000; Watkins, 2008; Wells, 2009). Саме тому теоретичний аналіз взаємозв'язку між саморефлексією та тривожно-депресивними симптомами стає одним із центральних напрямів сучасних досліджень. У межах цього підрозділу розглядаються дві площини:

1. Як якість саморефлексії впливає на перебіг тривожно-депресивної симптоматики;
2. Як тривожно-депресивні стани деформують саморефлексію, перетворюючи її з ресурсу на чинник підтримання розладу. Після опису загальних закономірностей буде проаналізовано, як цей взаємозв'язок трансформується в умовах воєнного стану.

Більшість емпіричних і теоретичних моделей збігаються в тому, що саме якість і стиль саморефлексії значною мірою визначають перебіг тривожно-депресивних станів (Beck & Dozois, 2011; Clark & Beck, 2010; Nolen-Hoeksema, 2000). Класичним прикладом деструктивної саморефлексії є румінації. Nolen-Hoeksema (2000) описує їх як повторюваний, нав'язливий аналіз власних проблем і негативних емоцій без руху до вирішення. Дослідження показують, що румінації не лише відображають депресивний настрій, а й передбачають його поглиблення та хронізацію, збільшуючи ризик розвитку депресивних епізодів і змішаних тривожно-депресивних станів.

Watkins (2008) запропонував розрізнити конструктивну і неконструктивну повторювану рефлексію: перша пов'язана з пошуком рішень і інтеграцією

досвіду, друга — з замкненим колом негативних роздумів, що підсилюють депресію й тривогу. При тривожно-депресивних станах переважає саме неконструктивний тип саморефлексії.

У осіб із високою тривожністю саморефлексія часто набуває форми гіперконтролю: людина постійно «сканує» власні стани, шукає потенційну небезпеку, прогнозує негативні сценарії. Clark і Beck (2010) підкреслюють, що така надмірна зосередженість на внутрішніх сигналах не зменшує тривогу, а, навпаки, підтримує її, створюючи враження постійної загрози.

У випадку депресивних станів деструктивна саморефлексія проявляється як самозвинувачення і фіксація на негативній когнітивній тріаді — уявленнях про себе як «недостатнього», світ як «ворожий» і майбутнє як «безперспективне» (Beck & Dozois, 2011). У такому разі внутрішній діалог стає «фільтром», що пропускає переважно інформацію, яка підтверджує власну нікчемність і безвихідь, а будь-які альтернативні смисли ігноруються. Метакогнітивна модель Wells (2009) робить акцент не стільки на змісті думок, скільки на ставленні до них. Патологічна саморефлексія формується, коли людина сприймає власні думки як загрозові, неконтрольовані й «тотально правдиві» та постійно намагається їх контролювати. Це запускає синдром когнітивної уваги: румінації, загрозоорієнтоване мислення, фіксацію на симптомах.

Таким чином, деструктивна саморефлексія (румінації, гіперконтроль, самозвинувачення) виступає активним механізмом підтримання тривожно-депресивних симптомів, тоді як конструктивна — є ресурсом їх подолання. Взаємозв'язок має двобічний характер: не лише стиль саморефлексії впливає на симптоматику, а й тривожно-депресивні стани змінюють саму здатність людини рефлексувати.

За Беком, депресія супроводжується когнітивним звуженням: людина втрачає здатність бачити ситуації багатовимірно, її мислення стає більш ригідним і селективно налаштованим на негативні стимули (Beck & Dozois, 2011). У таких умовах саморефлексія втрачає функцію пошуку нових смислів

і перетворюється на механізм повторюваного «прокручування» власних невдач, що поглиблює безнадійність.

Тривожні розлади пов'язані з фрагментарністю думок, катастрофізацією та високою чутливістю до невизначеності (Clark & Beck, 2010). Саморефлексія таких пацієнтів часто складається з уривчастих, тривожних фантазій, які не інтегруються в цілісний образ ситуації. У підсумку внутрішній діалог не веде до вирішення, а посилює відчуття хаосу й безпорадності.

Frankl (1963) підкреслював, що центральним компонентом депресивного переживання є втрата смислу, «екзистенційний вакуум». У такому стані саморефлексія не відкриває нові горизонти, а фіксує відчуття безглуздості власного існування. Українська дослідниця Т. Титаренко, аналізуючи життєві кризи, показує, що тривалий внутрішній конфлікт щодо сенсу життя та майбутнього призводить до руйнування «життєвого світу» людини, а здатність до рефлексивного смислотворення стає критично ослабленою.

Емоційна дисрегуляція, властива тривожно-депресивним станам, безпосередньо впливає на якість саморефлексії. Дослідження українських авторів показують, що при високій емоційній напрузі внутрішній діалог стає хаотичним, афективно перевантаженим, а здатність до усвідомленого осмислення переживань знижується (Кириленко, 2020).

Нейропсихологічні роботи підтверджують ці спостереження: Raichle (2015) показав, що при депресії та тривозі мережа пасивного режиму мозку (Default Mode Network), яка відповідає за саморефлексивне мислення, демонструє гіперактивність. Це супроводжується підвищеною схильністю до румінацій і самозаглиблення, які підтримують симптоматику.

Отже, тривожно-депресивні прояви створюють умови, за яких саморефлексія втрачає гнучкість, багатовимірність і смислотворчий потенціал, трансформуючись у жорсткий, самопідсилювальний механізм. Різні підходи по-своєму висвітлюють цей зв'язок: когнітивна модель (Beck & Dozois, 2011) показує, як негативні схеми та автоматичні думки задають рамку

для саморефлексії: внутрішній діалог відбувається в координатах «я — неспроможний», «світ — ворожий», «майбутнє — безнадійне». Модель румінацій (Nolen-Hoeksema, 2000) описує, як повторюваний аналіз негативного досвіду без переходу до дії перетворює саморефлексію на пастку, що підтримує депресію та тривогу. Метакогнітивна модель (Wells, 2009) акцентує роль установок щодо власних думок: коли людина боїться свого мислення й намагається його жорстко контролювати, саморефлексія стає джерелом патології. Екзистенційний підхід (Frankl, 1963; Vos, 2018) розглядає саморефлексію як процес смислотворення: здатність знайти або створити сенс у стражданні стає ключовим ресурсом протидії депресивним тенденціям. Діалогічна модель Я (Hermans, 2001) описує саморефлексію як внутрішній діалог між різними «Я-позиціями»; при тривожно-депресивних станах домінують «Я-слабкий», «Я-безпорадний», тоді як терапія спрямована на активізацію ресурсних позицій. Метатеоретичний підхід (Крупельницька, 2018, 2023) в українській традиції показує, що рефлексія на метарівні (над власними теоріями, уявленнями й наративами) є ключовим механізмом професійного й особистісного розвитку, а її деформації можуть відображати глибші тривожно-депресивні процеси.

Узгодженою для всіх моделей є теза про те, що не сама наявність саморефлексії, а її якість, зміст, спрямованість і метарівень визначають, чи буде вона ресурсом, чи ризиком.

В умовах війни взаємозв'язок між саморефлексією та тривожно-депресивною симптоматикою набуває особливої гостроти. Воєнний досвід — це не лише зовнішній стресор, а й глибокий виклик для системи смислів, у якій саморефлексія відіграє провідну роль. По-перше, війна суттєво змінює зміст румінацій і внутрішнього діалогу. Дослідження показують, що у мешканців України та суміжних країн набули поширення специфічні форми повторюваних думок про війну: постійні повернення до образів насильства, втрат, страху за близьких, а також моральні дилеми й почуття провини за власне виживання (Li et al., 2023; Li et al., 2024). Такі «воєнні румінації»

поглиблюють тривогу й депресію, стаючи прикладом патологічної саморефлексії, зміст якої насичений екзистенційними загрозами.

По-друге, війна радикально змінює часову перспективу саморефлексії. Життєва лінія стає фрагментованою, майбутнє сприймається як невизначене або відсутнє, а теперішнє — як режим постійного виживання. Це ускладнює смислотворчу роботу саморефлексії: замість інтеграції досвіду в цілісний життєвий наратив людина переживає «обрив» історії, що підсилює депресивні тенденції (Титаренко, 2018).

По-третє, емпіричні дослідження українських вибірок (студенти, медики, військові, ВПО) демонструють поєднання високого рівня тривожно-депресивних симптомів із інтенсивним самозапитуванням про сенс, відповідальність, провину, майбутнє (Xu et al., 2023; Wang et al., 2024; Ткачишина, 2025). Це свідчить, що війна активує саморефлексію, але її вектор може бути як деструктивним (румінації, самозвинувачення, безнадійність), так і ресурсним (пошук сенсу, перегляд цінностей, досвід посттравматичного зростання).

По-четверте, у роботах українських психологів (Крупельницька Л.Ф. Титаренко Т.М., Кириленко Т.С.) підкреслюється, що усвідомлене, смислотворче ставлення до власного досвіду є ключовою умовою збереження психологічного здоров'я в умовах тривалої кризи, включно з воєнною. Це дозволяє розглядати саморефлексію в умовах війни як своєрідний «перехрест» між ризиком і ресурсом:

- якщо вона фіксується на втраті, несправедливості, провині й безсиллі — вона підсилює тривожно-депресивні стани;
- якщо спрямовується на пошук опор, цінностей, нових форм участі в житті — вона сприяє формуванню життєстійкості та посттравматичного зростання.

Таким чином, в умовах воєнного стану саморефлексія виступає не лише модератором тривожно-депресивних симптомів, а й медіатором між травматичними подіями та їхнім суб'єктивним переживанням. Саме тому

теоретичне й емпіричне дослідження якості саморефлексії у осіб із тривожно-депресивною симптоматикою в умовах війни є не тільки науково актуальним, а й соціально значущим завданням, що має безпосереднє клініко-психологічне застосування.

Висновки до розділу 1

1. Саморефлексія є багатовимірним феноменом, який охоплює філософські, когнітивні, екзистенційні, соціокультурні та нейропсихологічні аспекти. Теоретичний аналіз засвідчив, що вона виступає центральним механізмом самосвідомості, визначає здатність людини осмислювати власні переживання, формувати смисли та підтримувати внутрішню цілісність.
2. Якість саморефлексії визначає психологічну адаптацію людини. Різні підходи підкреслюють : конструктивна саморефлексія сприяє розвитку, саморегуляції й стійкості; деструктивна (румінації, самокритика, гіперконтроль) — поглиблює емоційні розлади та порушує процеси смислотворення.
3. Тривожно-депресивні симптоми мають комплексну природу, включаючи емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти. У межах воєнного стану вони трансформуються під впливом хронічного стресу, невизначеності та досвіду втрат, що робить їх більш стійкими, поліморфними та такими, що взаємно підсилюють одне одного.
4. Воєнний контекст посилює дезадаптивні механізми, такі як румінації, катастрофізація, емоційне виснаження, порушення поведінкової активності. Тривале перебування у стані загрози створює умови для формування специфічних патогенетичних контурів, де тривога й депресія переплітаються з екзистенційними переживаннями.
5. Взаємозв'язок саморефлексії з тривожно-депресивною симптоматикою є взаємним і циклічним. Деструктивна саморефлексія підтримує негативні емоційні стани. Тривожно-депресивні симптоми деформують рефлексивні

процеси, звужуючи їх до негативно забарвлених форм. У результаті формується замкнене коло, що ускладнює саморегуляцію та функціонування.

6. У воєнних умовах саморефлексія набуває екзистенційного змісту, стаючи інструментом осмислення втрат, невизначеності та травматичного досвіду. Водночас вона може перетворитися на джерело додаткового психічного навантаження, якщо переважають дезадаптивні форми осмислення.
7. Саморефлексія виступає не тільки індикатором психічного стану, але й ключовим механізмом подолання тривожно-депресивних проявів. Її конструктивні форми здатні відновлювати смисли, посилювати суб'єктність і відкривати можливість для життєтворення навіть у ситуаціях високої невизначеності.
8. Теоретичний огляд підтверджує необхідність емпіричного дослідження того, як саме різні типи саморефлексії (конструктивні та деструктивні) пов'язані з вираженістю тривожно-депресивних симптомів у українських респондентів у контексті війни. Це дозволить поглибити розуміння клініко-психологічних механізмів адаптації та створити науково обґрунтовані засади для психологічних інтервенцій.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОРЕФЛЕКСІЇ У ОСІБ З ТРИВОЖНО- ДЕПРЕСИВНИМИ СИМПТОМАМИ

2.1. Концептуальна модель та гіпотези

У сучасній клінічній психології простежується значний інтерес до вивчення саморефлексії як механізму, що визначає перебіг і динаміку тривожно-депресивних симптомів. Дослідження останніх десятиліть демонструють, що якість саморефлексії безпосередньо пов'язана зі здатністю особистості регулювати емоції, опрацьовувати стрес і формувати адаптивні стратегії поведінки. Значний внесок у розуміння цього механізму зробили роботи, присвячені румінаціям як формі деструктивної саморефлексії: у класичних дослідженнях Nolen-Hoeksema (2000) доведено, що румінації є предиктором виникнення та хронізації депресії, а Watkins (2008) наголошує на розмежуванні конструктивних і неконструктивних форм повторюваних думок, що по-різному впливають на психічне благополуччя.

У сфері дослідження самоспівчуття, яке розглядається як одна з форм конструктивної саморефлексії, ключову роль відіграли роботи К. Neff (2003a; 2003b). Запропонована нею Self-Compassion Scale дозволяє оцінити структурні компоненти саморефлексивного процесу — зокрема, самодоброту, уважність, відчуття спільної людяності, а також самокритичність, ізоляцію та надмірне ототожнення з емоційними переживаннями. Багато досліджень продемонстрували зв'язок низького рівня самоспівчуття з підвищеною тривожністю, депресивними симптомами та емоційною дисрегуляцією (MacBeth & Gumley, 2012; Zessin et al., 2015).

Вивчення тривожних і депресивних розладів часто здійснюється за допомогою коротких скринінгових інструментів, які мають високу психометричну надійність. На міжнародному рівні «золотим стандартом» є шкала депресії PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) та шкала генералізованої тривожності GAD-7 (Spitzer et al., 2006). Обидві методики широко

використовуються у сучасних дослідженнях психічного здоров'я, зокрема у вибірках, пов'язаних із впливом війни, хронічного стресу та травматичних подій (Vindegaard & Benros, 2020).

В українському дослідницькому полі після 2022 року з'явилася велика кількість робіт, спрямованих на вивчення психологічних наслідків війни, посттравматичного стресу, депресивних і тривожних станів, а також чинників, що сприяють адаптації або дезадаптації (UNICEF, 2023; WHO, 2022). У рамках цих досліджень все частіше застосовуються показники емоційної регуляції, румінацій, самоствалення, стратегій подолання та якості внутрішнього діалогу. У своїх роботах Титаренко (2019) та Кириленко (2020) підкреслюють важливу роль особистісної рефлексії в умовах кризових переживань, втрати контролю та порушення життєвої безперервності.

Таким чином, аналіз сучасної літератури свідчить про потребу у комплексному дослідженні взаємозв'язку між саморефлексією, тривожно-депресивними симптомами та впливом воєнного контексту. Це дозволяє детальніше зрозуміти, які внутрішні механізми пояснюють розвиток та підтримання цих станів.

На основі теоретичних підходів та аналізу попередніх досліджень у даній роботі було виокремлено такі ключові параметри емпіричного дослідження:

- Якість саморефлексії (індикатори Self-Compassion Scale — SCS-26). Шкала SCS-26 вимірює шість взаємопов'язаних компонентів: самодоброта, самосудження, спільна людяність, ізоляція, уважність, надмірне ототожнення з переживаннями. Комбінація цих показників дозволяє оцінити якість саморефлексії як конструктивну або деструктивну (Neff, 2003a).
- Депресивні симптоми (PHQ-9). Інструмент вимірює інтенсивність пригніченого настрою, ангедонії, втоми, порушення концентрації та інших проявів депресії (Kroenke et al., 2001).

- Тривожні симптоми (GAD-7). Показники тривожності включають неспокій, гіпернастороженість, напруження, відчуття загрози та фізіологічні прояви тривоги (Spitzer et al., 2006).
- Воєнний досвід (соціально-демографічні індикатори). Враховуються: досвід евакуації чи релокації, досвід втрати близьких; суб'єктивна оцінка власного емоційного стану (1–10). Ці індикатори дозволяють оцінити вплив воєнного контексту на саморефлексію та емоційний стан.

Концептуально дослідження спирається на уявлення про саморефлексію як механізм, що опосередковує вплив стресових подій на емоційний стан. Теоретичні моделі румінацій (Nolen-Hoeksema, 2000), метакогнітивна модель А. Wells (2009) та дані нейропсихологічних досліджень свідчать, що надмірна активність default mode network — мережі мозкових структур, відповідальної за внутрішньоспрямоване мислення та самоаналіз (Raichle, 2015), — пов'язана з посиленням негативного, циклічного самозосередження. У поєднанні з екзистенційними чинниками, описаними В. Франклом (1963), це дозволяє припустити, що саме якість саморефлексії визначає, чи перетворюється переживання стресу на конструктивний процес смислотворення або, навпаки, на дезадаптивні тривожно-депресивні стани. В українській психологічній традиції важливий внесок у розуміння рефлексії зробила Л. Крупельницька, яка розглядає її як метамеханізм метатеоретичного мислення психотерапевта та як багаторівневий процес усвідомлення, інтерпретації й інтеграції досвіду. У постнекласичній парадигмі, запропонованій авторкою, рефлексія трактується не лише як когнітивна здатність, а як відкрита діалогічна система, здатна до переосмислення, гнучкості та множинності інтерпретацій (Крупельницька, 2012; 2018; 2023). Такий підхід підсилює концептуальну основу цього дослідження, яке фокусує увагу на якості саморефлексії як чиннику, що опосередковує взаємозв'язок між воєнним стресом та тривожно-депресивною симптоматикою.

У межах цієї роботи саморефлексія розглядається через конструкт самоспівчуття як інтегрального механізму, що включає емоційну регуляцію,

ставлення до себе та характер внутрішнього діалогу. Воєнний контекст при цьому виступає важливим фоновим чинником, який посилює або ускладнює функціонування цього механізму.

Емпірична модель дослідження ґрунтується на припущенні, що воєнний стрес впливає на якість саморефлексії (SCS-26), яка, у свою чергу, визначає інтенсивність тривожно-депресивних симптомів (PHQ-9, GAD-7). Окремі компоненти SCS-26 можуть виступати медіаторами, що пояснюють характер цього впливу. Концептуальна модель дослідження представлена на рисунку 2.1

Відповідно до цієї моделі було сформульовано такі гіпотези:

1. Вищий рівень самоспівчуття асоціюється з нижчими показниками тривоги та депресії.
2. Деструктивні компоненти саморефлексії (самосудження, ізоляція, надмірне ототожнення) позитивно корелюють із депресивними та тривожними симптомами.
3. Воєнний досвід (евакуація, втрата, релокація) підсилює негативний зв'язок між самокритикою та тривожно-депресивною симптоматикою.
4. Суб'єктивна оцінка власного емоційного стану негативно корелює з показниками PHQ-9 та GAD-7 і позитивно — з рівнем самоспівчуття.
5. Якість саморефлексії (через самоспівчуття) опосередковує зв'язок між воєнним стресом та тривожно-депресивними проявами.

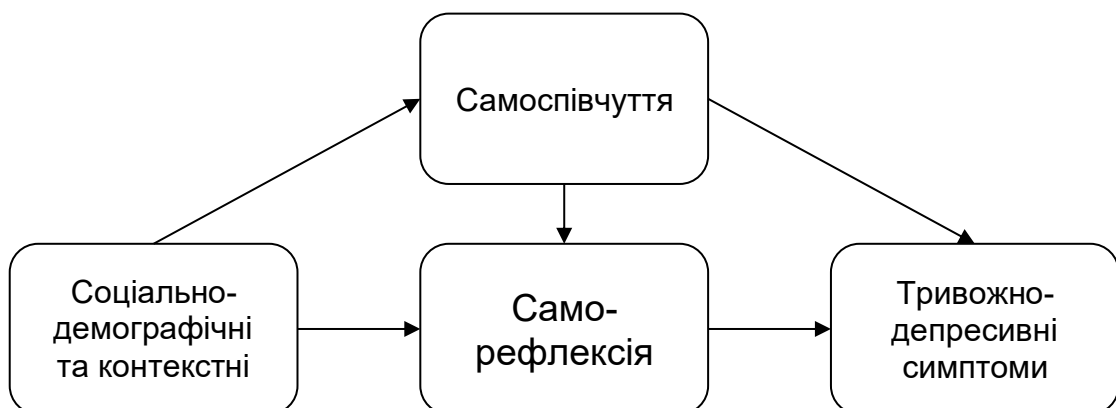


Рисунок 2.1. Емпірична модель дослідження

2.2. Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження

Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження базується на поєднанні сучасних вимог до кількісних психологічних досліджень та специфіки вибірки, що перебуває у стані тривалого воєнного стресу. У такому контексті особливого значення набуває розробка дизайну, який одночасно забезпечує наукову валідність, етичність, екологічність умов збору даних та мінімізацію емоційного навантаження на учасників. Крос-секційний (одноразовий) дизайн обрано з огляду на його здатність фіксувати актуальний психоемоційний стан респондентів, що є важливим у ситуації постійної зміни зовнішніх умов, характерної для періоду воєнного стану. Такий підхід дозволяє отримати достовірне уявлення про взаємозв'язок між саморефлексією, самоспівчуттям і тривожно-депресивними симптомами саме у тій формі, у якій вони актуально проявляються у повсякденному житті дорослого населення.

Методологічна побудова дослідження виходить із необхідності узгодити концептуальну модель із реальними можливостями емпіричного вимірювання. Це передбачає точний добір показників саморефлексії (через індикатори SCS-26), емоційної симптоматики (PHQ-9, GAD-7) та ситуаційних умов, пов'язаних із воєнним досвідом. Важливим принципом було дотримання рівноваги між теоретичною складністю конструкта саморефлексії та практичною доступністю його операціоналізації у форматі онлайн-опитування.

У межах дослідження особливої уваги надано вимогам етичності та психологічної безпеки, що є критично важливими під час роботи з вибіркою, яка потенційно має підвищений рівень вразливості (додаток А). Формат дистанційного збору даних через адаптивну платформу Tally дає змогу створити умови, у яких респонденти можуть заповнювати анкету у власному темпі, у безпечному для них місці, без ризику зовнішнього тиску. Це підвищує якість відповідей та забезпечує достовірність вимірів. Таким чином, методологічне обґрунтування дослідження поєднує кілька рівнів: науково-

теоретичний (узгодженість із концептуальною моделлю), психометричний (надійність інструментів), процедурний (чіткі етапи організації дослідження), етичний (безпека, добровільність, інформована згода), контекстуальний (урахування воєнного стану як чинника, що впливає на саморефлексію та психічний стан).

2.1.1. Етапи емпіричного дослідження

Організація емпіричного дослідження ґрунтувалася на міжнародних стандартах проведення психологічних досліджень (АРА, 2017; АРА, 2020) та рекомендаціях щодо роботи з вибірками, які перебувають у стані підвищеного стресу або травматизації (WHO, 2022; UNICEF, 2023). Методологічна логіка також спиралася на сучасні підходи до кількісного дослідження у психології (Creswell & Creswell, 2018), принципи статистичної обґрунтованості (Cohen, 1988; Field, 2018) та вимоги до перевірки якості даних (Ghasemi & Zahediasl, 2012).

Етапи дослідження були вибудовані таким чином, щоб забезпечити валідність, надійність і безпечність збору даних у воєнних умовах. На підготовчому етапі здійснювався відбір психодіагностичних методик — SCS-26 (Neff, 2003a; 2003b), PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) та GAD-7 (Spitzer et al., 2006). Цей добір спирався на їхню доведену психометричну надійність у контекстах стресу, депресивних і тривожних станів (MacBeth & Gumley, 2012; Zessin et al., 2015). Після цього проводилося створення структури анкети та адаптація її формату до онлайн-умов воєнного часу.

На організаційному етапі було створено онлайн-опитувальник на платформі Tally, що забезпечило анонімність, доступність та безпечність участі. Застосування онлайн-формату відповідає сучасним рекомендаціям щодо досліджень у кризових ситуаціях, коли мобільність респондентів обмежена, а рівень стресу високий (Hobfoll et al., 2011; Nechanova et al., 2023). Після пілотного тестування анкети розпочався основний етап збору даних, який здійснювався методом добровільного онлайн-опитування (додаток А,Б).

Усі учасники попередньо ознайомлювалися з інформованою згодою, що відповідає етичним стандартам APA (2017).

Подальший аналітичний етап включав обробку та очищення даних, перевірку їх нормальності (Ghasemi & Zahediasl, 2012) та здійснення описової статистики, кореляційного й регресійного аналізів відповідно до рекомендацій Field (2018) і Cohen (1988). Під час аналізу розглядалися також можливі медіаційні механізми впливу саморефлексії на тривожно-депресивні симптоми згідно з моделлю непрямих ефектів у статистиці (Hayes, 2013).

На інтерпретаційному етапі результати статистичної обробки були співставлені з теоретичними моделями румінацій (Nolen-Hoeksema, 2000), метакогнітивної регуляції (Wells, 2009), нейропсихологічних досліджень функціонування мережі пасивного режиму мозку (Raichle, 2015) та екзистенційних підходів до осмислення досвіду (Frankl, 1963). Це забезпечило змістовне тлумачення емпіричних даних у контексті воєнного часу. Таким чином, структура емпіричного дослідження побудована у відповідності до міжнародних науково-методичних стандартів, охоплює всі необхідні етапи — від теоретичного обґрунтування до інтерпретації результатів — та відповідає вимогам проведення досліджень у кризових і воєнних умовах.

2.1.2. Характеристика психодіагностичних методик

Для емпіричного дослідження взаємозв'язку якості саморефлексії та тривожно-депресивних симптомів в умовах воєнного стану було використано комплекс психодіагностичних методик, валідних у міжнародних та українських дослідженнях. Критеріями добору були: наукова обґрунтованість, психометрична надійність, наявність адаптацій, компактність, зручність застосування в онлайн-форматі та мінімізація додаткового навантаження на респондентів.

У дослідженні застосовано три основні психодіагностичні інструменти (додатки В, Г, Д):

Self-Compassion Scale – 26 (SCS-26) — авторська методика К. Neff (2003a,b). Українські психометричні підтвердження представлені у роботах Вадзюк (2023) та Ткачишиної (2025), які засвідчили адекватну структуру шкали, високу внутрішню узгодженість та придатність SCS-26 для використання в українській культурній вибірці.

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) — розроблено Kroenke et al. (2001). Українська адаптація і валідація підтвержені у дослідженнях Центру громадського здоров'я України (2021), а також у роботі Ткачишиної (2025), де підтверджено високу надійність та конструктну валідність опитувальника для оцінки депресивної симптоматики серед українців.

Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) — автори Spitzer et al. (2006). Українську адаптацію та психометричні властивості було досліджено у роботах Хацько (2024) та Вадзюк (2023). Результати підтвердили факторну структуру, внутрішню узгодженість та придатність GAD-7 для скринінгу тривожних проявів у сучасних українських вибірках.

Таке поєднання дозволяє одночасно виміряти механізми внутрішньої регуляції (самоспівчуття) та клінічно релевантну тривожно-депресивну симптоматику. Шкала самоспівчуття SCS-26 (Self-Compassion Scale – 26). SCS-26 була розроблена К. Neff (2003a; 2003b) для вимірювання інтегральної якості внутрішнього ставлення до себе. У сучасній клінічній психології самоспівчуття розглядається як ресурсна форма саморефлексії, що поєднує емоційну регуляцію, здатність до самопідтримки та усвідомлене ставлення до власних переживань. Шкала включає шість субшкал, які репрезентують два полюси саморефлексії: Ресурсні компоненти: self-kindness (самодоброta), common humanity (усвідомлення спільності людського досвіду), mindfulness (уважність, неоцінне прийняття емоцій). Деструктивні компоненти: self-judgment (самосудження), isolation (почуття відокремленості), over-identification (надмірне ототожнення з негативними думками). Саме деструктивні субшкали пов'язані з румінаціями й патологічною саморефлексією, що підтверджують метааналітичні огляди (MacBeth &

Gumley, 2012; Zessin et al., 2015). Шкала складається з 26 тверджень, які оцінюються за 5-бальною шкалою від 1 («майже ніколи») до 5 («майже завжди»); вищі бали відображають більший рівень самоспівчуття.

За даними оригінальних досліджень, загальна надійність SCS становить $\alpha \approx 0.92$, а субшкали мають α від 0.75 до 0.88. В українському контексті шкала вже застосовується у дослідженнях психологічного благополуччя та майндфулнес, однак процес її повної стандартизації триває. У межах цієї роботи було розраховано коефіцієнт внутрішньої узгодженості: α -Кронбаха для SCS-26 становив 0.80, що відповідає прийнятному рівню надійності для клініко-психологічних досліджень.

Опитувальник PHQ-9 для оцінки депресивних симптомів. PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) — короткий скринінговий інструмент для оцінювання вираженості депресивних симптомів, побудований на діагностичних критеріях депресії DSM-IV/DSM-5. Шкала широко застосовується у клінічних та дослідницьких вибірках, у тому числі в контекстах підвищеного стресу та травматичних подій.

Опитувальник складається з дев'яти пунктів, що відповідають ключовим симптомам депресії (пригнічений настрій, ангедонія, втома, порушення сну та концентрації, суїцидальні думки тощо). Кожен пункт оцінюється за 4-рівневою шкалою від 0 («ніколи») до 3 («майже щодня»), а сумарний бал (0–27) дозволяє виокремити рівні депресії від мінімальної до тяжкої. Порогове значення ≥ 10 зазвичай розглядається як індикатор клінічно значущої депресії. PHQ-9 має високу внутрішню узгодженість ($\alpha = 0.86–0.89$) і добру чутливість та специфічність. Після 2022 року шкала активно використовується у дослідженнях психічного стану українського населення в умовах війни. У цьому дослідженні розрахований α -Кронбаха для PHQ-9 становив 0.86.

Шкала генералізованої тривоги GAD-7. GAD-7 (Spitzer et al., 2006) оцінює основні симптоми генералізованої тривоги: хронічне хвилювання, внутрішню напругу, соматичні прояви, труднощі контролю думок. Це 7-пунктова шкала самооцінки, у якій кожен пункт оцінюється від 0 до 3;

сумарний бал (0–21) дозволяє виокремити мінімальний, помірний та високий рівні тривоги. Методика має дуже високу надійність ($\alpha = 0.89–0.92$) і широко використовується у дослідженнях військового стресу, ПТСР та емоційного виснаження (ВНО, 2022). В адаптованих українських вибірках GAD-7 продемонструвала високі показники внутрішньої узгодженості, що дозволяє рекомендувати її як ефективний інструмент скринінгу генералізованої тривоги у воєнних умовах. У даному дослідженні α -Кронбаха для GAD-7 становив 0.85.

2.3. Формування вибірки та збір даних

Формування вибірки та організація збору даних у цьому дослідженні здійснювалися з урахуванням специфіки воєнного часу, особливостей психологічного стану населення та етичних вимог до роботи з респондентами, які перебувають у ситуації потенційної травматизації. Емпірична вибірка була сформована за принципом добровільної участі, доступності та відповідності критеріям дослідження. Загалом, у дослідженні взяло участь 110 респондентів. До аналізу були включені повнолітні учасники віком від 18 до 69 років, які надали повні відповіді на всі блоки опитувальника. Середній вік вибірки становив 41.65 років, що дозволяє розглядати результати в контексті дорослого працездатного населення, яке активно переживає наслідки воєнного стану та психоемоційного напруження, спричиненого повномасштабною війною. Збір даних проходив з 12.11.2025 до 21.11.2025.

З огляду на широкий віковий діапазон респондентів (18–69 років) та важливість вікових відмінностей для подальшого аналізу, вибірку було структуровано на три вікові групи: 18–35 років (молодий дорослий вік) — 40 осіб; 36–50 років (середній дорослий вік) — 37 осіб; 51–69 років (пізній дорослий вік) — 33 осіб

Такий поділ відповідає психологічним і соціальним етапам дорослості та дозволяє оцінити можливі вікові особливості переживання тривожно-депресивних симптомів, рівня самоспівчуття та специфіки саморефлексивних

процесів. Включення цього параметра в аналіз є важливим, оскільки попередні дослідження свідчать, що вікові когнітивно-емоційні стратегії регуляції можуть суттєво відрізнятися (рисунок 2.2).

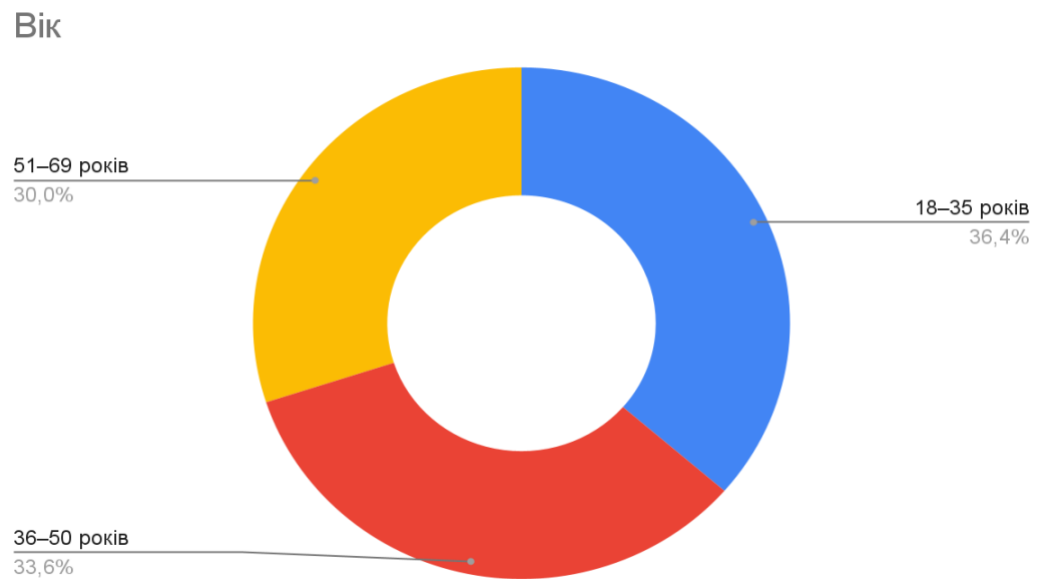


Рисунок 2.2. Розподіл респондентів за віковими групами (N = 110)

Розподіл респондентів за статтю показав суттєву перевагу жінок у вибірці: жінки — 97 осіб (88.2%), чоловіки — 13 осіб (11.8%). Таке співвідношення є типовим для онлайн-досліджень у сфері ментального здоров'я, де жінки частіше готові брати участь в опитуваннях (рисунок 2.3).

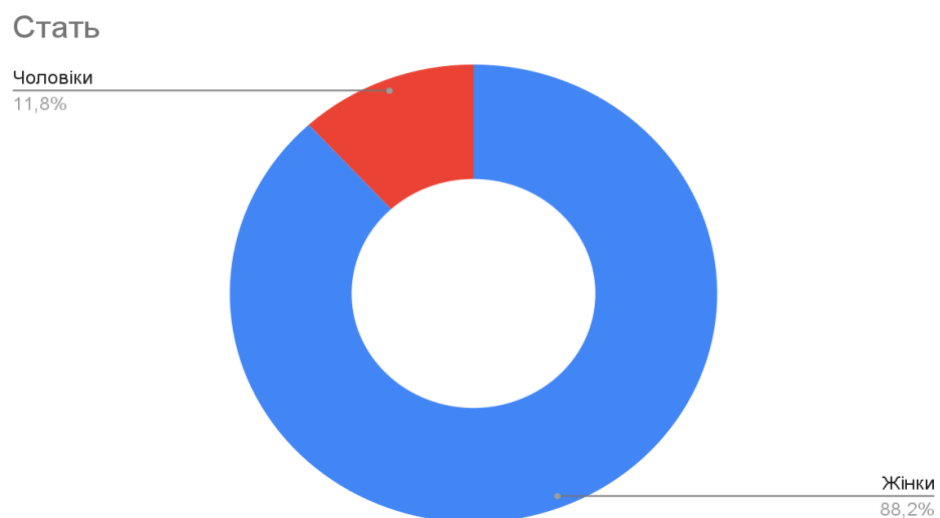


Рисунок 2.3. Розподіл респондентів за статтю

Хоча вибірка в дослідженні є переважно жіночою, це не знижує значущості отриманих результатів. Навпаки, сучасні психологічні праці свідчать, що жіноча саморефлексія та рівень самоспівчуття можуть виступати важливими каталізаторами емоційної регуляції в сімейних та партнерських взаєминах, опосередковано впливаючи і на чоловічий психоемоційний стан.

Дослідження показують, що жінки загалом демонструють вищу включеність у процеси емоційного усвідомлення та саморефлексії (Fischer & Manstead, 2016), а також вищий рівень емпатійної чутливості (Christov-Moore et al., 2014). Водночас чоловіки частіше покладаються на зовнішню емоційну підтримку та соціальні сигнали, особливо у близьких стосунках.

У межах теорії соціального контурування емоцій (emotion socialization) доведено, що емоційні стани партнерів є взаємно регулятивними, а саморефлексивні стратегії жінки можуть формувати стиль емоційного реагування чоловіка (Thompson & Meyer, 2007).

Окремі дослідження свідчать, що саме жінки частіше ініціюють емоційну комунікацію, обговорення труднощів, рефлексію стосунків та спільне подолання стресу (Yarnell & Neff, 2013). Це робить їх своєрідними «емоційними модераторами» у діаді: коли жінка застосовує самоспівчуття, це знижує напруження у партнерській взаємодії та пом'якшує реактивність чоловіка.

Більше того, Neff & Veretvas (2013) показали, що самоспівчуття одного партнера підвищує здатність іншого підтримувати емоційну стабільність, зменшуючи конфліктність, критику, оборонні реакції та тривожно-депресивні прояви. Це особливо актуально у періоди тривалого стресу, таких як воєнний стан.

Таким чином, переважно жіноча вибірка в даному дослідженні є не лише типовою для психологічних онлайн-опитувань, але й цінною з огляду на те, що жіноча саморефлексія та самоспівчуття мають доведений системний вплив на партнерську динаміку та сімейну емоційну регуляцію. У контексті війни, де роль емоційної опори зростає, цей аспект набуває особливої актуальності.

З урахуванням досліджуваної проблематики було важливо проаналізувати й сімейний стан респондентів, оскільки якість саморефлексії та рівень самоспівчуття суттєво залежать від партнерської взаємодії та емоційного клімату у стосунках. Розподіл респондентів за сімейним станом виявився доволі різноманітним: частина учасників перебуває у шлюбі або стабільних партнерських стосунках, інші є самотніми після розлучення чи не перебувають у стосунках (рисунок 2.4). Така структура вибірки дозволяє розглядати результати з урахуванням різних моделей міжособистісної взаємодії та ресурсності соціальної підтримки.

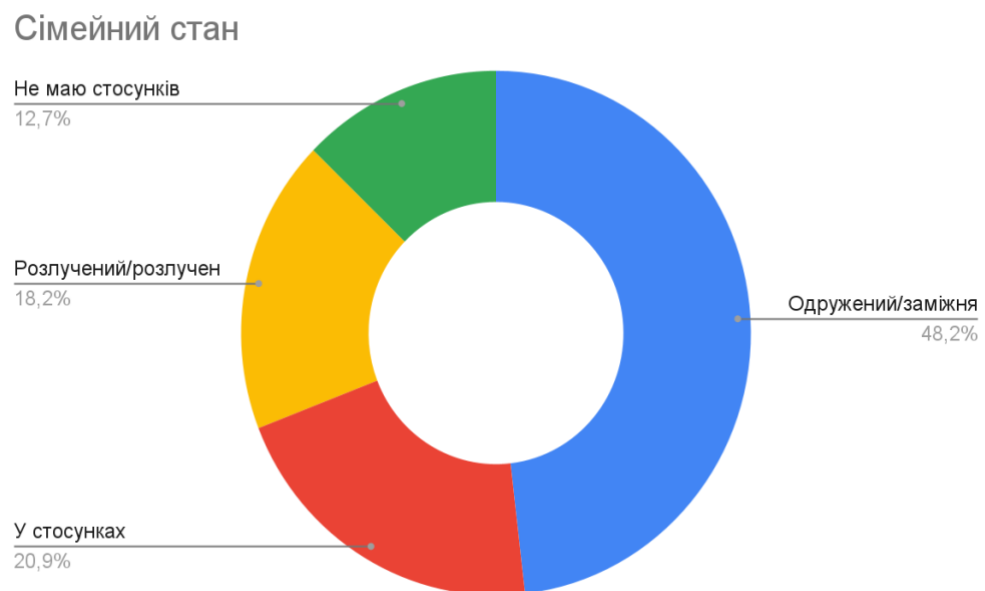


Рисунок 2.4. Розподіл респондентів за сімейним станом (N = 110).

Цей аспект є важливим, оскільки сучасні дослідження показують, що самоспівчуття одного партнера впливає на емоційну регуляцію іншого (Neff & Beretvas, 2013), а жінки частіше виступають ініціаторами емоційної комунікації та задають темп рефлексивних процесів у діаді (Yarnell & Neff, 2013). Відповідно, жіноча здатність до самоспівчуття та саморефлексії може мати системний вплив на психологічний стан партнера, що додає цінності отриманим результатам навіть за переважно жіночої вибірки.

У межах дослідження було також проаналізовано структуру зайнятості учасників, оскільки професійний статус може суттєво впливати на рівень саморефлексії, емоційної регуляції та прояви тривожно-депресивної симптоматики. Розподіл показав (таблиця 2.1), що більшість респондентів перебувають у стані активної трудової діяльності: 77 осіб (70%) зазначили, що працюють. Група «не працюю» включає 19 осіб (17.3%), що може відобразити як пошук роботи, так і вимушені зміни, спричинені воєнним станом.

Окрему категорію становлять студенти: 2 респонденти (1.8%) визначили себе виключно студентами, а ще 6 осіб (5.5%) поєднують навчання з роботою. Невелика частина вибірки належить до категорії «інше» — 3 респонденти (2.7%), а поодинокі випадки комбінованих відповідей (наприклад, «студент/студентка, не працюю») також були враховані.

Такий розподіл відображає різноманітність соціально-професійного статусу й дозволяє аналізувати психологічні показники з урахуванням контексту зайнятості.

Таблиця 2.1

Розподіл респондентів за зайнятістю

Категорія зайнятості	Кількість	Відсоток
Працюю	77	70.0%
Не працюю	19	17.3%
Працюю, студент/студентка	6	5.5%
Студент/студентка	2	1.8%
Інше	3	2.7%
Не працюю, студент/студентка	1	0.9%
Інше, студент/студентка	1	0.9%
Інше, не працюю	1	0.9%

У контексті дослідження саморефлексії важливо зазначити, що зайнятість може виконувати роль зовнішнього регулятора, який структурує повсякденність, задає ритм життя та впливає на доступність внутрішніх ресурсів. Відповідно, у подальшому аналізі зайнятість розглядається як

додатковий фактор, що потенційно модерує або підсилює прояви саморефлексії та емоційної симптоматики.

Аналіз взаємозв'язку між віком та зайнятістю виявив виразну вікову структурованість професійного навантаження (таблиця 2.2, рисунок 2.5): 18–35 років — переважають респонденти, які працюють неповний день, навчаються або перебувають на етапі професійного становлення. Для цієї групи характерна більша варіативність зайнятості та вища чутливість до змін умов праці, що може відобразитися у коливаннях рівнів тривожності та саморефлексії. 36–50 років — домінує повна зайнятість. Це період максимального професійного навантаження, що може бути пов'язано з підвищенням емоційного стресу та збільшенням румінацій, особливо в умовах воєнного стану. 51–69 років — спостерігається найбільша різноманітність форм зайнятості: частина працює повний чи неповний день, частина перебуває у статусі самозайнятих або пенсіонерів. Це може впливати на різний рівень емоційної стабільності та саморефлексивних процесів, залежно від ступеня соціального навантаження та підтримки. Таким чином, зайнятість формує значущий соціально-психологічний контекст, у якому відбуваються процеси саморефлексії та емоційної регуляції.

Таблиця 2.2

Розподіл зайнятості за віковими групами

Вікова група	Працюю	Не працюю	Працюю+студент	Студент	Інше
18-35	25	6	6	2	2
36-50	31	5	0	0	0
51-69	21	8	0	0	1

Зайнятість і вік

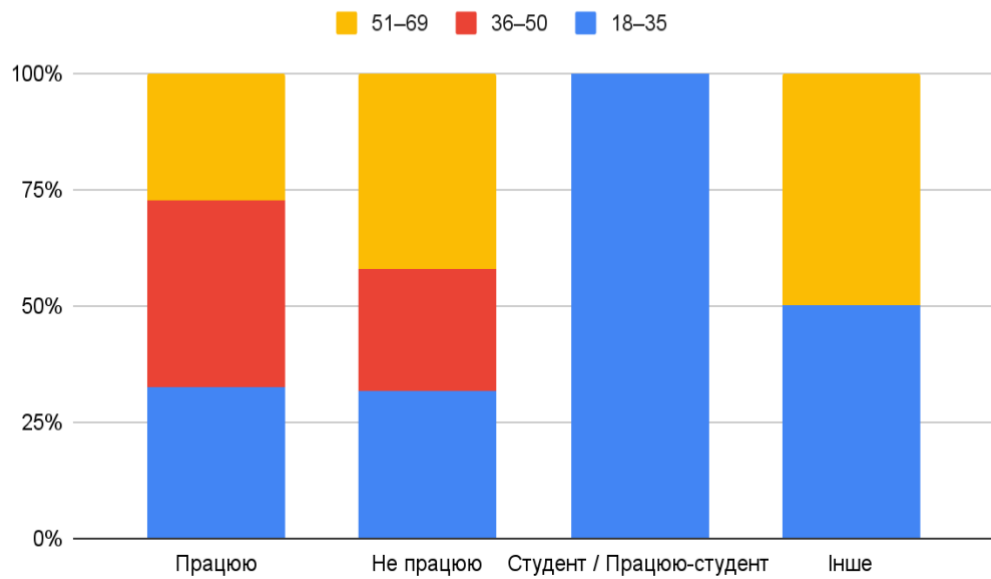


Рисунок 2.5 Співвідношення зайнятості до віку

Освітній рівень респондентів (рисунок 2.6) є значущим соціально-демографічним показником, який впливає на особливості саморефлексії, емоційної регуляції та вибір стратегій подолання стресу. Аналіз отриманих даних свідчить про те, що вибірка характеризується високим рівнем освітньої залученості: у ній представлені всі основні освітні рівні, однак з чітким домінуванням осіб, які мають повну вищу освіту.

Найбільш чисельною групою є респонденти з вищою освітою (бакалавр, спеціаліст, магістр), які становлять понад 70% вибірки. Такий розподіл є типовим для онлайн-досліджень, де участь частіше беруть особи з розвиненими когнітивними навичками, стабільною мотивацією до самоаналізу та інтересом до психологічних тем. Вища освіта часто пов'язана з більшою готовністю до рефлексивної діяльності, кращими навичками усвідомлення емоцій і ширшим доступом до інформаційних ресурсів, що може підсилювати схильність до самоспостереження в умовах тривалого стресу.

Близько 10–12% респондентів мали незавершену вищу освіту. Ця група представлена переважно молодими людьми віком 18–35 років, що узгоджується з типовою віковою динамікою здобуття освіти. Такий профіль

важливий для подальших аналізів, оскільки незавершена вища освіта часто поєднується з високим рівнем навчального навантаження, соціальної невизначеності та професійного пошуку — чинників, що впливають на інтенсивність тривожно-депресивних переживань.

Респонденти із середньою спеціальною або професійно-технічною освітою становлять близько 10% вибірки. Хоч їхня частка є меншою, ця група забезпечує різноманітність соціально-професійного контексту та дозволяє аналізувати можливі відмінності у саморефлексивних процесах залежно від рівня формальної освіти.

Найменшою групою є учасники з повною загальною середньою освітою (приблизно 5%). Незважаючи на невеликий обсяг, їхня присутність важлива для збереження варіативності даних і розуміння того, як військовий досвід впливає на емоційну сферу людей з різними освітніми траєкторіями.

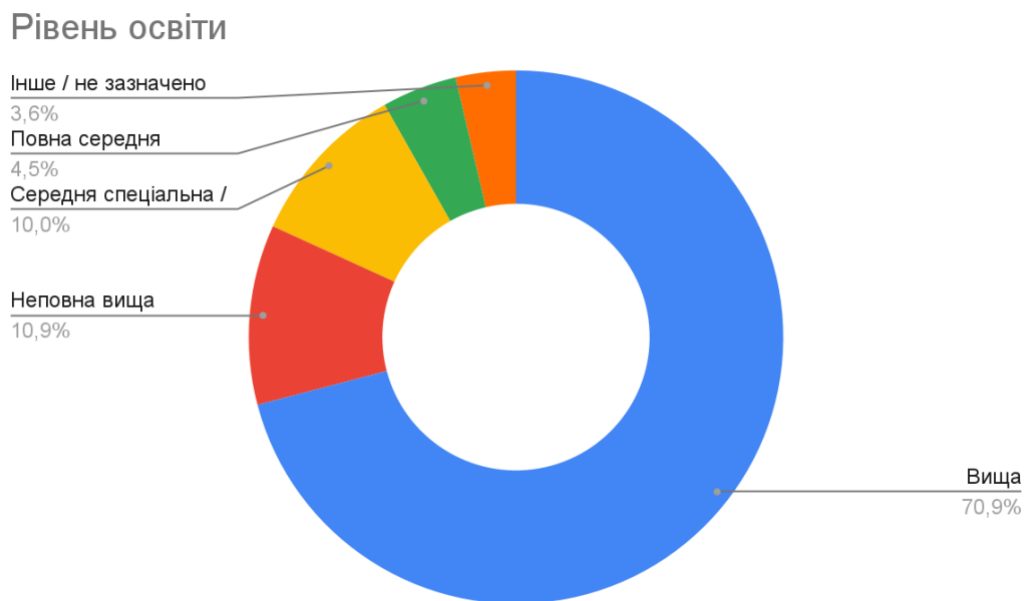


Рисунок 2.6 Рівень освіти респондентів

Аналіз показав чіткий взаємозв'язок між віком та освітнім рівнем респондентів: 18–35 років — переважають учасники з незавершеною вищою або першим рівнем вищої освіти, що відповідає етапу активного навчання та професійного становлення. 36–50 років — найбільша частка респондентів із

повною вищою освітою, що є типовим для стабільного періоду професійної реалізації. 51–69 років — спостерігається найбільша різноманітність рівнів освіти, що відображає міжпоколінні відмінності у доступності освітніх можливостей. Таким чином, освітній рівень може впливати на особливості саморефлексії та емоційної регуляції й доцільно розглядати його як потенційний контрольний або модераторний фактор у подальшому аналізі.

Респонденти проживали у різних типах населених пунктів, що дозволяє врахувати соціально-контекстні чинники впливу війни. Найбільша частка учасників мешкала у великих містах України ($n = 84$; 76.4%), значно менша — у малих містах ($n = 18$; 16.4%). Частка тих, хто проживав у сільській місцевості, становила 4 особи (3.6%), а ще 4 респонденти (3.6%) перебували за межами України на момент опитування. Такий розподіл підкреслює, що вибірка охоплює різні соціально-територіальні групи дорослого населення. Рисунок 2.7 ілюструє відсоткове співвідношення респондентів за типом місця проживання.

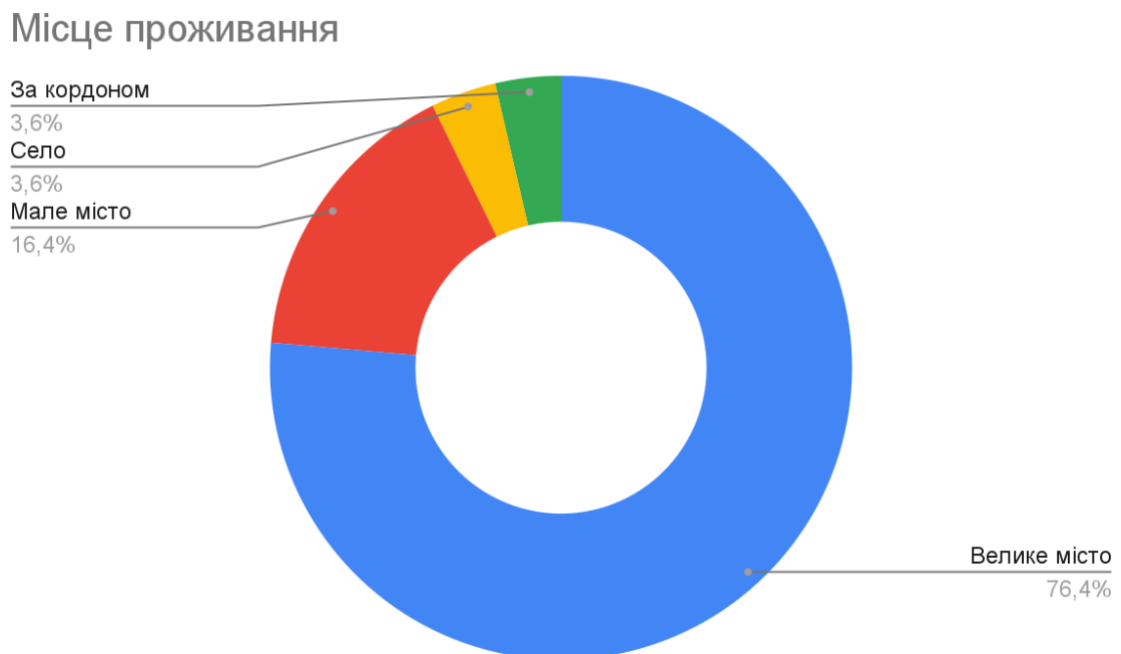


Рисунок 2.7. Розподіл респондентів за типом населеного пункту

Соціально-демографічні показники відображають широку варіативність: серед учасників були особи з повною вищою освітою, студенти, люди у декретній відпустці, працевлаштовані фахівці, самозайняті та тимчасово безробітні. Різний соціальний статус і вид зайнятості створюють важливий контекст для дослідження, оскільки економічна нестабільність, втрата роботи чи зміна професійної діяльності є поширеними наслідками війни та суттєво впливають на переживання тривоги та депресії. Крім того, значна частина респондентів перебувала у шлюбі чи партнерських стосунках, інші — були самотніми або проживали окремо через війну, що також впливає на рівень психологічної підтримки та особливості внутрішнього діалогу.

У цьому дослідженні враховувалися як об'єктивні показники воєнного досвіду (евакуація, релокація, наявність втрат, проживання у зоні бойових дій), так і суб'єктивні — власна оцінка емоційного стану, рівня тривоги та стресу. Усі респонденти проходили дослідження у реальному часі тривалого воєнного стресу, що робить отримані дані особливо релевантними для аналізу взаємозв'язку між саморефлексією, самоспівчуттям і тривожно-депресивними проявами.

Значущим аспектом профілю вибірки є показники воєнного досвіду. Розподіл відповідей свідчить, що 28 осіб (25.5%) проживали у зоні бойових дій або були змушені евакуюватися. Решта 82 респонденти (74.5%) зазначили, що не мали досвіду вимушеного переміщення. Цей чинник є важливим для інтерпретації рівня тривожності, депресивних симптомів та механізмів саморефлексії. На рисунку 2.8 представлено розподіл респондентів за досвідом проживання в зоні бойових дій або евакуації.

Досвід проживання в зоні бойових дій чи евакуації

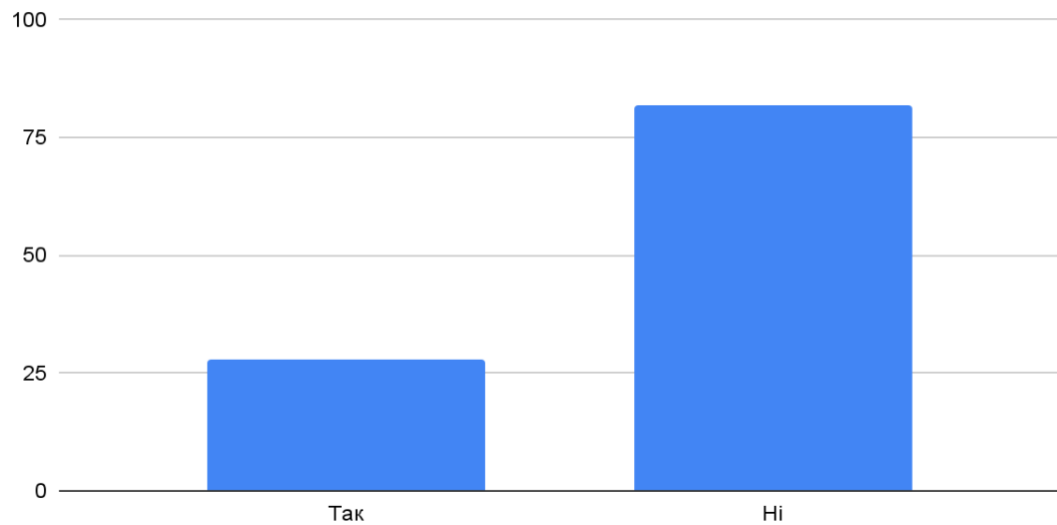


Рисунок 2.8. Розподіл відповідей щодо проживання у зоні бойових дій

Окремо було проаналізовано показники пережитої втрати та травматичних подій, пов'язаних із війною. Розподіл відповідей виглядав так: 50 осіб (45.5%) мали досвід втрати близьких чи інших травматичних подій; 41 особа (37.3%) не мали такого досвіду; 19 осіб (17.3%) зазначили, що їм складно відповісти. Цей індикатор дозволяє оцінити інтенсивність травматичного навантаження в різних групах респондентів та його можливий вплив на саморефлексію. Відповідний розподіл відображено на рисунку 2.9.

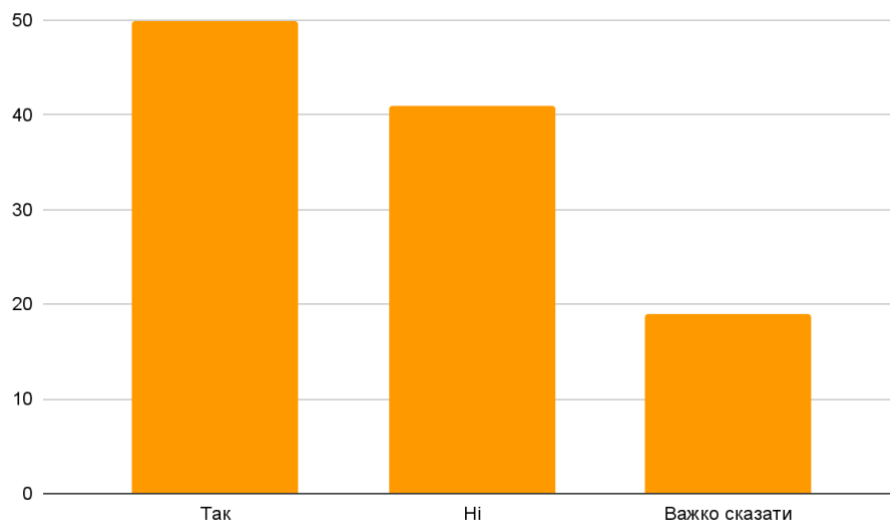


Рисунок 2.9. Розподіл респондентів за досвідом втрати

Збір даних за допомогою платформи Tally, яка є безпечною, адаптивною та зручною для використання під час воєнного стану дозволив мінімізувати ризики для респондентів, забезпечити анонімність та доступність опитування з будь-якого пристрою, включно зі смартфонами, що є критично важливим у ситуаціях переміщення, перебування в укритті чи обмеженої інфраструктури. Онлайн-формат також зменшив психологічне навантаження на респондентів, оскільки дозволив проходити опитування у комфортному для себе темпі та середовищі.

Перед початком дослідження кожен учасник ознайомлювався з інформованою згодою (додаток А), яка містила інформацію про мету дослідження, добровільність участі, гарантії конфіденційності, право відмовитися на будь-якому етапі та використання отриманих даних виключно у наукових цілях. Ця процедура відповідала етичним вимогам Американської психологічної асоціації (АРА, 2017), а також міжнародним рекомендаціям щодо проведення досліджень у кризових умовах (ВНО, 2022).

Процес збору даних складався з кількох послідовних етапів: підготовки інструментарію, створення адаптивної онлайн-анкети, пілотного тестування, основного етапу збору відповідей, перевірки масиву даних та його очищення від неповних або дубльованих анкет. Після завершення збору даних усі результати були експортовані у форматі, придатному для статистичної обробки у програмі Jamovi.

Структура вибірки, отримана в результаті цього етапу, дозволяє вважати її достатньо репрезентативною для дослідження емоційних процесів дорослих українців під час війни. Різноманітність соціально-демографічних характеристик та наявність досвіду воєнного впливу серед учасників створюють значущу емпіричну основу для аналізу саморефлексії, самоспівчуття та тривожно-депресивних симптомів у наступному розділі.

2.4. Методи статистичного аналізу

Статистичний аналіз даних здійснювався за допомогою програмного забезпечення Jamovi і був спрямований на перевірку гіпотез емпіричної моделі, зокрема визначення особливостей саморефлексії (через механізм самоспівчуття) та її зв'язку з тривожно-депресивними симптомами у дорослих в умовах воєнного стану. Комплекс використаних статистичних методів включав кілька взаємодоповнювальних етапів.

1. Первинна обробка даних та описова статистика. На першому етапі було проведено очищення даних, перевірку їх повноти та логічної узгодженості. Для основних кількісних змінних (PHQ-9, GAD-7, SCS-26, вік) були розраховані середні значення, медіани, стандартні відхилення, мінімальні та максимальні значення. Нормальність розподілу кількісних змінних оцінювалася за допомогою критерію Шапіро—Вілка, результати якого враховувались при виборі подальших статистичних процедур.

2. Оцінка внутрішньої узгодженості психометричних шкал. Для визначення надійності шкал SCS-26, PHQ-9 та GAD-7 було обчислено коефіцієнт α Кронбаха. Це дозволило підтвердити внутрішню консистентність інструментів та коректність їх використання у подальшому аналізі.

3. Кореляційний аналіз. Для виявлення взаємозв'язків між рівнем самоспівчуття, параметрами саморефлексії та тривожно-депресивними проявами використовувався кореляційний аналіз. Для змінних із нормальним розподілом застосовувався коефіцієнт Пірсона. У випадках відхилення від нормальності — коефіцієнт Спірмена. Кореляційний аналіз дозволив визначити напрям і силу взаємозв'язків між ключовими конструктами дослідження.

4. Регресійний аналіз. Для визначення внеску самоспівчуття і його окремих компонентів у формування тривожних та депресивних симптомів був застосований лінійний регресійний аналіз. У моделі послідовно оцінювалися загальний рівень самоспівчуття як предиктор PHQ-9 та GAD-7 і окремі

підшкали SCS-26 як предиктори показників тривоги й депресії. Це дозволило визначити ключові ресурси та вразливі компоненти саморефлексії.

5. Медіаційний аналіз. Для перевірки припущення про те, що самоспівчуття виступає механізмом опосередкування (медіатором) впливу саморефлексії на тривожно-депресивні прояви, було проведено аналіз медіаційних ефектів. Розраховувалися прямий, непрямий (опосередкований) та загальний ефекти. Це дозволило емпірично підтвердити структуру запропонованої моделі.

6. Для оцінки можливих відмінностей у рівнях самоспівчуття, тривоги та депресивності проводилися порівняння між незалежними групами респондентів. Зокрема, аналіз охоплював групи з різною інтенсивністю симптоматики, різним воєнним досвідом, а також порівняння вікових підгруп (18–35, 36–50, 51–69 років) у контексті описових тенденцій. Залежно від нормальності розподілу та однорідності дисперсій застосовувалися параметричні (t-тест) або непараметричні методи (критерій Манна—Уїтні). Порівняння вікових груп здійснювалось описово та інтерпретативно з опорою на розподіли та середні значення.

Застосований комплекс статистичних процедур забезпечив багаторівневе та валідне оцінювання структурних взаємозв'язків між саморефлексією, самоспівчуттям і тривожно-депресивною симптоматикою, що дозволило перевірити гіпотези дослідження і побудувати цілісну інтегративну модель.

Висновки до розділу 2

1. Методологічний аналіз розділу дав змогу сформуванню цілісного наукового підґрунтя дослідження, визначивши концептуальні координати, в яких розглядаються саморефлексія, самоспівчуття та їх зв'язок із тривожно-депресивною симптоматикою в умовах війни.

2. Сформована теоретична модель показала, що саморефлексія є багатовимірним когнітивно-емоційним процесом, здатним відігравати як адаптивну, так і дезадаптивну роль залежно від рівня самоспівчуття та контексту стресу.
3. Характеристика вибірки продемонструвала її репрезентативність, що забезпечує можливість аналізу вікових, гендерних та соціально-демографічних відмінностей, а також впливу досвіду війни на психічний стан респондентів.
4. Вибір психодіагностичних методик був науково обґрунтованим, а високі значення внутрішньої узгодженості (α Кронбаха) підтвердили надійність вимірювання самоспівчуття, депресії та тривоги.
5. Застосовані статистичні процедури (кореляційний аналіз, регресія, медіаційний аналіз, групові порівняння) дозволили дослідити структуру взаємозв'язків між змінними та перевірити гіпотези щодо ролі самоспівчуття в регуляції саморефлексії та симптомів.
6. Етичні принципи дослідження були дотримані відповідно до міжнародних стандартів (APA, WHO, UNICEF), що забезпечило психологічну безпеку, добровільність участі та конфіденційність даних.
7. Організація дослідження в онлайн-форматі дозволила охопити респондентів із різних регіонів України, що підсилює зовнішню валідність отриманих даних та створює надійну основу для інтерпретації результатів у третьому розділі.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОРЕФЛЕКСІЇ У ОСІБ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ СИМПТОМАМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

3.1. Загальна описова статистика та порівняльний аналіз показників показників саморефлексії, самоспівчуття та тривожно-депресивних симптомів

Початковий етап аналізу емпіричних даних був спрямований на перевірку надійності застосованих психодіагностичних методик, оцінку характеру розподілу основних змінних та опис загальних тенденцій у вибірці за показниками тривожності, депресивних симптомів і самоспівчуття як індикатора якості саморефлексії.

З огляду на те, що у дослідженні використано адаптовані версії шкал SCS-26, PHQ-9 та GAD-7, важливим кроком стала оцінка їхньої внутрішньої узгодженості в межах отриманої вибірки. Розрахунок коефіцієнта α Кронбаха засвідчив високий рівень надійності всіх трьох інтегральних показників. Зокрема, для загального показника самоспівчуття (SCS-26, після реверсування негативно сформульованих тверджень) значення α становить 0.890, що свідчить про високу внутрішню узгодженість шкали. Для шкали депресивних симптомів PHQ-9 коефіцієнт α Кронбаха дорівнює 0.863, а для шкали генералізованої тривоги GAD-7 — 0.852, що також відповідає високому рівню надійності (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1

Зведена таблиця показників внутрішньої узгодженості інтегральних шкал

Назва шкали	Показник α Кронбаха
Загальний показник самоспівчуття (SCS-26)	0.890
PHQ-9 (депресивні симптоми)	0.863
GAD-7 (генералізована тривога)	0.852

Детальніший аналіз внутрішньої узгодженості субшкал SCS-26 показав, що більшість компонентів самоспівчуття демонструють прийнятний або високий рівень надійності. Так, субшкала самодоброчливості (Self-Kindness) має $\alpha = 0.84$, субшкала самосудження (Self-Judgment) — $\alpha = 0.78$, загальної людяності (Common Humanity) — $\alpha = 0.77$, ізоляції (Isolation) — $\alpha = 0.75$, усвідомленості (Mindfulness) — $\alpha = 0.69$, а надмірного ототожнення (Over-Identification) — $\alpha = 0.79$. Отримані значення свідчать про задовільну внутрішню узгодженість як адаптивних, так і дезадаптивних компонентів саморефлексії (таблиця 3.2).

Таблиця 3.2

Показники внутрішньої узгодженості субшкал SCS-26

Назва субшкали	Показник α Кронбаха
Самодоброчливість (Self-Kindness)	0.84
Самосудження (Self-Judgment)	0.78
Загальна людяність (Common Humanity)	0.77
Ізоляція (Isolation)	0.75
Усвідомленість (Mindfulness)	0.69
Надмірне ототожнення (Over-Identification)	0.79

Наступним кроком стала перевірка нормальності розподілу інтегральних показників, що є необхідною умовою для коректного вибору подальших статистичних процедур. Аналіз за критерієм Шапіро—Вілка показав, що розподіли сумарних балів PHQ-9 ($W = 0.956$, $p = 0.001$) та GAD-7 ($W = 0.959$, $p = 0.002$) статистично значуще відхиляються від нормального, що вказує на асиметрію розподілу тривожно-депресивних показників у бік підвищених значень. Натомість загальний показник самоспівчуття (SCS-26) характеризується розподілом, наближеним до нормального ($W = 0.984$, $p = 0.222$), що дозволяє використовувати як параметричні, так і непараметричні методи аналізу залежно від дослідницьких завдань (таблиця 3.3).

Показники критерію Шапіро—Вілка для основних інтегральних шкал

Шкала	W (Шапіро—Вілка)	p-значення
PHQ-9 (депресивні симптоми)	0.956	0.001
GAD-7 (генералізована тривога)	0.959	0.002
Загальний показник самоспівчуття SCS-26	0.984	0.222

Окремі субшкали SCS-26 частково демонструють відхилення від нормального розподілу (зокрема, показники самосудження, загальної людяності, ізоляції, усвідомленості та надмірного ототожнення), що додатково обґрунтовує використання у подальшому аналізі як коефіцієнта Пірсона, так і коефіцієнта Спірмена залежно від конкретної змінної.

Описові статистики інтегральних показників дозволяють окреслити загальний психологічний профіль вибірки. Середній сумарний бал за шкалою PHQ-9 становить 10.93 (SD = 6.08; діапазон 0–25), що вказує на переважання помірно виражених депресивних симптомів у більшості респондентів (рисунок 3.1).

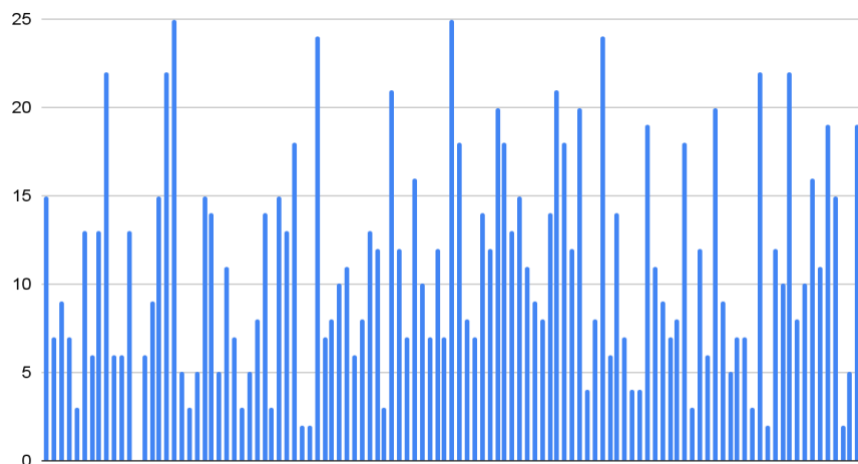


Рисунок 3.1. Розподіл показників депресивної симптоматики за шкалою PHQ-

Середній показник за GAD-7 становить 17.14 (SD = 10.47; діапазон 0–42), що відображає виражені тривожні прояви, характерні для умов тривалого воєнного стресу (рисунок 3.2).

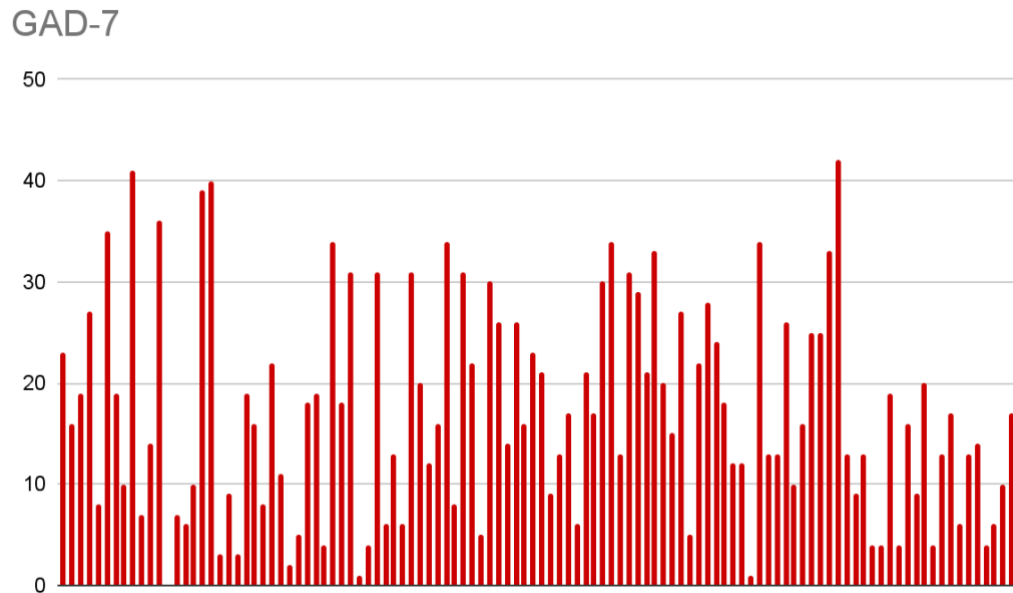


Рисунок 3.2. Розподіл показників тривожності за шкалою GAD-7

Щодо показників самоспівчуття, середнє значення загального індексу SCS-26 (після реверсування негативних тверджень та усереднення) дорівнює $M = 3.22$ (SD = 0.65; діапазон 1.46–4.85) за шкалою від 1 до 5, що відповідає помірному рівню сформованості самоспівчуття досліджуваної вибірки (рис 3.3).

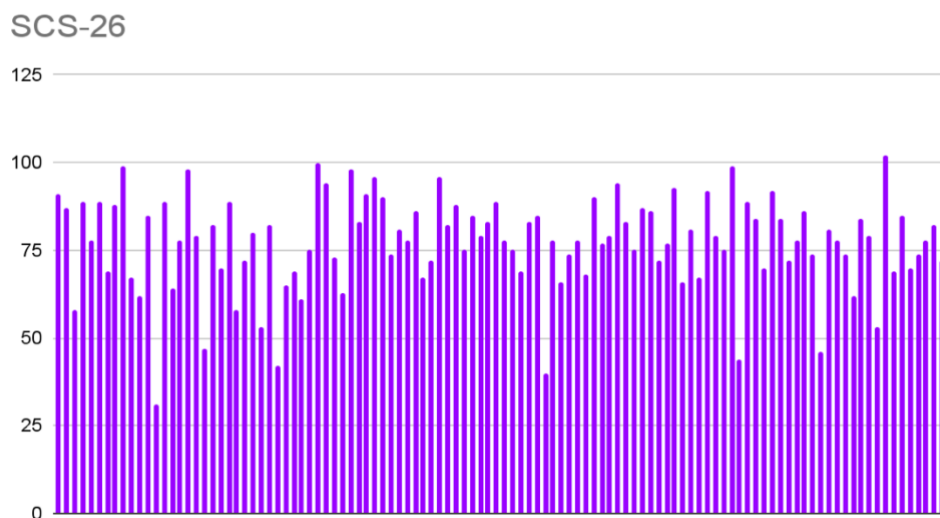


Рисунок 3.3. Розподіл загального показника самоспівчуття (SCS-26)

На гістограмі видно, що більшість респондентів мають середні та середньо-високі значення за шкалою SCS-26, що відображає помірно сформоване самоспівчуття. Розподіл є симетричним із незначним зміщенням у бік вищих значень, що свідчить про ресурсний характер вибірки в аспекті внутрішньої підтримки. Результати узгоджуються з аналізом нормальності (Shapiro–Wilk, $p > .05$).

Аналіз субшкал показує, що найбільш розвиненими є компоненти усвідомленості ($M = 3.29$; $SD = 0.87$) та загальної людяності ($M = 3.20$; $SD = 0.98$), тоді як самосудження ($M = 2.60$; $SD = 0.93$), ізоляція ($M = 2.69$; $SD = 1.01$) та надмірне ототожнення ($M = 2.99$; $SD = 1.00$) відображають значущу частку дезадаптивних аспектів саморефлексії (таблиця 3.4).

Таблиця 3.4

Описові статистики інтегральних показників та субшкал самоспівчуття

Показник	M	Me	SD	Мін	Макс
PHQ-9 (сумарний бал)	10.93	10	6.08	0	25
GAD-7 (сумарний бал)	17.14	16	10.47	0	42
Загальний показник самоспівчуття (SCS-26)	3.22	3.15	0.65	1.46	4.85
Самодоброзичливість (Self-Kindness)	3.11	3.20	0.96	1.00	5.00
Самосудження (Self-Judgment)	2.60	2.60	0.93	1.00	5.00
Загальна людяність (Common Humanity)	3.20	3.25	0.98	1.25	5.00
Ізоляція (Isolation)	2.69	2.75	1.01	1.00	5.00
Усвідомленість (Mindfulness)	3.29	3.50	0.87	1.00	5.00
Надмірне ототожнення (Over-Identification)	2.99	3.00	1.00	1.00	4.75

Початковий етап статистичного аналізу було спрямовано на оцінку надійності застосованих психодіагностичних методик та вивчення характеристик розподілу основних змінних дослідження. Розрахунок

коефіцієнтів α Кронбаха для інтегральних показників шкал PHQ-9, GAD-7 та SCS-26 засвідчив високий рівень внутрішньої узгодженості (таблиця 3.1). Це підтверджує придатність використаних інструментів у межах вибірки та дає підстави для подальшого порівняльного аналізу.

Аналіз нормальності за критерієм Шапіро—Вілка продемонстрував, що розподіли сумарних балів PHQ-9 та GAD-7 статистично відрізняються від нормального ($p < .01$), тоді як загальний показник самоспівчуття за шкалою SCS-26 не має значущих відхилень від нормальності ($p > .05$) (таблиця 3.3). Це визначило вибір змішаного підходу у подальших процедурах — використання як параметричних, так і непараметричних методів залежно від специфіки змінних.

Описові статистики інтегральних шкал (таблиця 3.4) дозволили окреслити загальний психологічний профіль вибірки: середній рівень депресивних симптомів ($M = 10.93$) відповідає помірній вираженості, а тривожних — високій ($M = 17.14$), що відображає дію хронічного воєнного стресу на психоемоційний стан респондентів. Показник самоспівчуття SCS-26 перебуває у середньому діапазоні ($M = 3.22$), що свідчить про наявність базових ресурсів внутрішньої підтримки в учасників дослідження.

На основі порогових значень шкал PHQ-9 та GAD-7 було сформовано три групи респондентів (таблиця 3.5): Low — низький рівень симптомів (PHQ-9 < 10 і GAD-7 < 10), Moderate — помірний рівень (10–14 балів за будь-якою шкалою), High — високий рівень (PHQ-9 ≥ 15 або GAD-7 ≥ 15).

Таблиця 3.5

Розподіл респондентів за рівнями симптоматики та середні значення
PHQ-9, GAD-7, SCS-26

Група	N	PHQ -9 M (SD)	GAD-7 M (SD)	SCS-26 M (SD)
Low	27	4.52 (2.23)	5.04 (2.53)	69.96 (14.22)
Moderate	44	11.23 (3.15)	16.66 (7.69)	77.11 (12.16)
High	39	15.03 (6.71)	26.05 (7.58)	82.44 (12.46)

Графічне представлення (рисунок 3.4) демонструє нерівномірність розподілу: найбільш чисельною є група Moderate, водночас група High містить суттєво вищі показники тривоги й депресії, що вплинуло на подальший аналіз механізмів саморефлексії.

Групи за рівнем симптомів

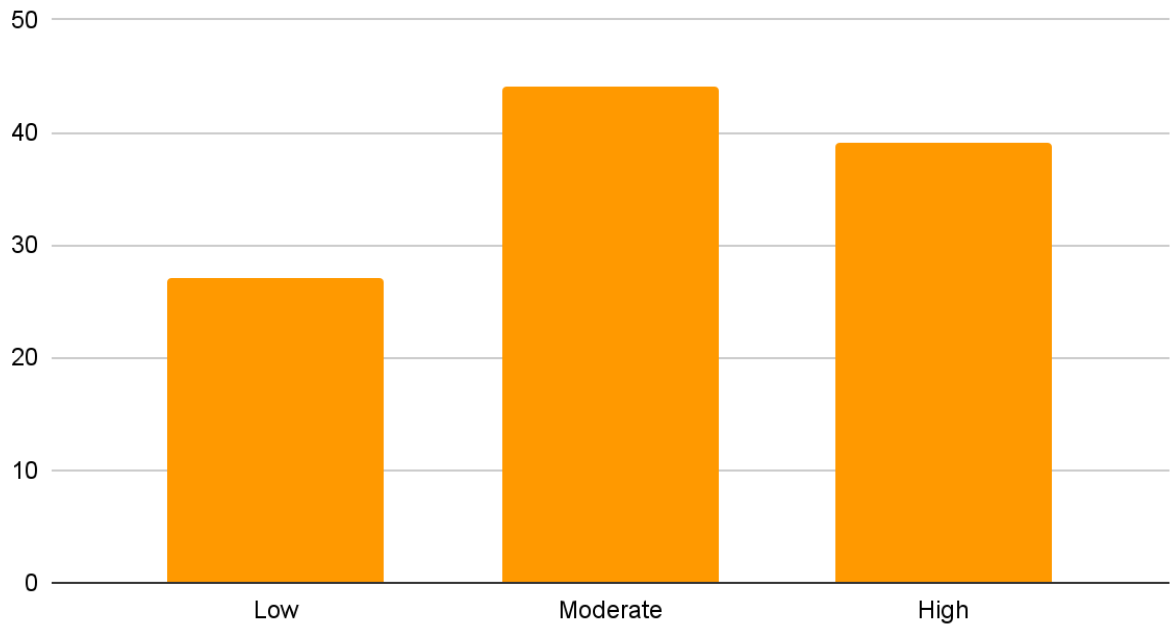


Рисунок 3.4. Розподіл респондентів за рівнями симптоматики (Low / Moderate / High)

З огляду на широке вікове охоплення респондентів було виокремлено три вікові підгрупи, що відображають різні етапи дорослого розвитку: 18–35 років — рання дорослість ($n = 43$), 36–50 років — середня дорослість ($n = 36$), 51–69 років — пізня дорослість ($n = 31$). Таблиця 3.6 містить середні значення основних психологічних показників у цих групах.

Таблиця 3.6

Середні значення PHQ-9, GAD-7 та SCS-26 у вікових групах

Вік	N	PHQ-9 M (SD)	GAD-7 M (SD)	SCS-26 M (SD)
18-35	43	10.88 (6.36)	17.77 (10.22)	77.05 (15.43)
36-50	36	11.31 (5.40)	16.53 (11.38)	78.78 (11.99)

51-69	31	10.55 (6.60)	16.97 (10.02)	75.74 (12.66)
--------------	----	--------------	---------------	---------------

Хоча середні значення симптомів не демонструють різких вікових контрастів, спостерігається тенденція до вищої тривожності у групі молодих дорослих та зниження рівня самоспівчуття у старшій групі. Для поглибленого вивчення було проведено перехресний аналіз між віковими групами та рівнями симптомів. Результати показано у таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Частоти вікових груп у Low / Moderate / High

Вік → / Рівень ↓	Low	Moderate	High	Разом
18-35	11	14	18	43
36-50	9	20	7	36
51-69	7	10	14	31

Наймолодша група має найбільшу частку високої симптоматики (18 осіб), тоді як середня вікова група характеризується більшою часткою помірного рівня симптомів ($n = 20$). Старша група знову демонструє підвищення високого рівня симптоматики ($n = 14$), що формує U-подібний віковий ефект. Таблиця 3.8 демонструє якісні відмінності — середні значення PHQ-9, GAD-7 та SCS-26 у кожній комбінації віку та рівня симптомів.

Таблиця 3.8

Середні значення PHQ-9, GAD-7 та SCS-26 у перетині віку × симптомів

Вік → / Рівень ↓	Low	Moderate	High
18-35	PHQ=4.27; GAD=5.64; SCS=67.73	PHQ=10.43; GAD=17.79; SCS=75.50	PHQ=15.28; GAD=25.17; SCS=83.94
36-50	PHQ=4.89; GAD=4.22; SCS=73.22	PHQ=12.20; GAD=17.60; SCS=77.60	PHQ=17.00; GAD=29.29; SCS=89.29
51-69	PHQ=4.43; GAD=5.14; SCS=69.29	PHQ=10.40; GAD=13.20; SCS=78.40	PHQ=13.71; GAD=25.57; SCS=77.07

Перехресне зіставлення вікових груп та рівнів тривожно-депресивних симптомів виявило низку важливих тенденцій, що відображають специфіку реагування на військовий стрес у різні періоди дорослого життя (рисунк 3.5).

Вікова група 18–35 років демонструє найбільшу варіативність психоемоційних станів, охоплюючи як респондентів із низьким, так і з високим рівнем симптоматики. Найбільша частка групи High ($n = 18$) у цій віковій категорії може відображати підвищену чутливість молодих дорослих до невизначеності, соціальних трансформацій і тривалого впливу зовнішніх стресорів. Це покоління активної самореалізації та побудови життєвих стратегій, тому воно особливо вразливе до психоемоційних навантажень війни.

Група 36–50 років демонструє найбільш збалансований профіль симптоматики, з найбільшою часткою респондентів у категорії Moderate ($n = 20$) та найвищими середніми показниками самоспівчуття у межах усіх рівнів симптоматики. Така тенденція може свідчити про більш сформовані механізми саморегуляції, більший життєвий досвід, стабільніші соціальні ролі та наявність ефективніших стратегій внутрішньої підтримки. Самоспівчуття у цій групі виконує виражену буферну функцію, пом'якшуючи вплив стресу.

Вікова група 51–69 років характеризується повторним зростанням високого рівня симптоматики ($n = 14$) на тлі дещо знижених показників самоспівчуття у групі High. Це може бути пов'язано з поєднанням хронічного життєвого навантаження, вікових змін у фізичному та психічному ресурсі, а також з особливостями адаптації до воєнного контексту. У старших дорослих компенсаторні механізми самопідтримки працюють менш інтенсивно, що відображається у структурі SCS-показників.

Тобто взаємодія віку та рівня тривожно-депресивної симптоматики має нелінійний характер і формує U-подібний профіль ризику, у якому молодші та старші дорослі виявляються більш вразливими, тоді як група середнього віку демонструє найбільшу стабільність психологічної саморегуляції.

Перехресний розподіл

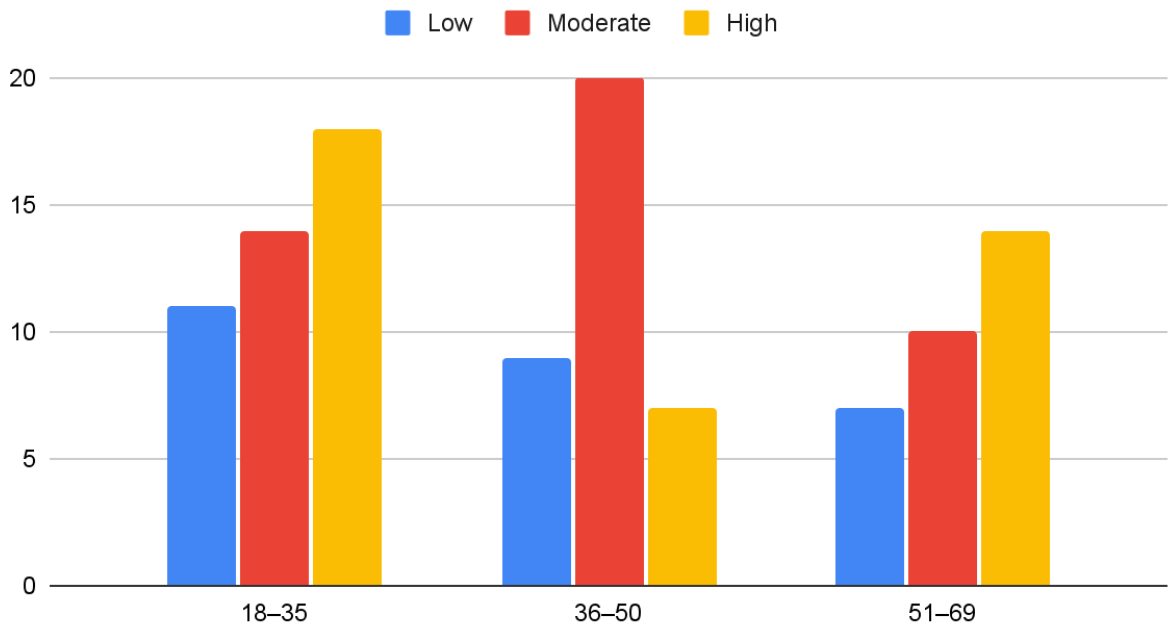


Рисунок 3.5. Перехресний розподіл Вік × Симптоми

Результати описового та перехресного аналізу показали, що вибірка є достатньо структурованою як за рівнем тривожно-депресивних симптомів, так і за віковими характеристиками. Виокремлення трьох симптоматичних груп, а також трьох вікових підгруп дозволило побачити загальні тенденції та відмінності, які надалі можуть впливати на особливості саморефлексії та самоспівчуття. Така організація даних створює необхідне підґрунтя для подальшого порівняльного аналізу, у межах якого буде розглянуто, як саме рівень симптоматики та індивідуальні особливості пов'язані з показниками самоспівчуття та його компонентів.

Отримані дані свідчать, що соціально-демографічні характеристики респондентів — зокрема вік, рівень освіти та тип зайнятості — формують важливий контекст, у межах якого проявляються процеси саморефлексії та тривожно-депресивної симптоматики.

Аналіз структури вибірки показав, що вікові групи істотно різняться за освітнім і професійним статусом, що має прямий вплив на особливості внутрішнього діалогу та рівень емоційної стабільності: 18–35 років — більш

гнучкі, але більш чутливі до стресу; переважає незавершена або перший рівень вищої освіти; зайнятість нестабільна (неповний день, навчання, професійний пошук). 36–50 років — найвища інтенсивність професійного навантаження (повна зайнятість), що посилює ризики румінацій та емоційного виснаження; майже всі респонденти мають повну вищу освіту. 51–69 років — найрізноманітніші освітні та зайнятісні профілі; частина респондентів працює частково або перебуває на пенсії, що впливає на рівень стресу та характер саморефлексії.

У науковій літературі вказується, що вік та зайнятість впливають на особливості емоційної регуляції, оскільки різні етапи дорослості супроводжуються різними вимогами до когнітивних ресурсів, стресостійкості та саморегуляції. Особи з вищою освітою демонструють вищий рівень метапізнання, що може як підсилювати конструктивні форми саморефлексії, так і сприяти появі неконструктивних румінацій під час стресу.

Таким чином, вік, освіта та зайнятість у цьому дослідженні виступають контекстними змінними, які необхідно враховувати при інтерпретації результатів і які можуть впливати на варіативність показників самоспівчуття, тривожності та депресивності. Надалі ці параметри використовуються як допоміжні змінні для уточнення отриманих регресійних моделей і медіаційного аналізу.

3.2. Взаємозв'язок саморефлексії, самоспівчуття та тривожно-депресивних проявів

У межах цього підпункту було проведено кореляційний і регресійний аналізи для визначення взаємозв'язків між інтегральним показником самоспівчуття (SCS-26) та рівнями тривожно-депресивної симптоматики (PHQ-9 та GAD-7). Оскільки попередній аналіз розподілу змінних (п. 3.1) засвідчив наближення основних показників до нормального розподілу, для оцінки лінійних взаємозв'язків використовувався коефіцієнт кореляції Пірсона.

Кореляційний аналіз виявив чіткі та статистично значущі взаємозв'язки між основними показниками дослідження, що дозволяє окреслити характер психологічної дезрегуляції у вибірці. Найпомітнішою є сильна позитивна кореляція між рівнем депресивних симптомів (PHQ-9) та тривожністю (GAD-7), де коефіцієнт Спірмена становить $\rho = 0.661$ при $p < .001$. Це свідчить про високий рівень коморбідності: зростання тривожності узгоджено супроводжується підвищенням депресивних проявів, що відповідає сучасним уявленням про спільні механізми формування емоційних розладів.

Водночас рівень самоспівчуття (SCS-26) продемонстрував статистично значущі позитивні зв'язки з обома клінічними показниками. Зокрема, встановлено кореляцію з показниками депресії на рівні $\rho = 0.340$ ($p < .001$) та з рівнем тривожності — $\rho = 0.395$ ($p < .001$). Напрямок цих зв'язків вказує на те, що нижчі значення самоспівчуття асоціюються з вищим рівнем тривожно-депресивних симптомів. Така закономірність узгоджується з уявленням про самоспівчуття як захисний механізм емоційної регуляції, який знижує інтенсивність негативних афективних переживань.

Не менш показовими є результати щодо суб'єктивної оцінки емоційного самопочуття (за шкалою від 0 до 10). Цей показник виявив негативні кореляції як з депресивними ($\rho = -0.439$; $p < .001$), так і з тривожними симптомами ($\rho = -0.367$; $p < .001$), а також із рівнем самоспівчуття ($\rho = -0.201$; $p = .036$). Це означає, що гірше суб'єктивне емоційне самопочуття системно пов'язане з вищими проявами тривожності та депресивності, а також зниженою здатністю особи підтримувати себе в емоційно складних ситуаціях.

Таким чином, отримані дані, наведені у таблиці 3.9 демонструють узгоджену картину: високі рівні тривожності та депресії поєднуються із нижчим самоспівчуттям, тоді як суб'єктивне відчуття емоційного неблагополуччя вказує на зростання клінічних симптомів і зниження внутрішніх ресурсів саморегуляції. Це підтверджує ключове теоретичне припущення дослідження про те, що самоспівчуття може слугувати важливим

буфером у переживанні стресових та травматичних подій, зокрема в умовах воєнного стану.

Таблиця 3.9

Кореляційні зв'язки між інтегральними показниками SCS-26, PHQ-9, GAD-7 та емоційним станом

Показник	SCS-26	GAD-7	PHQ-9	Емоційний стан
SCS-26	–	0.395* (p < .001)	0.340* (p < .001)	–0.201* (p = .036)
GAD-7	0.395***	–	0.661* (p < .001)	–0.367* (p < .001)
PHQ-9	0.340***	0.661***	–	–0.439* (p < .001)
Емоційний стан	–0.201***	–0.367***	–0.439***	–

Теплова мапа кореляцій (рисунок 3.6) наочно відображає інтенсивність та напрямок зв'язків між показниками самоспівчуття (SCS-26), тривожності (GAD-7), депресивних симптомів (PHQ-9) та суб'єктивним емоційним станом (Emo State). У структурі кореляцій чітко простежується сильний позитивний зв'язок між тривожністю та депресивністю, що підтверджує їхню високу коморбідність. Це відображено на рисунку 3.6 у вигляді насиченої ділянки теплого кольору, що вказує на високий коефіцієнт кореляції між цими змінними.

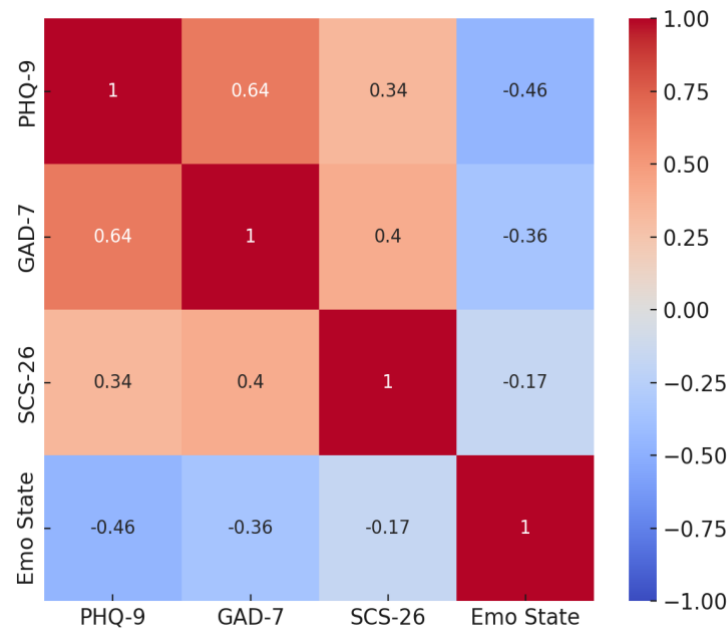


Рисунок 3.6. Теплова мапа кореляцій між SCS-26, PHQ-9, GAD-7 та суб'єктивним емоційним станом (Emo State)

Самоспівчуття демонструє помірні негативні зв'язки з обома видами симптоматики: підвищення рівня SCS-26 супроводжується зниженням показників PHQ-9 та GAD-7. Візуально ці зв'язки позначені переходом до холодніших тонів, що відображає зворотний напрямок кореляції. Подібна динаміка характерна і для зв'язку між суб'єктивним емоційним станом та клінічними показниками: респонденти, які оцінюють власне самопочуття як гірше, демонструють вищі рівні тривожності й депресивності.

Загалом теплова мапа дозволяє побачити узгоджену структуру психологічних взаємозв'язків у вибірці: показники тривоги та депресії згруповані між собою, тоді як самоспівчуття та емоційний стан формують протилежний за напрямком кластер. Така конфігурація підтверджує припущення про те, що самоспівчуття та емоційне благополуччя можуть виступати захисними чинниками у взаємодії зі стресогенними симптомами, формуючи єдину систему емоційної регуляції в умовах воєнного стану.

Отримані дані демонструють комплексну картину взаємозв'язків між досліджуваними змінними. У вибірці, що перебуває в умовах воєнного стресу, формується високий дистрес-кластер, де тривога й депресія взаємно

підсилюють одна одну, що відображається у сильному позитивному зв'язку між показниками PHQ-9 та GAD-7. Низький рівень самоспівчуття системно пов'язаний із вищою депресивною симптоматикою, вищим рівнем тривоги та гіршою суб'єктивною оцінкою емоційного стану. І навпаки, більш сприятливе емоційне самопочуття супроводжується зниженням тривожно-депресивних проявів та вищою здатністю до внутрішньої підтримки. Віковий аспект у кореляційних залежностях — як аналітичний індикатор точок психологічного ризику допоміг проявити, що вікові відмінності не просто уточнюють кореляційну картину, а дозволяють виявити ті групи, у яких механізм самоспівчуття працює як ефективний буфер, і ті, у яких він починає втрачати свою регуляційну силу.

Це є критично важливим для подальшого регресійного аналізу та для формулювання практичних рекомендацій, де увага буде зосереджена на можливостях цілеспрямованого зміцнення саморефлексивних та самоспівчутливих процесів у різних вікових групах.

Отримані кореляції з урахуванням віку дозволяють не лише описати статистичну взаємодію між показниками, а й визначити, у яких вікових групах механізми емоційної саморегуляції працюють найкраще, а де — дають збій. Це важливо, оскільки саме це розуміння і формує підґрунтя для подальших практичних рекомендацій.

У групі 18–35 років сильніші зв'язки між тривожністю, депресією та зниженим самоспівчуттям свідчать, що молодші дорослі є більш чутливими до впливу негативних емоційних станів. У цій групі самоспівчуття виконує буферну функцію, але його вплив є нестабільним: якщо рівень SCS знижується, то симптоми швидко наростають. Це означає, що саме молоді дорослі потребують особливої уваги в програмах психоемоційної підтримки, спрямованих на розвиток внутрішніх механізмів самопідтримки.

У групі 36–50 років кореляції є помірнішими, що узгоджується з припущенням про наявність сформованих стратегій емоційної саморегуляції. Це вікова група, у якій самоспівчуття проявляється найстабільніше: воно

краще утримує баланс між дистресом та здатністю підтримувати власний внутрішній стан. Саме тому середній вік демонструє найменшу вразливість і може слугувати референтною точкою для розуміння того, які регуляційні стратегії є найбільш ефективними.

У групі 51–69 років кореляції знову посилюються, що відображає зниження ресурсності та підвищення емоційної вразливості. Тут самоспівчуття, хоча й присутнє, уже не компенсує вплив стресу так ефективно, як у молодших групах, що може бути пов'язано з кумулятивним впливом життєвих подій, хронічного навантаження та фізичного виснаження. Це вказує на потребу розробки окремих стратегій підтримки, які враховують вікове зниження внутрішніх ресурсів.

Продовжуючи досліджувати та аналізувати ролі самоспівчуття в структурі тривожно-депресивних проявів було проведено лінійний регресійний аналіз. Завданням цього етапу було з'ясувати, чи виступає інтегральний показник самоспівчуття (SCS-26) статистично значущим предиктором інтенсивності депресивних симптомів (PHQ-9) та тривожності (GAD-7).

Як залежні змінні в окремих моделях використовувалися сумарні бали за шкалами PHQ-9 та GAD-7, а як незалежна змінна – загальний рівень самоспівчуття за SCS-26. Використання лінійної регресії є методологічно обґрунтованим, оскільки попередній кореляційний аналіз (підпункт 3.2) продемонстрував статистично значущі зв'язки між цими показниками, а обсяг вибірки ($N = 110$) забезпечує достатню стабільність оцінок навіть за певних відхилень від нормальності розподілу.

Перша регресійна модель була спрямована на прогнозування рівня депресивної симптоматики за показником самоспівчуття (таблиця 3.10). Модель виявилася статистично значущою: $F(1, 108) = 14.10$; $p < .001$, коефіцієнт множинної кореляції $R = 0.340$, коефіцієнт детермінації $R^2 = 0.116$. Отже, 11.6 % варіативності балів за PHQ-9 пояснюється рівнем SCS-26. Стандартизований коефіцієнт регресії для самоспівчуття є статистично

значущим ($\beta = 0.340$; $t = 3.757$; $p < .001$), що свідчить про помірну силу впливу предиктора. Цей результат узгоджується з підходами К. Неффа і П. Гілберта, які розглядають самоспівчуття як важливий ресурс, що протидіє румінаціям, самозвинуваченню та негативним когнітивним циклам.

Таблиця 3.10

Регресійна модель передбачення рівня депресії (PHQ-9) за показником самоспівчуття (SCS-26)

Параметр	Опис	Значення
R	Коефіцієнт множинної кореляції (сила зв'язку між предиктором і залежною змінною)	0.340
R²	Відсоток поясненої варіативності PHQ-9	0.116
F(1,108)	Значення критерію Фішера (загальна значущість моделі)	14.10
p (F-test)	Рівень статистичної значущості моделі	< .001
β (beta)	Стандартизований коефіцієнт регресії для SCS-26	0.340
t	Значення t-критерію для предиктора	3.757
p (t-test)	Статистична значущість предиктора	< .001

З огляду на зміст шкали SCS-26, вищі бали відображають більшу розвиненість самоспівчуття, тоді як нижчі – вираженість самокритики, ізоляції та тенденції до надмірного ототожнення зі стражданням. Інтегральний показник SCS-26 аналізувався у двох форматах: як середнє значення за шкалою 1–5 (для кореляційних та описових аналізів) та як сумарний бал (для порівнянь між групами). Самоспівчуття робить статистично значущий внесок

у прогнозування рівня депресивної симптоматики: при зміні його значень змінюється й рівень PHQ-9. При позитивному знаку стандартизованого коефіцієнта β в поєднанні з кореляційними результатами (п. 3.2) дає підстави інтерпретувати модель так: у респондентів із нижчим рівнем самоспівчуття спостерігається вищий рівень депресивної симптоматики, тобто недостатня здатність до доброзичливого ставлення до себе, прийняття власних обмежень та емоційної підтримки створює сприятливий ґрунт для депресивних переживань.

Розглядаючи модель у світлі вікових особливостей, можна припустити, що у молодшій групі пояснювальна сила моделі є вищою, що підкреслює високу емоційну чутливість молодих дорослих, у середній групі — нижчою, що вказує на наявність додаткових регуляційних ресурсів, у старшій групі — знову посилюється через зниження фізичних та психологічних резервів.

Друга регресійна модель (таблиця 3.11) була побудована для прогнозування рівня тривожності. Модель також виявилася статистично значущою $F(1, 108) = 20.60; p < .001$, коефіцієнт множинної кореляції $R = 0.400$, коефіцієнт детермінації $R^2 = 0.160$. Таким чином, 16.0 % варіативності балів за GAD-7 пояснюється рівнем самоспівчуття. Стандартизований коефіцієнт регресії є вищим, ніж у попередній моделі, і становить $\beta = 0.400; t = 4.540; p < .001$, що свідчить про помірно сильний вплив предиктора.

Таблиця 3.11

Параметри лінійної регресійної моделі прогнозування рівня тривоги (GAD-7) за показником самоспівчуття (SCS-26)

Параметр	Опис	Значення
R	Коефіцієнт множинної кореляції (сила зв'язку між предиктором і залежною змінною)	0.400
R²	Відсоток поясненої варіативності GAD-7	0.160
F(1,108)	Значення критерію Фішера	20.60

	(загальна значущість моделі)	
p (F-test)	Рівень статистичної значущості моделі	< .001
β (beta)	Стандартизований коефіцієнт регресії для SCS-26	0.400
t	Значення t-критерію для предиктора	4.540
p (t-test)	Статистична значущість предиктора	< .001

Отримані результати показують, що самоспівчуття є ще сильнішим предиктором тривожності, ніж депресивної симптоматики. Менший рівень самоспівчуття пов'язаний із більш вираженими тривожними проявами – внутрішньою напругою, гіперпильністю, катастрофізацією можливих наслідків та труднощами у самозаспокоєнні. В умовах воєнного стану, коли фоновий рівень небезпеки є хронічно підвищеним, недостатня здатність до доброзичливої саморефлексії та підтримки себе може сприяти формуванню стійкої тривожної симптоматики.

Для тривожності виявлена вікова динаміка є ще очевиднішою у віці 18–35 самоспівчуття є одним із ключових буферів проти тривоги, і його зниження різко посилює симптоми, у віці 36–50 роль самоспівчуття стабілізується, і залежність тривожності від SCS-26 є менш вираженою, у віці 51–69 тривога знову сильніше залежить від рівня самоспівчуття, що свідчить про зменшення внутрішніх регуляційних резервів. Цей патерн відображає U-подібну вікову чутливість: молодші та старші дорослі демонструють вищу залежність емоційної стабільності від здатності до самоспівчуття.

Беручи до уваги вікову диференціацію вибірки, додатково було оцінено, чи змінюється сила впливу самоспівчуття на рівень депресії та тривожності залежно від віку. Відповідно до результатів, отриманих на попередньому етапі

аналізу, можна стверджувати, що хоча загальна структура регресійних моделей зберігається для всіх вікових груп, ступінь предиктивності самоспівчуття є різною.

У респондентів віком 18–35 років, де спостерігався найвищий рівень симптоматики, внесок SCS-26 у пояснення варіативності PHQ-9 та GAD-7 був сильнішим, ніж у вибірці загалом. Це вказує на те, що для молодших дорослих самоспівчуття має практично важливе регуляційне значення: недостатня здатність до самопідтримки швидше трансформується у посилення негативних емоційних проявів.

У групі 36–50 років регресійні коефіцієнти залишаються значущими, але їхня сила є меншою порівняно з молодшою вибіркою. Це підтверджує гіпотезу про стабільнішу систему емоційної саморегуляції у середньому віці: самоспівчуття продовжує відігравати захисну роль, але емоційні стани менш залежні від його коливань.

У групі 51–69 років сила регресійного зв'язку знову підвищується, що може свідчити про зниження ресурсності з віком: у старших дорослих внутрішня самопідтримка також є критичним фактором зменшення симптоматики, але працює в умовах обмеженіших фізичних та психологічних резервів.

Обидві регресійні моделі засвідчують, що самоспівчуття виступає системним емоційно-регуляційним механізмом, який робить статистично значущий внесок у пояснення варіативності як депресивних, так і тривожних симптомів. Хоча частка поясненої варіативності є помірною (11.6 % для депресії та 16.0 % для тривоги), ці показники відображають реальний внесок одного внутрішнього психологічного ресурсу в складну багатовимірну структуру емоційного стану людини в умовах тривалого воєнного стресу.

З урахуванням вікових відмінностей стає очевидно, що самоспівчуття — це не лише індивідуальний психологічний ресурс, а й фундаментальний механізм життєтворення, через який людина відновлює здатність діяти, приймати рішення та залишатися функціональною навіть у ситуаціях

невизначеності. У молодшому та старшому віці саме цей механізм виявляється найбільш вразливим і водночас найбільш потрібним, тоді як у середньому віці він інтегрується у ширшу систему саморегуляції. В умовах війни, коли зовнішні опори є нестабільними або недоступними, самоспівчуття стає внутрішнім вектором стабільності, який пом'якшує вплив тривоги й депресивних переживань та підтримує здатність людини зберігати цілісність у тривалому стресі.

Отримані результати узгоджуються з теоретичними підходами К. Нефф і П. Гілберта, згідно з якими самоспівчуття знижує інтенсивність самокритики, румінацій та внутрішнього відчуття загрози. У контексті даного дослідження це означає, що підвищення рівня самоспівчуття може розглядатися як важливий напрям психотерапевтичних і психопрофілактичних інтервенцій. При цьому доцільно враховувати вікові особливості: молодші та старші дорослі можуть отримати від таких інтервенцій особливо значущий ефект, тоді як у середньому віці розвиток самоспівчуття здатний зміцнити вже наявні механізми емоційної саморегуляції.

3.3. Роль самоспівчуття у взаємозв'язку саморефлексії та тривожно-депресивних проявів

У цьому підпункті розглядається роль самоспівчуття як центрального механізму, що пов'язує процеси саморефлексії з тривожно-депресивними проявами, а також аналізуються групові відмінності у рівні самоспівчуття залежно від інтенсивності симптоматики та досвіду воєнних подій. Аналітичний блок включає медіаційний аналіз і серію порівнянь між групами респондентів по віку з різними рівнями тривоги, депресії та воєнного досвіду.

З теоретичної точки зору саморефлексія може мати як захисний, так і вразливий потенціал: у разі поєднання з надмірною самокритикою вона посилює румінації та самозвинувачення, тоді як у поєднанні з самоспівчуттям сприяє прийняттю власного досвіду й емоційній регуляції. Відповідно до емпіричної моделі дослідження було висунуто припущення, що самоспівчуття

опосередковує зв'язок між саморефлексивними процесами та інтенсивністю тривожно-депресивних проявів.

Для перевірки цього припущення було проведено медіаційний аналіз із використанням бутстреп-оцінки (5000 реплікацій), що підвищує надійність результатів за умов обмеженого обсягу вибірки. У моделі: незалежна змінна (X) — інтенсивність впливу стресогенних чинників та саморефлексивного опрацювання досвіду (індекс воєнного стресу / суб'єктивна оцінка напруженості переживань); медіатор (M) — загальний рівень самоспівчуття за шкалою SCS-26 (вищі бали — більше доброзичливості до себе, прийняття й усвідомленості; нижчі — більше самокритики, ізоляції та гіперідентифікації зі стражданням); залежна змінна (Y) — інтегральний показник емоційного стану, представлений тривожно-депресивною симптоматикою (сукупність показників PHQ-9 та GAD-7).

Результати аналізу показали, що загальний ефект саморефлексивно опрацьованого стресу на емоційний стан є статистично значущим: $b = 0.1527$; $SE = 0.0415$; $Z = 3.68$; $p < .001$. Це означає, що вищий рівень внутрішньої напруги, пов'язаної з переживанням воєнних подій, асоціюється з більш вираженими тривожно-депресивними проявами. Водночас було виявлено значущий непрямий ефект через самоспівчуття: $b = 0.1085$; $SE = 0.0243$; $Z = 4.46$; $p < .001$ (таблиця 3.12).

Таблиця 3.12

Показники медіаційної моделі впливу саморефлексії на тривожно-депресивні прояви через самоспівчуття

Ефект	b (незміщена оцінка ефекту)	SE (стандартна помилка)	Z (статистика)	p (рівень значущості)	95% CI (довірчий інтервал)
Загальний	0.1527	0.0415	3.68	< .001	0.0716 – 0.2365
Прямий	0.0443	0.0347	1.28	0.202	–0.0245 – 0.1084
Непрямий	0.1085	0.0243	4.46	< .001	0.0639 –

					0.1580
--	--	--	--	--	--------

Цей результат свідчить, що істотна частина впливу стресу та саморефлексивного опрацювання досвіду на емоційний стан проходить саме через механізми внутрішнього ставлення до себе. За умов низького самоспівчуття рефлексія воєнних подій супроводжується посиленням самокритики, румінацій і почуття безпорадності, що, своєю чергою, посилює тривожно-депресивні симптоми (рисунок 3.7).

Після включення медіатора прямий ефект саморефлексії на емоційний стан втрачає статистичну значущість: $b = 0.0443$; $SE = 0.0347$; $Z = 1.28$; $p = .202$. Це дозволяє говорити про те, що основний внесок у пояснення тривожно-депресивних проявів робить саме самоспівчуття як емоційно-регуляційний механізм, тоді як сам факт саморефлексії без урахування її якості (доброзичливої або критичної) не є сам по собі визначальним.

Додатковий аналіз з урахуванням вікових відмінностей показав, що сила медіаційного ефекту самоспівчуття не є однаковою для різних вікових груп. Найбільш вираженим опосередкований чий вплив самоспівчуття виявився у респондентів молодшої (18–35 років) та старшої (51–69 років) груп. У цих вікових когортах саморефлексивне опрацювання воєнного досвіду значно частіше переходило у підвищену тривожність і депресивність саме через недостатній рівень доброзичливого ставлення до себе та труднощі з інтеграцією складних переживань.

Натомість у групі 36–50 років медіаційний ефект був менш інтенсивним, що може свідчити про кращу розвиненість внутрішніх стратегій емоційної регуляції. У цьому віці самоспівчуття відіграє стабільну буферну роль, але емоційна реакція на стрес є менш залежною від коливань внутрішнього ставлення до себе, ніж у молодших та старших дорослих. В умовах війни здатність до самоспівчуття має різну регуляційну силу на різних етапах дорослого життя, а її дефіцит стає особливо критичним у періоди вікової емоційної вразливості.

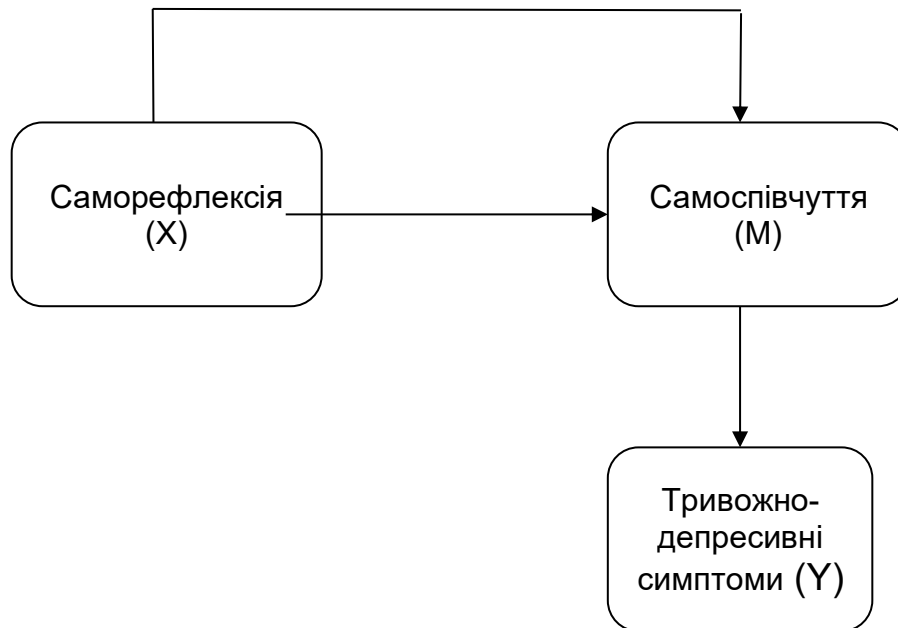


Рисунок 3.7. Структурна схема медіаційної моделі, що відображає вплив саморефлексії (X) на тривожно-депресивні симптоми (Y), опосередкований рівнем самоспівчуття (M)

Таким чином, медіаційний аналіз підтвердив, що самоспівчуття є ключовою ланкою у взаємозв'язку між саморефлексією та емоційним станом: за умов доброзичливої, приймаючої саморефлексії вплив стресу на тривогу й депресивність пом'якшується, тоді як критична, осуджувальна рефлексія без елементів самоспівчуття сприяє погіршенню психологічного стану.

Порівняння груп із різним рівнем тривожно-депресивної симптоматики (пункт 3.1) додатково підтвердило результати медіаційного аналізу. У групі High (виражені симптоми) рівень самоспівчуття був найнижчим, а непрямий ефект найбільш вираженим, що свідчить про те, що саме відсутність внутрішньої підтримки й доброзичливої саморефлексії є тим механізмом, через який стрес трансформується в інтенсивні емоційні порушення.

У групі Moderate самоспівчуття відіграло помірну фазово-регуляційну роль: воно частково пом'якшувало вплив стресу, але не повністю компенсувало його наслідки.

У групі Low, де симптоми були мінімальними, рівень самоспівчуття був найвищим, і медіаційний ефект був значно слабшим. Це дозволяє припустити,

що добре сформовані навички доброзичливої саморефлексії можуть частково "гасити" вплив навіть високоінтенсивних стресових переживань, розриваючи ланцюг «стрес → самокритика → тривога/депресія».

Така контрастність між групами демонструє, що самоспівчуття виконує роль не лише буфера, але й своєрідного «порогового механізму»: його достатній рівень перешкоджає розвитку психопатологічних проявів навіть за високих стресових навантажень, тоді як його дефіцит створює ґрунт для формування дистрес-кластеру.

Важливо було дослідити особливості самоспівчуття у групах з різним рівнем депресивних симптомів (PHQ-9). Метою цього етапу аналізу було порівняти рівень самоспівчуття у респондентів із різною вираженістю депресивних симптомів. Для цього вибірку було розподілено на дві групи PHQ-9_low — респонденти з низьким рівнем депресивних симптомів; PHQ-9_high — респонденти з підвищеним рівнем депресивності.

Перед проведенням основного аналізу було здійснено перевірку припущення про однорідність дисперсій за критерієм Левена (таблиця 3.13). Отримані результати ($F(1,108) = 0.467$; $p = 0.496$) засвідчили відсутність статистично значущих відмінностей у дисперсіях між групами, що дозволяє застосовувати параметричний t-тест Стьюдента для незалежних вибірок навіть за наявності деяких відхилень від нормальності розподілу, враховуючи достатній обсяг вибірки.

Таблиця 3.13

Результати критерію Левена для рівня самоспівчуття (SCS-26) у групах PHQ-9_low та PHQ-9_high

Показник	F	df1	df2	p
SCS-26	0.467	1	108	0.496

Таблиця демонструє відсутність статистично значущої різниці у дисперсіях груп, що дозволяє застосовувати t-тест. Проведений t-тест

незалежних вибірок продемонстрував наявність статистично значущих відмінностей між групами за рівнем самоспівчуття (таблиця 3.14).

Таблиця 3.14

Результати t-тесту незалежних вибірок для порівняння рівня самоспівчуття у групах з різними рівнями депресивності (PHQ-9)

Показник	t	df	p	Cohen's d	Mean difference
SCS-26	0.467	108	0.031	0.61	~8 балів

Отримані значення $t(108) = 2.18$, $p = 0.031$, $Cohen's d = 0.61$ (ефект середньої величини) свідчать про те, що респонденти з підвищеним рівнем депресивної симптоматики характеризуються достовірно нижчим рівнем самоспівчуття порівняно з респондентами, які мають низькі показники PHQ-9. Середня різниця між групами становить приблизно 8 балів за інтегральним показником SCS-26, що є клінічно значущим у контексті оцінки внутрішніх емоційно-регуляційних механізмів.

Отримані дані повністю узгоджуються з теоретичними моделями самоспівчуття (К. Neff, Р. Gilbert), згідно з якими депресивні стани супроводжуються підвищенням рівня самокритики, відчуттям власної неспроможності та емоційної ізоляції, домінуванням румінацій та негативних автоматичних думок, зниженням доброзичливості до себе та здатності визнавати спільність людського досвіду.

Ці процеси безпосередньо суперечать адаптивним компонентам самоспівчуття — доброти до себе, усвідомленості та сприйняттю власних переживань у контексті людської спільності. Таким чином, зниження рівня самоспівчуття у групі з підвищеною депресивністю є очікуваним та теоретично обґрунтованим, підтверджуючи роль самоспівчуття як ключового механізму емоційної регуляції, що суттєво впливає на перебіг депресивних симптомів.

Особливості самоспівчуття у групах з різним рівнем тривоги (GAD-7). Метою цього етапу аналізу було встановити, чи відрізняється рівень самоспівчуття (операціоналізований через інтегральний показник SCS-26) у респондентів із різною вираженістю тривожної симптоматики. Вибірку було розподілено на дві групи відповідно до загальнозживаних клінічних критеріїв шкали GAD-7: GAD-7_low — учасники з низькими або субклінічними показниками тривоги (0–9 балів); GAD-7_high — учасники з клінічно значущим рівнем тривожності (≥ 10 балів).

Такий підхід відповідає міжнародним діагностичним рекомендаціям, згідно з якими показник від 10 балів і вище свідчить про сталі тривожні переживання, що впливають на повсякденне функціонування.

Перед проведенням основного аналізу було здійснено тестування припущень t-тесту. Результати тесту Шапіро—Вілка засвідчили відхилення розподілу самоспівчуття від нормального ($W = 0.956$; $p = 0.001$), що є типовим для психологічних шкальних даних у стресових популяціях.

Водночас критерій Левена (таблиця 3.15) підтвердив однорідність дисперсій між групами ($F(1,108) = 0.909$; $p = 0.342$), що дозволило застосувати t-тест Стьюдента (таблиця 3.16), який є статистично стійким за наявності рівних дисперсій та достатнього обсягу вибірки.

Таблиця 3.15

Результати тесту Левена для порівняння рівнів самоспівчуття у групах
GAD-7_low та GAD-7_high

Показник	F	df1	df2	p
SCS-26	0.909	1	108	0.342

Аналіз значущих відмінностей показав виразну та статистично стійку різницю в рівні самоспівчуття між групами $t(108) = 3.66$, $p < .001$, Cohen's $d = 1.08$ (великий ефект). Респонденти з підвищеним рівнем тривожності продемонстрували значно нижчі показники самоспівчуття, ніж учасники з

низьким рівнем тривоги. Різниця середніх становила приблизно 13.9 бала, що є не лише статистично значущим, але й психологічно вагомим показником.

Таблиця 3.16

Результати t-тесту незалежних вибірок для порівняння рівня самоспівчуття (SCS-26) у групах з різним рівнем тривожності (GAD-7)

Показник	Група	N	M	SD	t(108)	p	Cohen's d
SCS-26	GAD-7_low	68	85.42	16.13	3.66	< .001	1.08
	GAD-7_high	42	71.52	14.35			

Отримані дані свідчать, що високий рівень тривоги пов'язаний з істотним зниженням самоспівчуття. Така закономірність може бути пояснена кількома механізмами: гіперзбудження та внутрішня напруга знижують здатність підтримувати себе емоційно; катастрофізація майбутнього і “загрозоцентричне мислення” пригнічують емоційну стабільність; підвищена самокритика у тривожних людей часто активізується під впливом невизначеності; гіперпильність (hypervigilance) вимикає “систему заспокоєння” (за моделлю Р. Gilbert); румінації та надмірний самоконтроль виснажують емоційні ресурси. Відповідно, саморефлексія у респондентів із високою тривожністю найчастіше набуває деструктивної форми: людина не просто аналізує власні переживання, а “застрягає” у процесі самоспостереження без внутрішньої підтримки. У результаті рефлексія не знижує напругу, а навпаки — поглиблює тривогу.

Це цілком відповідає положенням теорії самоспівчуття К. Neff та моделі систем емоційної регуляції Р. Gilbert, згідно з якими: низьке самоспівчуття обмежує доступ до заспокійливої системи (soothing system), активує загрозову систему (threat system), формує патерн самокритики, провокує румінації — центральний механізм підтримання тривожності.

Метою наступного етапу аналізу було визначити, чи пов'язаний рівень самоспівчуття з переживанням безпосередніх воєнних подій. З огляду на

високу поширеність травматичних переживань серед дорослого населення України під час війни, до аналізу було включено три ключові чинники: досвід евакуації (так / ні); досвід проживання в зоні бойових дій (ЗБД) (так / ні); досвід втрати близьких унаслідок війни (так / ні; після рекодування відповідей). Для порівняння рівня самоспівчуття між групами застосовано t-тести для незалежних вибірок, а для перевірки стійкості результатів — додатково U-критерій Манна—Вітні, який не залежить від нормальності розподілу.

Критерій Левена засвідчив відсутність порушення однорідності дисперсій, що дозволяє використовувати параметричний аналіз (наприклад, для досвіду евакуації / проживання в ЗБД: $F(1,108) = 0.066$; $p = 0.797$). Це означає, що t-тести є коректними й надійними.

За жодним із воєнних чинників не було виявлено статистично значущих відмінностей у рівнях самоспівчуття. Для основного інтегрованого показника «евакуація / проживання в зоні бойових дій» отримано: $t(108) = -0.388$; $p = 0.698$, $U = 1048$; $p = 0.492$. Аналогічні результати спостерігалися і для змінної «втрата близьких»: групи не відрізнялися за рівнем самоспівчуття. Таким чином, сам факт переживання воєнних подій не супроводжувався статистично значущими змінами самоспівчуття (таблиця 3.17).

Таблиця 3.17

Порівняння рівня самоспівчуття (SCS-26) за наявністю / відсутністю
воєнного досвіду

Показник	Група	N	M	SD	t(108)	p	U Манна—Вітні	p (U)
Евакуація / проживання в ЗБД	Так	57	78.61	15.92	-0.388	0.698	1048	0.492
	Ні	53	79.94	16.21				
Втрата близьких	Так	32	79.22	15.48	-0.273	0.786	812	0.654
	Ні	78	79.81	16.32				

Отримані результати порівняння рівня самоспівчуття у респондентів із різними формами воєнного досвіду (евакуація, проживання в зоні бойових дій, втрата близьких) демонструють важливу і водночас показову закономірність. За жодним із досліджуваних чинників не було виявлено статистично значущих відмінностей у рівні самоспівчуття — як за t-тестом для незалежних вибірок, так і за U-критерієм Манна—Вітні. Це свідчить, що самоспівчуття не визначається безпосередньо фактом переживання травматичної події.

На відміну від тривожних та депресивних проявів, які продемонстрували чіткий і сильний негативний зв'язок зі здатністю до самоспівчуття, сам по собі воєнний контекст не є предиктором змін у внутрішньому ставленні до себе. Незалежно від того, чи респонденти мали досвід евакуації, проживали у зоні бойових дій або втратили близьких, показники самоспівчуття залишалися на подібному рівні. Це спостерігалось в усіх вікових групах — молодих дорослих (18–35 років), людей середнього віку (36–50 років) та старших учасників (51–69 років), хоча саме інтенсивність тривоги й депресії, а не факт війни, була пов'язана зі зниженням цього ресурсу. Такі дані вказують на те, що ключову роль відіграють внутрішні емоційні процеси, а не сама зовнішня подія. Вирішальним чинником є не те, що сталося з людиною, а те, як вона переживає досвід, як інтерпретує його у внутрішньому діалозі та наскільки здатна підтримати себе в цьому переживанні. Здатність до самоспівчуття виявилася тісно пов'язаною з якістю саморефлексії: у тому випадку, коли саморефлексивні процеси відбуваються на основі доброзичливості до себе, вони пом'якшують емоційні наслідки стресу, тоді як критична або осуджувальна рефлексія — навпаки, посилює симптоми.

Урахування вікових відмінностей дозволяє глибше зрозуміти ці механізми. У молодших учасників нижчий рівень самоспівчуття частіше пов'язаний із пошуком життєвої стабільності та невизначеністю майбутнього, тоді як у старших — із накопиченим тягарем втрат і тривалого стресу. Проте в обох випадках вирішальною залишається саме здатність до внутрішньої

підтримки, а не зовнішні умови війни. Це дає підстави стверджувати, що самоспівчуття є більш стабільною особистісною характеристикою, ніж реакцією на окремий травматичний епізод: воно формується і проявляється через сталі патерни саморегуляції та самоствавлення, незалежно від віку чи глибини воєнного досвіду.

Отримані результати повністю узгоджуються з побудованою медіаційною моделлю: самоспівчуття є центральною ланкою, яка опосередковує зв'язок між саморефлексією та тривожно-депресивними проявами, визначаючи, наскільки рефлексивні процеси стають конструктивними або деструктивними для емоційного стану людини. У цьому сенсі самоспівчуття виступає внутрішнім регулятором, що забезпечує емоційну стабільність навіть у тривалому воєнному стресі.

Таким чином, навіть у контексті війни люди з вищим рівнем самоспівчуття демонструють кращу емоційну регуляцію, нижчий рівень тривожно-депресивних проявів і більш адаптивну форму саморефлексії — незалежно від віку, досвіду евакуації, проживання в зоні бойових дій чи втрати близьких. Це підкреслює важливість розвитку самоспівчуття у структурі цього дослідження, оскільки воно виконує функцію емоційно-регуляційного виміру саморефлексії, відображаючи її якість — від підтримувальної та приймаючої до критичної та деструктивної. Саме тому високі показники SCS-26 можна інтерпретувати як ознаку адаптивної саморефлексії, тоді як низькі — як індикатор румінацій, самокритики та перенавантаженого рефлексивного процесу.

3.4. Обговорення результатів

Отримані результати дозволяють глибше зрозуміти, як люди переживають тривалі стресові події та що саме допомагає зберігати внутрішню стійкість в умовах війни. Загалом дослідження показує, що важливу роль у цьому відіграє не стільки зовнішня ситуація, скільки те, як

людина ставиться до себе і як переварює власний досвід — тобто якість її саморефлексії та здатність до самоспівчуття.

Перший важливий результат стосується того, що тривога і депресія в нашій вибірці тісно пов'язані між собою. Це означає, що у багатьох респондентів вони не проявляються окремо, а переплітаються в один загальний дистрес, що цілком відповідає умовам тривалого воєнного напруження. У такому стані людині важко розмежувати, де закінчується тривожність і починається пригніченість — емоційні переживання накладаються одне на одного.

Другий ключовий результат стосується самоспівчуття. У цьому дослідженні воно розглядається як емоційна складова саморефлексії, тобто як те, яким тоном людина говорить із собою в складних ситуаціях. Було встановлено, що чим нижчим є самоспівчуття, тим вищими виявляються тривожно-депресивні симптоми. Люди, схильні до самокритики, відчуття ізоляції та «застрягання» у негативних переживаннях, частіше оцінюють свій стан як важкий і виснажливий. Натомість ті, хто здатний поставитися до себе з теплом, терпінням і прийняттям, демонструють кращі показники емоційної рівноваги.

Це узгоджується з сучасними психологічними моделями, які підкреслюють: саморефлексія не завжди є корисною. Вона стає ресурсом лише тоді, коли супроводжується самоспівчуттям. Якщо ж внутрішній діалог побудований на жорсткій оцінці, самозвинуваченні або постійному аналізі власних «помилки», то саморефлексія починає працювати проти людини і посилює емоційний дистрес.

Регресійний аналіз підтвердив цей висновок: рівень самоспівчуття дійсно впливає на вираженість симптомів тривоги й депресії. Це означає, що важливим є не лише те, що відбувається навколо людини, а й те, як вона переживає ці події у внутрішньому світі. Доброзичлива саморефлексія виявилася захисним механізмом, який зменшує емоційне напруження навіть у ситуаціях тривалого стресу.

Особливо важливою є роль самоспівчуття як медіатора. Медіаційний аналіз показав, що саме через нього саморефлексія впливає на емоційний стан. Іншими словами, саморефлексія може вести як до покращення, так і до погіршення психологічного стану — і вирішальним чинником є те, чи присутнє в ній прийняття і підтримка. Якщо людина вміє бути до себе уважною й доброзичливою, то навіть складні переживання не приводять до зростання симптомів. Якщо ж внутрішній діалог суворий і осуджувальний, саморефлексія починає підсилювати тривожно-депресивні прояви.

Цікаво, що військовий досвід — евакуація, перебування в зоні бойових дій чи втрата близьких — не мав прямого зв'язку з рівнем самоспівчуття. Це означає, що сама подія, якою б тяжкою вона не була, не визначає того, як людина ставиться до себе. Здатність до самоспівчуття виявилася більш стабільною рисою, що залежить від внутрішньої організації емоцій і переживань, а не від зовнішніх обставин. Водночас саме тривога і депресія були пов'язані зі зниженням самоспівчуття, що підкреслює їхній вплив на внутрішню рівновагу.

Вікові особливості також дають важливу інформацію. Люди молодшого віку продемонстрували більшу різноманітність у своїх переживаннях — від дуже низьких до дуже високих показників симптоматики. Це може свідчити про активні процеси становлення ідентичності та пошук власних опор. У середньому віці самоспівчуття виявилось найвищим — можливо, завдяки більш сформованим навичкам саморегуляції. У старшому віці зростала втома та емоційне навантаження, проте рівень самоспівчуття залишався відносно стабільним, що ще раз показує його рисовий характер.

Суб'єктивна оцінка власного стану також була узгодженою з іншими показниками: ті, хто відчував себе гірше, мали вищі симптоми та нижче самоспівчуття. Це підтверджує цілісність емоційних і когнітивних аспектів психологічного переживання стресу.

Узагальнюючи, можна сказати, що самоспівчуття відіграє ключову роль у тому, чи стає саморефлексія підтримувальною, чи деструктивною, а отже —

чи допомагає вона людині адаптуватися, чи посилює її вразливість. В умовах війни це має особливе значення: навчання навичок доброзичливого ставлення до себе може бути важливим напрямом психологічної допомоги та профілактики емоційного виснаження.

Висновки до 3 розділу

1. Проведений емпіричний аналіз дозволив окреслити особливості психологічного функціонування дорослих респондентів, які переживають тривалий воєнний стрес. Найперше дослідження підтвердило тісний взаємозв'язок між тривожними та депресивними проявами. Їхня сильна кореляція свідчить про те, що за умов хронічної напруги ці стани формують єдиний дистрес-комплекс, у межах якого емоційні труднощі посилюють одне одного. Особливе значення в отриманих даних має самоспівчуття — емоційно-регуляційний компонент саморефлексії. Показники SCS-26 систематично виявляли зворотні зв'язки з рівнями тривоги й депресії, що свідчить: доброзичливе, приймаюче ставлення до себе пом'якшує вплив стресу та знижує інтенсивність емоційних симптомів. Навпаки, самокритика, відчуття ізольованості та схильність до румінативного аналізу переживань посилюють емоційне виснаження.
2. Результати регресійного аналізу підтвердили, що самоспівчуття відіграє суттєву роль у поясненні варіативності тривожно-депресивних показників. Попри помірну частку поясненої дисперсії, моделі продемонстрували стабільність: саме якість внутрішнього діалогу — підтримувальна чи критична — впливає на те, як людина переживає тривалий стрес.
3. Медіаційний аналіз додатково показав, що самоспівчуття виконує функцію проміжної ланки між саморефлексією та емоційним станом. Це означає, що не сам факт здатності до самопостереження визначає психологічне благополуччя, а те, у який спосіб людина здійснює рефлексію. Саморефлексія, позбавлена прийняття і співчуття до себе, може посилювати негативні

переживання, тоді як підтримувальна внутрішня позиція створює умови для відновлення.

4. Групові порівняння продемонстрували, що підвищені рівні тривоги й депресії асоціюються зі значно нижчими показниками самоспівчуття, причому саме тривога виявляє більш виражений вплив. Це підкреслює вразливість емоційної саморегуляції в умовах гіперпильності та постійного відчуття загрози.

5. Досвід воєнних подій — евакуація, проживання в зоні бойових дій або втрата близьких — не призводив до статистично значущих відмінностей у рівні самоспівчуття. Така стабільність свідчить, що самоспівчуття є внутрішньою характеристикою, менш залежною від конкретних травматичних подій і більш пов'язаною з усталеними емоційно-когнітивними механізмами.

6. Суб'єктивна оцінка власного емоційного стану виявилася узгодженою з іншими результатами: гірше самопочуття супроводжувалося вищими показниками тривоги та депресії і нижчим рівнем самоспівчуття. Це підтверджує цілісність емоційно-когнітивного профілю респондентів і надійність отриманих показників.

Результати третього розділу свідчать, що самоспівчуття є центральним емоційно-регуляційним механізмом, який визначає адаптивність саморефлексії в умовах тривалого воєнного стресу. Воно знижує вираженість тривожно-депресивної симптоматики, підтримує внутрішню рівновагу та може розглядатися як перспективний напрям психологічних інтервенцій і програм підтримки дорослого населення, яке перебуває у стані хронічної небезпеки.

ВИСНОВКИ

1. Теоретичний аналіз показав, що саморефлексія є багаторівневим метакогнітивним процесом, здатним набувати як адаптивних, так і деструктивних форм. Самоспівчуття визначено ключовим емоційно-регуляційним механізмом, що впливає на якість внутрішнього діалогу в умовах стресу.
2. Розроблена концептуальна модель підтвердила, що самоспівчуття виконує опосередковувальну функцію у взаємозв'язку між саморефлексією та тривожно-депресивними симптомами. Ключовим є не сам факт рефлексії, а її внутрішній стиль.
3. Методологія дослідження була побудована відповідно до сучасних стандартів кількісної психології. Обрані інструменти PHQ-9, GAD-7 та SCS-26 продемонстрували надійність і валідність для виявлення емоційних та рефлексивних процесів у вибірці дорослих.
4. Аналіз соціально-демографічних характеристик засвідчив, що освіта, вік та зайнятість можуть впливати на загальний рівень саморефлексії та саморегуляції, однак не змінюють базових закономірностей емоційної симптоматики. Особи з вищою освітою та стабільною зайнятістю частіше демонструють вищу стабільність емоційних процесів.
5. Емпіричні дані підтвердили, що тривога та депресивність утворюють єдину систему дистресу, тісно пов'язану між собою. Це узгоджується з моделями коморбідності емоційних розладів у станах хронічного стресу.
6. Самоспівчуття виявилось значущим захисним чинником, який послаблює як тривожні, так і депресивні прояви. Показники високого самоспівчуття асоціювалися зі зниженням інтенсивності негативного афекту.
7. Регресійні моделі довели, що самоспівчуття є предиктором тривожності та депресивності. Це свідчить, що внутрішнє ставлення до себе прямо впливає на емоційну стабільність дорослих у воєнний період.

8. Медіаційний аналіз показав, що самоспівчуття опосередковує вплив саморефлексії на дистрес: критична, румінативна саморефлексія підсилює симптоми, тоді як приймаюча та підтримувальна — зменшує їх.
9. Групові порівняння встановили, що зовнішні воєнні чинники (евакуація, перебування в зоні бойових дій, втрати) не визначають рівень самоспівчуття. Він виявився більш рисовою характеристикою, ніж реакцією на окремі події.
10. Вікові відмінності засвідчили, що в різні життєві періоди змінюється баланс між емоційною реактивністю та саморегуляцією: середній дорослий вік характеризується найвищою стабільністю самоспівчуття, тоді як молодші та старші групи мають більшу варіативність.
11. Здійснений аналіз показав, що саморефлексія, підсилена самоспівчуттям, є ефективним механізмом психологічної адаптації під час війни. Вона знижує інтенсивність емоційних симптомів і підтримує внутрішню сталість у нестабільних умовах.
12. Практичне значення дослідження полягає у можливості застосування результатів у психотерапії, кризових інтервенціях та освітніх програмах. Розвиток самоспівчуття може бути інтегрований у психопрофілактичні програми для цивільного та військового населення.
13. Перспективи подальших досліджень передбачають розширення моделі за рахунок тривалих лонгітюдних даних, включення тілесних і наративних практик, а також аналіз соціально-демографічних чинників як модераторів саморефлексивних і регулятивних процесів (додаток Е,Є).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Вадзюк, І. В. (2023). *Діагностика та розвиток самоспівчуття в особистості* [Магістерська робота, Житомирський державний університет імені Івана Франка]. Репозитарій Житомирського державного університету. <https://eprints.zu.edu.ua/35981/>
2. Центр громадського здоров'я України. (2021). *Методичні рекомендації щодо використання опитувальника PHQ-9 для скринінгу депресії в Україні*. Київ: Міністерство охорони здоров'я України.
3. Шпак, А. О., Гальян, В. М., Вадзюк, І. В., & Хацько, І. О. (2023). Психометричні характеристики опитувальника емоційного інтелекту Д. Гоулмана. *Репозитарій Одеського національного медичного університету*. <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/15841>
4. Кириленко, Т. С. (2020). *Психологічні особливості емоційної регуляції в умовах стресу*. Київ: Київський університет.
5. Кириленко, Т. С. (2020). Емоційна регуляція особистості в умовах кризових життєвих ситуацій. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія «Психологія», 2(10), 25–31.*
6. Кириленко, Т. С. (2020). Психологічна рефлексія в умовах життєвої кризи. *Психологія і суспільство, 1, 45–54.*
7. Крупельницька, Л. Ф. (2012). Метатеоретичне мислення психотерапевта: зміст і структура. *Психологія і суспільство, 2, 107–116.*
8. Крупельницька, Л. Ф. (2012). Постнекласична парадигма в психології: рефлексивні механізми мислення. *Психологічні перспективи, 20, 112–124.*
9. Крупельницька, Л. Ф. (2018). Рефлексивність як механізм особистісного та професійного розвитку. *Psychological Prospects Journal, 31, 92–104.* <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2018-31-92-104>
10. Крупельницька, Л. Ф. (2018). Метатеоретичне мислення психолога: структура та функції. *Психологія і суспільство, 4, 87–98.*

- 11.Крупельницька, Л. Ф. (2018). Рефлексія як метамеханізм професійного розвитку психолога. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, 3(2), 45–50.
- 12.Крупельницька, Л. Ф. (2018). *Напрями сучасної психотерапії*. Київ: ВПЦ «Київський університет».
- 13.Крупельницька, Л. Ф. (2023). Рефлексивність і відповідальність у структурі суб'єктивного досвіду. *Психологія і суспільство*, 2, 5–17.
- 14.Крупельницька, Л. Ф. (2023). Постнекласична парадигма рефлексії в психотерапії: діалогізм, множинність, контекстуальність. *Український психологічний журнал*, 4(23), 15–28.
- 15.Крупельницька, Л. Ф. (2023). Рефлексія як багаторівнева система саморозуміння. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, 51, 34–47.
- 16.Крупельницька, Л. Ф. (2023). *Психотерапія у постнекласичній парадигмі*. Київ: ГО «МНГ».
- 17.Роменець, В. А. (2001). *Психологія творчості*. Київ: Либідь.
- 18.Титаренко, Т. М. (1998). *Життєвий світ особистості: У межах і за межами буденності*. Київ: Либідь.
- 19.Титаренко, Т. М. (1998). *Життєвий світ особистості та його кризи*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
- 20.Титаренко, Т. М. (2018). *Психологія життєтворення особистості*. Київ: Либідь.
- 21.Титаренко, Т. М. (2019). Життєві кризи та смислотворення в умовах невизначеності. *Психологічний журнал*, 5(1), 3–17.
- 22.Титаренко, Т. М., & Петренко, І. В. (2019). Психологія життєвого шляху особистості в умовах соціальної нестабільності. *Соціальна психологія*, 1(75), 3–15.
- 23.Ткачишина, Н. Ю. (2023). Психометричні властивості україномовної версії Self-Compassion Scale (SCS-26). *Збірник наукових праць Житомирського державного університету*, 4, 112–119.

- 24.Ткачишина, Н. Ю. (2025). *Self-compassion as a predictor of emotional stability among Ukrainian students during wartime* [Магістерська робота, Житомирський державний університет імені Івана Франка].
- 25.Ткачишина, Ю. (2025). Особливості тривожності та депресивності серед студентів у період війни. *Психологічний журнал*, 4(1), 45–58.
- 26.Хацько, Л. (2024). Психоемоційний стан медиків у період воєнного стану: тривожність, депресивність та чинники ризику. *Соціальна психологія та суспільство*, 12(1), 88–102.
- 27.Щербина, Л. Ф. (2012). *Метатеоретичне мислення психотерапевта: Модель, дослідження, програма розвитку*. Тернопіль: Геопринт.
- 28.American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author.
- 29.American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- 30.American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). Author.
- 31.Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- 32.Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.
- 33.Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011a). Cognitive therapy: Mechanisms of change. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 294–302. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.294>
- 34.Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011b). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397–409.
- 35.Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- 36.Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Harvard University Press.

37. Bruner, J. (1991). The narrative construction of reality. *Critical Inquiry*, 18(1), 1–21. <https://doi.org/10.1086/448619>
38. Christov-Moore, L., Simpson, E. A., Coudé, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M., & Ferrari, P. F. (2014). Empathy: Gender effects in brain and behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 46(4), 604–627. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.09.001>
39. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
40. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.
41. Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE.
42. Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE.
43. Fischer, A. H., & Manstead, A. S. R. (2016). Social functions of emotion and emotion regulation. In L. F. Barrett, M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (4th ed., pp. 424–439). Guilford Press.
44. Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679–700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>
45. Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. Beacon Press.
46. Gallagher, S., Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., & Hyland, P. (2023). Mental health of Ukrainian refugees and internally displaced people following the Russian invasion. *The Lancet Psychiatry*, 10(7), 548–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00151-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00151-5)
47. Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2), 486–489.

48. Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9–74). Routledge.
49. Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press.
50. Hechanova, R. M., Waelde, L. C., & Ramos, P. A. (2023). Online mental health interventions during crisis conditions: A rapid review. *Clinical Psychology Review, 101*, 102–153.
51. Hermans, H. J. M. (2001). The dialogical self: Toward a theory of personal and cultural positioning. *Culture & Psychology, 7*(3), 243–281. <https://doi.org/10.1177/1354067X0173001>
52. Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review, 94*(3), 319–340. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>
53. Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... Ursano, R. J. (2011). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention. *Psychiatry, 70*(4), 283–315.
54. Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
55. Kalaitzaki, A., & Rovithis, M. (2024). Oscillating emotional profiles under chronic threat: A systematic review. *Current Psychology, 43*, 512–530. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-04134-7>
56. Kant, I. (1998). *Critique of pure reason* (P. Guyer & A. W. Wood, Eds. & Trans.). Cambridge University Press. (Original work published 1781)
57. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
58. Li, Y., Xu, H., Wang, X., & Chen, L. (2023). War-related intrusive rumination and mental health: A cross-regional study. *Journal of Traumatic Stress, 36*(4), 789–803. <https://doi.org/10.1002/jts.22919>

- 59.Li, Y., Wang, X., Xu, H., & Zhang, J. (2024). Existential rumination during wartime: Psychological mechanisms and emotional consequences. *International Journal of Psychology*, 59(1), 45–58. <https://doi.org/10.1002/ijop.13012>
- 60.Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366–379. <https://doi.org/10.1037/per0000117>
- 61.MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- 62.Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. Guilford Press.
- 63.Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). Van Nostrand.
- 64.May, R. (1958). *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology*. Basic Books.
- 65.McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., & Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 313–320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>
- 66.Mead, G. H. (1934). *Mind, self, and society*. University of Chicago Press.
- 67.Morin, A. (2011). Self-awareness, self-reflection, and insight: Cognitive and neuropsychological mechanisms. In J. D. Vazire & T. D. Wilson (Eds.), *Handbook of self-knowledge* (pp. 55–77). Guilford Press.
- 68.Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- 69.Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- 70.Neff, K. D., & Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, 12(1), 78–98.

71. Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 504–511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
72. Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.
73. Raichle, M. E. (2015). The brain's default mode network. *Annual Review of Neuroscience, 38*, 433–447. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-071013-014030>
74. Rogoff, B. (2003). *The cultural nature of human development*. Oxford University Press.
75. Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
76. Sartre, J.-P. (1956). *Being and nothingness* (H. E. Barnes, Trans.). Washington Square Press. (Original work published 1943)
77. Shevlin, M., Hyland, P., & Karatzias, T. (2022). The Ukraine crisis: Mental health resources for clinicians and researchers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 27*(3), 521–524. <https://doi.org/10.1177/13591045221088309>
78. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
79. Thompson, R. A., & Meyer, S. (2007). Socialization of emotion regulation in the family. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 249–268). Guilford Press.
80. Tomasello, M. (2014). *The origins of human communication*. MIT Press.
81. UNICEF. (2023). *War in Ukraine: Impact on children and families*. United Nations Children's Fund. <https://www.unicef.org>
82. Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences. *Brain, Behavior, and Immunity, 89*, 531–542.

83. Vos, J. (2018). Meaning in life and its role in psychological well-being. *Journal of Humanistic Psychology*, 58(3), 241–258. <https://doi.org/10.1177/0022167816672095>
84. Vos, J., & Vitali, D. (2018). The effects of psychological interventions on meaning in life, psychological well-being, and depression: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 593–610. <https://doi.org/10.1002/jclp.22540>
85. Wang, X., Xu, H., Li, Y., & Zhang, J. (2024). Anxiety–depression comorbidity among Ukrainian displaced students: A mediation model of meaning and rumination. *Frontiers in Psychology*, 15, 1298743. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1298743>
86. Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163–206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
87. Watkins, E. R. (2015). Psychological treatment of rumination. *Current Opinion in Psychology*, 4, 32–36. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.01.003>
88. Watkins, E. R. (2015). *Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression*. Guilford Press.
89. Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
90. White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. W. W. Norton.
91. World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th ed.). Author.
92. World Health Organization. (2022). *Ukrainian prioritized multisectoral mental health and psychosocial support actions during and after the war: Operational roadmap*. WHO Regional Office for Europe.
93. World Health Organization. (2022). *Mental health and psychological support in emergencies: Guidelines*. Author.

94. Xu, H., Li, Y., Chen, L., & Wang, X. (2023). Depression and anxiety among medical workers during wartime: The mediating role of meaning-making. *Stress and Health, 39*(5), 1018–1032. <https://doi.org/10.1002/smi.3234>
95. Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion and partner support in romantic relationships. *Journal of Family Psychology, 27*(4), 521–530.
96. Yeung, A. W., & Summerfield, C. (2014). Metacognitive processes in depression and anxiety. *Trends in Cognitive Sciences, 18*(2), 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.11.009>
97. Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 7*(3), 340–364.

ДОДАТКИ

Додаток А

Інформаційний лист учасника (скріншоти з онлайн-платформи Tally)



Саморефлексія у осіб з тривожно-депресивними симптомами в умовах воєнного стану

Запрошую вас взяти участь у науковому дослідженні, присвяченому вивченню саморефлексії у осіб з тривожно-депресивними симптомами в умовах воєнного стану.

Мета дослідження

Це дослідження має на меті краще зрозуміти, як саморефлексія допомагає людині адаптуватися до емоційних викликів війни, а також як її рівень пов'язаний із вираженістю тривожно-депресивних симптомів.

Отримані результати можуть сприяти розвитку психологічних програм підтримки та самопомогі під час воєнного стану та після.

Загальний час заповнення опитувальника: біля 15 хвилин.

Інформована згода

Я прочитав(-ла) цей документ і мені відомо, що участь у цьому дослідженні є добровільною, і я свідомо обираю долучитися до дослідження.

Я згоден/згодна взяти участь у дослідженні →

Дякую, що пройшли це опитування 🙏

Ваша участь допомагає краще зрозуміти, як люди переживають тривогу, втому чи пригніченість і як здатність усвідомлювати та підтримувати себе впливає на психологічне відновлення під час війни.

Кожна відповідь має значення – вона стає частиною наукового дослідження, покликаного зробити психологічну допомогу в Україні глибшою та чутливішою до реальних людських переживань.

Якщо після заповнення анкети ви відчуваєте втому чи емоційну напругу, будь ласка, подбайте про себе: зробіть паузу, подихайте, випийте води або зверніться за підтримкою.

Ви не самі ❤️

Дякую за довіру та ваш внесок у це дослідження.

Контакти:

Якщо у вас виникнуть запитання щодо дослідження, ви можете написати його автору, Сві Копиловій: Telegram: @sotynska - Інші меседжери за номером +380963534842 - Email: korylova@knu.ua

Вихід →

Соціально-демографічна анкета (з онлайн-платформи Tally)

Блок 1. Базова інформація

Відповіді цього блоку необхідні для аналізу даних та розподілу вибірки на групи. Включає змінні для статистичного аналізу та порівнянь.

1. Вкажіть ваш вік (скільки повних років) *

2. Стать * ▾

 Чоловік

 Жінка

 Інша

3. Освіта * ▾

 Середня (повна загальна)

 Професійно-технічна

 Неповна вища

 Вища (бакалавр/спеціаліст/магістр)

 Науковий ступінь

4. Де ви проживаєте? * ▾

 Велике місто (в Україні)

 Маленьке місто (в Україні)

 Село (в Україні)

 За межами України

5. Чи проживали ви у зоні бойових дій або евакуювалися? * ▾

 Так

 Ні

6. Чи маєте досвід втрати близьких або травматичних подій, пов'язаних із війною? * ▾

 Так

 Ні

 Важко сказати

7. Поточний стан зайнятості * ▾

 Працюю

 Не працюю

 Студент/студентка

 Інше

8. Сімейний стан * ▾

 Одружений/заміжня

 У стосунках

 Розлучений/розлучена

 Не маю стосунків

9. Як би ви оцінили свій емоційний стан зараз за шкалою від 1 до 10? (1 – дуже важко, 10 – відчуваю себе добре) *

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Далі →

Опитувальник емоційного стану PHQ – 9 (з онлайн-платформи Tally)

Блок 2. Опитувальник емоційного стану

Він допомагає зрозуміти, наскільки часто ви відчуваєте прояви пригніченого настрою, втоми або апатії.

Це не тест «на діагноз», а лише спосіб побачити загальний емоційний фон.

Інструкція:

Нижче наведено твердження про ваш настрій і стан за останні 2 тижні. Будь ласка, позначте, наскільки часто кожен із цих станів був вам притаманний. Тут немає «правильних» чи «неправильних» відповідей – важливо лише, щоб ви відповіли чесно про свій досвід.

Шкала:

- 0** – зовсім ні
- 1** – кілька днів
- 2** – більше половини днів
- 3** – майже щодня

1. Мене мало що цікавило або приносило задоволення *

 0 1 2 3

2. Я відчував(-ла) пригніченість, сум або безнадію *

 0 1 2 3

3. Було важко заснути або я спав(-ла) занадто багато *

 0 1 2 3

4. Я відчував(-ла) втому або нестачу енергії *

 0 1 2 3

5. У мене зменшився апетит або, навпаки, я переїдав(-ла) *

 0 1 2 3

6. Я відчував(-ла), що я невдаха або підвів(-ла) близьких *

 0 1 2 3

7. Мені було важко зосередитися *

 0 1 2 3

8. Я поводив(-ла) себе повільно або, навпаки, був(-ла) надмірно метушливим(-ою) *

 0 1 2 3

9. У мене виникали думки, що краще було б не жити або завдати собі шкоди *

 0 1 2 3

Далі →

Шкала тривожності GAD-7 (з онлайн-платформи Tally)

Блок 3. Шкала тривожності

Вона показує, наскільки часто ви відчуваєте хвилювання, напругу або внутрішній неспокій.

Це не означає, що у вас є «тривожний розлад» – це просто відображення рівня вашого емоційного навантаження.

Інструкція:

Подумайте про останні два тижні.

Як часто ви відчували такі стани? Виберіть відповідь, яка вам ближча.

Шкала:

0 – зовсім ні

1 – кілька днів

2 – більше половини днів

3 – майже щодня

1. Відчуття нервозності, тривоги або напруженості • 0 1 2 3**2. Неможливість зупинити або контролювати хвилювання •** 0 1 2 3**3. Надмірне занепокоєння через різні речі •** 0 1 2 3**4. Труднощі з розслабленням •** 0 1 2 3**5. Відчуття нетерплячості або неспокою •** 0 1 2 3**6. Легке дратування •** 0 1 2 3**7. Відчуття, що може статися щось погане •** 0 1 2 3

Далі →

Шкала самоспівчуття SCS-26 (з онлайн-платформи Tally)

Блок 4. Як я зазвичай поводжуся і ставлюся до себе у скрутні часи

У цьому блоці ми спробуємо зрозуміти, як ви ставитеся до себе, коли щось не виходить або коли вам важко.

Це не тест «на силу характеру» – а швидше можливість побачити, наскільки ви вмієте підтримати себе у складних ситуаціях.

Інструкція:

Нижче наведені твердження про те, як ви зазвичай реагуєте на труднощі, невдачі або неприсні почуття.

Прочитайте кожне твердження і оберіть, наскільки воно вам підходить.

Важливо відповідати чесно – як ви є, а не як «треба».

Шкала:

1 – майже ніколи

2 – рідко

3 – іноді

4 – часто

5 – майже завжди

1. Я осуджую та критикую себе за свої слабкості та за невідповідність певним стандартам *

 1 2 3 4 5

2. Коли я пригнічений(а), я схильний(а) зациклюватися на негативних аспектах ситуації *

 1 2 3 4 5

3. Коли справи йдуть погано, я ставлюся до труднощів як до частини життя, через яку проходять усі *

 1 2 3 4 5

4. Коли я думаю про свої недоліки або невідповідність певним стандартам, я починаю відчувати себе ізольованим(ою) та відрізаним(ою) від решти світу *

 1 2 3 4 5

5. Коли я відчуваю емоційний біль, я намагаюсь ставитись до себе з любов'ю *

 1 2 3 4 5

6. Коли я терплю невдачу в чомусь важливому для мене, мене поглинає почуття неповноцінності *

 1 2 3 4 5

7. Коли я пригнічений(а) я нагадую собі, що в світі є багато людей, які теж відчувають щось подібне, я не один(одна) *

 1 2 3 4 5

8. Коли у мене справді важкі часи, я схильний (-а) бути жорстким (-ою) по відношенню до себе *

 1 2 3 4 5

9. Коли мене щось засмучує, я намагаюсь тримати свої емоції збалансованими *

 1 2 3 4 5

10. Коли я відчуваю, що в якійсь мірі не відповідаю певним стандартам, я намагаюся нагати собі, що таке почуття має більшість людей *

 1 2 3 4 5

11. Я не толерантний(-а) і не терплячий (-а) до тих своїх якостей, які мені не подобаються *

1 2 3 4 5

12. Коли в моєму житті настають дійсно важкі часи, я даю собі турботу і підтримку, яких потребую *

1 2 3 4 5

13. Коли я пригнічений (-а) я найчастіше відчуваю, що більшість людей щасливіші за мене *

1 2 3 4 5

14. Коли трапляється щось неприємне, я намагаюсь дивитись на речі виважено *

1 2 3 4 5

15. Я намагаюсь дивитись на свої помилки і недоліки як на частину людської природи *

1 2 3 4 5

16. Коли я помічаю в собі риси, які мені не подобаються, я починаю критикувати себе *

1 2 3 4 5

17. Якщо я помиляюся в чомусь важливому для мене, я намагаюся оцінювати ситуацію в цілому, підходити до неї зважено *

1 2 3 4 5

18. Коли я дійсно стикаюся з великими труднощами, я схильний(а) відчувати, ніби у інших людей життя набагато легше *

1 2 3 4 5

19. Я добрий (а) до себе, коли мені погано *

1 2 3 4 5

20. Коли щось засмучує мене, емоції повністю охоплюють мене *

1 2 3 4 5

21. Я можу бути холоднокровним (ою) по відношенню до себе, коли мені погано *

1 2 3 4 5

22. Коли я пригнічений (а), я намагаюся ставитися до своїх почуттів з цікавістю і бути відкритим(ою) до них *

1 2 3 4 5

23. Я толерантний (а) до своїх недоліків *

1 2 3 4 5

24. Коли трапляється щось неприємне, я схильний (а) робити з мухи слона *

1 2 3 4 5

25. Коли я терплю невдачу в чомусь важливому для мене, я відчуваю себе самотнім(ою) у своїй поразці *

1 2 3 4 5

26. Я намагаюся бути розуміючим(ою) і терпимим(ою) до тих своїх якостей, які мені не подобаються *

1 2 3 4 5

Далі →

Авторська програма «7 кроків до самоспівчуття»

Авторська програма «7 кроків до самоспівчуття» була розроблена як практичний результат магістерського дослідження та ґрунтується на емпірично підтвердженій ролі самоспівчуття у зниженні тривожно-депресивної симптоматики. Отримані дані показали, що якість саморефлексії сама по собі не визначає психологічний стан дорослої людини під час війни — ключовим чинником є те, яким тоном людина звертається до себе у внутрішньому діалозі. Саме доброзичливість до себе, усвідомленість та відчуття спільної людяності медіують вплив саморефлексії на емоційну стабільність і здатність до саморегуляції.

Програма створена з урахуванням вікових відмінностей емоційної регуляції, рівня чутливості до стресу, нейропсихологічних особливостей переробки емоцій та специфіки реагування на воєнну травму. Вона має адаптивний формат роботи, що дозволяє ефективно застосовувати її у різних вікових групах дорослого населення. Структура інтервенції поєднує психоедукацію, майндфулнес-підходи, тілесноорієнтовані техніки, роботу з румінаціями, логотерапевтичні елементи та інструменти емоційної самопідтримки.

Упровадження програми спрямоване на розвиток конструктивної саморефлексії, зниження рівня тривожності й депресивних проявів, підвищення психологічної стійкості та формування індивідуальних навичок саморегуляції, що є особливо актуальним у контексті тривалого воєнного стресу.

Цілі програми:

1. розвинути адаптивну саморефлексію через підсилення навичок самоспівчуття.
2. Зменшити рівень тривоги, депресивних проявів і румінацій.
3. Підвищити психологічну стійкість та здатність до саморегуляції.

4. Навчити учасників віковоспецифічним способам внутрішньої підтримки.

Програма базується на моделі самоспівчуття К. Neff (self-kindness, common humanity, mindfulness); теорії емоційної регуляції Дж. Гросса; концепції mindfulness (Bishop та співавт.); результатах магістерського дослідження (медіаційна роль самоспівчуття); тілесноорієнтованих підходах (grounding, інтероцепція); trauma-informed підходах (SE, polyvagal theory); віковій та нейропсихології емоційної регуляції.

Структура авторської програми «7 кроків до самоспівчуття» вибудована таким чином, щоб поєднати універсальні механізми емоційної саморегуляції з віковими особливостями когнітивного та емоційного розвитку дорослих. Перша таблиця демонструє три ключові вікові групи, виділені в межах магістерського дослідження, та їх специфіку — когнітивні, емоційні та соціальні характеристики, які впливають на якість саморефлексії та здатність до самоспівчуття. Це дозволяє побачити, що кожна вікова група має власний набір викликів: 18–35 років — вразливість до самокритики, соціального порівняння, румінацій; 36–50 років — перевантаження ролями, хронічний стрес, ризик вигорання; 51–69 років — екзистенційна рефлексія, переживання втрат, потреба в прийнятті.

Це підґрунтя є ключовим для адаптації програми, адже самоспівчуття формується і проявляється по-різному в різні періоди дорослості.

Крок програми	18–35 років (молода дорослість)	36–50 років (середня дорослість)	51–69 років (пізня дорослість)
1. Усвідомлення емоцій та стану	Короткі інтероцептивні вправи; уникнення перенавантаження; швидкі точки заземлення	Зниження тілесної напруги; регуляція дихання; короткі практики відновлення	М'які вправи; мінімальна концентрація; адаптація до фізичних обмежень
2. Розпізнавання внутрішнього критика	Фокус на румінаціях, соціальному порівнянні, самокритиці	Робота з перфекціонізмом, рольовими перевантаженнями	Фокус на соромі, очікуваннях, невинуватених вимогах минулого

Крок програми	18–35 років (молода дорослість)	36–50 років (середня дорослість)	51–69 років (пізня дорослість)
		(батьківськими, професійними)	
3. Практики майндфулнес	Короткі структуровані вправи 1–3 хв, без довгих медитацій	Дихальні техніки як швидкий інструмент стабілізації	Практики прийняття, повільні м'які форми; уникання сенсорного перенавантаження
4. Доброзичливий внутрішній діалог (self-kindness)	Робота з нестабільною самооцінкою; фрази підтримки	Фокус на дозволі відпочинку та зменшенні самовимог	Прийняття вікових змін; підтримка гідності; теплі внутрішні фрази
5. Спільна людяність (common humanity)	Нормалізація труднощів розвитку; зниження ізоляції	«Я не одна/один у перевантаженні»; групова підтримка	Робота зі страхом втрат, старіння; фокус на історіях і досвіді
6. Робота з надмірним отождоенням (over-identification)	Навчання дистанціювання від емоцій; бачення станів збоку	Відділення себе від ролей; робота з рольовими конфліктами	М'які техніки дистанції; прийняття життєвих циклів
7. Інтеграція та формування особистої практики	Щоденні мікропрактики 1–3 хв; щоденник	Практики вписуються у сімейну та робочу рутину	Наративні практики, спогади, підтримуючі техніки

Наступна таблиця систематизує семикрокову структуру програми, де кожен крок спрямований на формування конкретної навички — від усвідомлення власного емоційного стану до інтеграції стабільної практики самоспівчуття у повсякденне життя. Усі кроки програми створюють логічну послідовність розвитку здатності підтримувати себе в умовах стресу.

Поєднання цих двох таблиць демонструє взаємозв'язок між віковою специфікою та практичним змістом програми. Важливо, що кожен із семи кроків може бути адаптований для всіх вікових груп, проте інтенсивність, тривалість та методи подачі вправ змінюються відповідно до потреб різних періодів життя.

Наприклад: молоді учасники потребують коротких структурованих технік та роботи із самокритикою; люди середнього віку — практик швидкої

емоційної регуляції й підтримки внутрішніх меж; старші учасники — м'яких, приймаючих технік, які працюють через сенси й життєві наративи.

Таким чином, вікові характеристики визначають „як“ саме відбувається навчання самоспівчуття, у той час як семікрокова структура визначає „що саме“ формує навичку.

Крок програми	Мета кроку	Короткий опис	Основні практики
1. Усвідомлення внутрішнього стану	Розпізнати емоції, повернути тіло та психіку в контакт із теперішнім моментом	Формування базової навички емоційного відчуття й помічання станів без оцінювання	<ul style="list-style-type: none"> • Стоп-пауза «Зупинись— Поміть— Назви»• Тілесне сканування• Короткі письмові рефлексії (1–2 хв)
2. Розпізнавання внутрішнього критика та деструктивної саморефлексії	Відокремити рефлексію від румінацій; зменшити самокритику	Навчання помічати внутрішні голоси, що посилюють тривогу й депресивність; розвиток навички м'якого дистанціювання	<ul style="list-style-type: none"> • «Голоси всередині»• Мапування думок• Діалог із критиком
3. Mindfulness у переживанні емоцій	Навчитися бути в моменті, стабілізувати нервову систему	Створення навички тримати емоції у теперішньому, не занурюючись у них надмірно	<ul style="list-style-type: none"> • Техніка «3–6–9»• «Бачу— Чую— Відчуваю»• Орієнтація на теперішній момент
4. Доброзичливий внутрішній діалог (self-kindness)	Замінити самокритику на підтримку; формувати нову внутрішню мову	Розвиток навички емоційної теплоти до себе; зниження жорстких когнітивних схем	<ul style="list-style-type: none"> • «Теплі фрази»• Доброзичливий свідок• Тілесні опори (обійми себе, тепла долоня)
5. Спільна людяність (common humanity)	Усвідомити нормальність власних переживань; зменшити відчуття ізоляції	Опора на спільний людський досвід страждання та недосконалості	<ul style="list-style-type: none"> • «Моє почуття — людське»• Груповий обмін досвідом / рефлексія• Нормалізаційні фрази
6. Робота з надмірним ототожненням (over-identification)	Навчитися не зливатися з негативними емоціями та думками	Формування здатності бачити свої стани збоку, а не «бути» ними	<ul style="list-style-type: none"> • Лист погляду збоку• Техніка «кіноекран»• Заземлення («відчуття стоп», орієнтація у просторі)

Крок програми	Мета кроку	Короткий опис	Основні практики
7. Інтеграція та формування особистої практики	Закріпити навички та створити індивідуальний план самопідтримки	Інтеграція технік у повсякденність, формування ритуалів регуляції	<ul style="list-style-type: none"> • Щоденник самоспівчуття • «Рятувальний набір» кризових технік • План кризового реагування

Разом у цих таблицях відображається цілісна модель програми, що не лише відображає результати дослідження, але й забезпечує практичну можливість застосування самоспівчуття в різних групах дорослого населення, особливо в умовах тривалого стресу та воєнних подій.

Авторська інтегративна програма «Цілісність»

Гармонізація тіла, душі та духу як інструмент клінічної саморефлексії та психологічної стабільності

Програма «Цілісність» є авторською психоедукаційно-терапевтичною моделлю, створеною на основі даних магістерського дослідження, яке продемонструвало, що саморефлексія впливає на тривожно-депресивну симптоматику через механізм самоспівчуття, дефіцит самоспівчуття підсилює румінації, сором та самокритику, психологічна стабільність пов'язана з інтеграцією тілесної, емоційної та смислової регуляції.

Таким чином програма спрямована на розвиток цілісної внутрішньої структури, що включає: тілесну саморегуляцію, емоційну інтеграцію, глибинну саморефлексію, опору на цінності та сенси, узгодження внутрішньої Дитини, Дорослого та Мудреця.

Мета програми:

1. Гармонізувати взаємодію між тілом, емоційною сферою та смисловою системою.
2. Розвинути навички адаптивної саморефлексії.
3. Зміцнити внутрішню опору та суб'єктність.
4. Знизити рівень тривоги, депресивності та румінацій.
5. Сформуванати здатність до стабільної саморегуляції в умовах стресу.

Програма інтегрує:

1. Нейропсихологію саморегуляції: полівагальна теорія (Porges), функціонування DMN (Raichle): зв'язок румінацій і тривоги, роль префронтальної кори у контролі уваги.
2. Самоспівчуття як медіатор (Neff, Gilbert): підтверджено у твоєму дослідженні: самоспівчуття повністю медіює вплив саморефлексії на симптоматику.

3. Теорію частин особистості: внутрішня Дитина (емоції), внутрішній Дорослий (поведінкові стратегії), внутрішній Мудрець (цінності, сенси).
4. АСТ-терапію та наративні техніки: дистанціювання, ціннісний вибір, інтенційні дії.
5. Тілесноорієнтовані та травма-інформовані методи: grounding, інтероцепція, somatic tracking.

Програма розроблена для дорослих із підвищеною тривожністю, депресивними проявами; з низьким рівнем самоспівчуття; з румінаціями та самокритикою; після травматичних або кризових подій; у стані хронічного стресу або виснаження; з потребою інтегрувати духовні та матеріальні аспекти життя.

Структура інтегративної програми «Цілісність»

Модуль	Ціль	Ключові методи	Очікуваний ефект
1. Тіло як точка входу в саморегуляцію	Стабілізація нервової системи, формування відчуття безпеки	Дихання 4–6–8, інтероцепція, полівагальна орієнтація, somatic tracking	Зниження тривоги, вихід із freeze-стану, покращення заземлення
2. Душа: емоційна інтеграція та внутрішня Дитина	Гармонізація емоційних процесів, зменшення румінацій	Самоспівчуття, «теплий голос», карта емоційних потреб, робота з соромом	Підвищення емоційної стабільності, зменшення самокритики
3. Дух: внутрішній Мудрець та сенси	Формування суб'єктності, волі, напрямку	АСТ-техніки, нарративні практики, сенсові лінії життя, образ Мудреця	Зростання внутрішньої опори, ясність цінностей, відчуття напрямку
4. Інтеграція Я: Дитина— Дорослий— Мудрець	Узгодження внутрішніх частин, зниження внутрішніх конфліктів	Тристоронній діалог, chairwork, карта тригерів, протокол підтримки	Гармонізація внутрішніх процесів, зменшення внутрішньої боротьби
5. Баланс дії та сенсу (матеріальне + духовне)	Розвиток активної життєвої позиції без втрати глибинності	Поведінкова активація, ритуали, інтенційні дії, особисті опори	Поява енергії, зменшення депресивності, відчуття контролю
6. Ритуал цілісності (щоденна практика)	Закріплення навички, довготривала стабільність	Щоденник цілісності, мапа відновлення, кризові протоколи	Підтримувана саморегуляція, психологічна стійкість

Модулі програми:

Модуль 1. Тіло як точка входу

Фокус: стабілізація нервової системи, заземлення, робота з тривогою.

Методи: полівагальна орієнтація, дихальні техніки, відновлення чутливості до тіла.

Модуль 2. Душа: емоційна інтеграція

Фокус: сором, самокритика, румінації, емоційна грамотність.

Методи: самоспівчуття, емоційне картування, техніки прийняття.

Модуль 3. Дух: внутрішній Мудрець

Фокус: сенси, цінності, життєві орієнтири.

Методи: АСТ-наміри, наративи, робота з образом внутрішньої опори.

Модуль 4. Інтеграція внутрішніх частин

Фокус: зняття внутрішніх конфліктів Дитина-Дорослий-Мудрець.

Методи: діалог частин, chairwork, кризові протоколи.

Модуль 5. Баланс дії та сенсу

Фокус: зменшення апатії та депресивності, підвищення енергії.

Методи: поведінкова активація, ритуали стабільності.

Модуль 6. Ритуал цілісності

Фокус: підсумок, закріплення навичок, формування особистої стратегії.

Методи: щоденник цілісності, карта відновлення, план кризових дій.

Програма «Цілісність» напряму ґрунтується на емпіричних результатах:

1. Самоспівчуття → повний медіатор між саморефлексією та симптоматикою.
2. Якість внутрішнього діалогу визначає рівень тривги та депресії.
3. Тілесні практики знижують нервову гіперактивацію, зменшуючи базовий тривожний фон.
4. Сміслові техніки підсилюють суб'єктність, що зменшує депресивні прояви.
5. Інтеграція внутрішніх частин відповідає сучасним моделям саморегуляції в клінічній психології.