ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ТРИВОГИ У ДОРОСЛИХ ЖІНОК ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

БАКАЛАВР

за спеціальністю 053 Психологія

РАТНЕР АНАСТАСІЇ ВАДИМІВНИ

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри_____
«26» січня 2026 р.

Науковий керівник:
Коняєва Л.Д.,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології

Рецензент:
Зубіашвілі І.К.,
кандидат психологічних наук,

КИЇВ – 2026

Реєстрація

номер	дата, підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано

до захисту Л. Д. Коняєва

підпис наукового керівника	ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

оцінка	дата захисту

Голова ЕК Н.В. Волинець

підпис	ініціали, прізвище

Члени ЕК С.А. Палій

підпис	ініціали, прізвище

В.Б. Синякова

підпис	ініціали, прізвище

О.Л. Туриніна

підпис	ініціали, прізвище

Секретар ЕК Д.В. Бур’ян

підпис	ініціали, прізвище

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

спеціальність *Психологія*
курс IV*(бакалаврат)*

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу бакалавра
Ратнер Анастасії Вадимівни
Тема роботи: **«Психологічні прояви тривоги у дорослих жінок під час війни в Україні».**

1. Цільова установка: дорослі жінки; вихідні дані: матеріали виробничої та переддипломної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.
2. Перелік графічного матеріалу 6 табл.
3. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	**Консультант (Прізвище, ініціали)**	**Підпис, дата**	
		Завдання видав	**Завдання прийняв**
Розділ 1	Коняєва Л.Д.		
Розділ 2	Коняєва Л.Д.		

4. Зміст роботи:

Вступ
Розділ 1. Теоретичні основи дослідження психологічних проявів тривоги у дорослих жінок під час війни в Україні.
Розділ 2. Емпіричне дослідження психологічних проявів тривоги у дорослих жінок під час війни в Україні.
Висновок
Список використаних джерел
Додатки

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	**Фактичний**
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи бакалавра.	червень 2025	червень 2025
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи бакалавра.	липень 2025	липень 2025
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи бакалавра, затвердження його керівником.	серпень 2025	серпень 2025
4.	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.	жовтень 2025	жовтень 2025
5.	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.	грудень 2025	грудень 2025
6.	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час виробничої та переддипломної практики, і подання її на повторне читання.	січень-березень 2026	січень-березень 2026
7.	Подання кваліфікаційної роботи бакалавра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	квітень 2026	квітень 2026
8.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи бакалавра на засіданні Екзаменаційної комісії.	травень 2026	травень 2026
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	червень 2026	червень 2026

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Коняєва Л.Д.)

Завдання прийняв(ла)
до виконання
здобувач(ка) _____ (Ратнер А.В.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 59 с. (основного тексту), 6 табл., 70 джерел, 3 додатки.

Об'єкт дослідження – тривога як психічний стан та тривожність як властивість особистості.

Предмет дослідження – психологічні прояви тривоги у дорослих жінок під час війни в Україні та шляхи її подолання.

Мета дослідження – дослідити психологічні прояви тривоги у дорослих жінок під час війни в Україні та розробити методичні рекомендації для її зниження.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз літератури з проблеми дослідження, узагальнення, порівняння, систематизація;

- емпіричні: психологічне тестування з використанням наступних методик: методика генералізованої тривоги (GAD-7) в україномовній адаптації Н. Алексіна, О. Герасименко, Д. Лавриненко, О. Савченко; шкала інтолерантності до невизначеності (IUS-12) Н. Карлетона в адаптації Г. Громової; україномовна версія шкали труднощів емоційної регуляції DERS Л. В. Сак, З. В. Федотової.

- методи математичної статистики: описова статистика.

ТРИВОГА, ТРИВОЖНІСТЬ, ЕМОЦІЙНА РЕГУЛЯЦІЯ, ІНТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО НЕВИЗНАЧЕНОСТІ, ДОРОСЛІ ЖІНКИ

ANXIETY, WORRY, EMOTIONAL REGULATION, INTOLERANCE OF UNCERTAINTY, ADULT WOMEN

ЗМІСТ

ВСТУП ……...7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ТРИВОГИ У ДОРОСЛИХ ЖІНОК ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ……..…..10

1.1. Поняття тривоги і тривожності у роботах закордонних та українських вчених..... 10

1.2. Чинники, що впливають на появу тривоги та тривожності ..... **Error! Bookmark not defined.**

1.3. Гендерні особливості проявів тривожності у жінок ..**Error! Bookmark not defined.**

Висновки до першого розділу.....**Error! Bookmark not defined.**

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ТРИВОГИ У ДОРОСЛИХ ЖІНОК ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ.....**Error! Bookmark not defined.**

2.1. Організація та методи дослідження психологічних проявів тривоги у дорослих жінок.....**Error! Bookmark not defined.**

2.2. Аналіз результатів дослідження психологічних проявів тривоги у дорослих жінок під час війни в Україні .....**Error! Bookmark not defined.**

2.3. Розробка методичних рекомендацій для зниження тривоги та стабілізації емоційного стану дорослих жінок під час війни в Україні **Error! Bookmark not defined.**

Висновки до другого розділу..... 54

ВИСНОВКИ..... 57

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... 60

ДОДАТКИ..... 68

ВСТУП

Актуальність теми. Повномасштабна війна в Україні стала серйозним психологічним випробуванням для всіх, значно підвищивши рівень стресу та тривожності населення. Люди постійно стикаються із загрозою обстрілів, вимушеним переселенням, розлукою з рідними, втратою житла та нестабільністю майбутнього, що супроводжується відчуттям невизначеності та безпорадності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, під час воєнних конфліктів кількість людей, що страждають на тривожні розлади, збільшується вдвічі. В умовах постійної небезпеки та стресових ситуацій дослідження психологічних проявів тривоги та ефективних шляхів її подолання стає одним із пріоритетних завдань сучасної психології.

Особливо актуальною проблема тривоги та тривожності постає для дорослих жінок. Дослідження різних вчених показують, що вони демонструють вищий рівень тривожності порівняно з чоловіками, що пов'язано не лише з біологічними особливостями, а й із соціально-психологічними факторами. Жінки часто беруть на себе відповідальність за збереження сімейного добробуту, виховання дітей, підтримку близьких, а також активно долучаються до волонтерської діяльності, працюють у сферах освіти, охорони здоров'я та соціального захисту, підтримують військових та вимушених переселенців. Тому рівень їхньої психологічної стійкості має ключове значення як для збереження власного психічного здоров'я, так і для стабільності суспільства загалом.

Тривогу та тривожність вивчали такі класики психології як З. Фрейд, А. Адлер та К. Юнг, Е. Фромм, К. Роджерс, А. Маслоу, Г. Сельє, А. Елліс, А. Бек, Д. Мейхенбаум, Ч. Спілбергер та інші. Серед українських науковців поняття тривожності, її види, чинники, які впливають на її появу та інші питання вивчали Є.М. Калюжна, Л.М. Костіна, В.М. Крайнюк, Я.М. Омельченко, О.О. Халік, Н. І. Вереніч та С.М. Дмитрієва та ін. А психологічні особливості тривожності у жінок активно досліджують такі українські вчені як О. В.

Брюховецька, Т. В. Чаусова, А. І. Білера, А. Парасєй-Гочер, Н. Бовсуновська, Л.О. Герасименко та ін.

Водночас, не зважаючи на достатній інтерес науковців до цієї проблеми, вона набуває особливої актуальності в умовах воєнних конфліктів, зокрема тривалої війни в нашій країні. Дослідження психологічних проявів тривоги у дорослих жінок під час війни в Україні постає важливим і своєчасним завданням для сучасного суспільства.

Об'єкт дослідження – тривога як психічний стан та тривожність як властивість особистості.

Предмет дослідження – психологічні прояви тривоги у дорослих жінок під час війни в Україні та шляхи її подолання.

Мета дослідження – дослідити психологічні прояви тривоги у дорослих жінок під час війни в Україні та розробити методичні рекомендації для її зниження.

Завдання дослідження:

1. На основі теоретичного аналізу наукової літератури встановити гендерні особливості проявів тривоги у жінок та чинники, що впливають на її виникнення.

2. Емпіричним шляхом виявити психологічні прояви тривоги у дорослих жінок під час війни в Україні з врахуванням труднощів їхньої емоційної регуляції та інтолерантності до невизначеності.

3. Розробити методичні рекомендації для зниження тривоги та стабілізації емоційного стану дорослих жінок під час війни в Україні.

Методи дослідження

У дослідженні застосовані наступні ***методи:***

- *Теоретичні методи*: аналіз, узагальнення та порівняння даних наукової літератури з таких питань: поняття тривоги і тривожності у роботах закордонних та українських вчених; чинники, що впливають на появу тривоги та гендерні особливості проявів тривожності у жінок.

- *Емпіричні методи*: психологічне тестування з використанням наступних методик: методика генералізованої тривоги (GAD-7) в україномовній адаптації Н. Алексіна, О. Герасименко, Д. Лавриненко, О. Савченко; шкала інтолерантності до невизначеності (IUS-12) Н. Карлетона в адаптації Г. Громової; україномовна версія шкали труднощів емоційної регуляції DERS Л. В. Сак, З. В. Федотової.
- *Методи обробки даних*: математична обробка, якісна інтерпретація отриманих даних.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження можуть стати підґрунтям для вдосконалення програм психологічної підтримки жінок у кризових умовах, сприяти збереженню їхнього психічного здоров'я та підвищенню рівня психологічної стійкості. Розроблені нами практичні рекомендації зі зниження тривоги у дорослих жінок можуть застосовуватись у практиці психологічної допомоги жінкам в кризових умовах воєнного часу.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилось з січня по березень 2026 року. У ньому брали участь 30 жінок віком від 25 до 49 років. Найбільш чисельною у вибірці є група респонденток віком 31–40 років (36,7%), дещо менш представленими є жінки віком 41–49 років (33,3%), а найменшу частку становлять учасниці віком 25–30 років (30%).

Структура кваліфікаційної роботи. Робота складається з двох розділів, висновків до розділів, загального висновку, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи – 76 сторінок, з яких основний текст складає 59 сторінок.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ТРИВОГИ У ДОРОСЛИХ ЖІНОК ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

1.1. Поняття тривоги і тривожності у роботах закордонних та українських вчених

Психологічні прояви тривожності в умовах війни є однією з актуальних проблем сучасної науки, оскільки вони безпосередньо впливають на психічне здоров'я та якість життя людей. У ситуації постійної небезпеки та невизначеності тривожність набуває не лише інтенсивнішого, а й більш комплексного характеру, охоплюючи емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти функціонування особистості. Дослідження її проявів та механізмів формування є важливим для розробки ефективних стратегій психологічної підтримки та профілактики посттравматичних розладів.

Систематичне вивчення поняття тривожності у сучасному його розумінні розпочалося наприкінці XIX століття у працях класиків психології, таких як Зигмунд Фрейд, Альфред Адлер та Карл Юнг. У XX столітті проблематика тривожності отримала подальший розвиток у дослідженнях Еріха Фромма, Карла Роджерса, Абрахама Маслоу, Ганса Сельє, Альберта Елліса, Аарона Бека, Дональда Мейхенбаума, Чарльза Спілбергера та інших. [31].

Починаючи з 1990-х років, особливу увагу науковців почали привертати гендерні відмінності у проявах тривожності. Одними з найвідоміших міжнародних досліджень цього періоду стали *National Comorbidity Survey* (NCS, «Національне дослідження коморбідності») та *Cross-National Study of Anxiety Disorders* («Міжнаціональне дослідження тривожних розладів»), які виявили, що жінки частіше демонструють вищі рівні тривожності, ніж чоловіки.

У XXI столітті дедалі більшої актуальності набувають дослідження проявів тривожності в умовах війни. За оцінками ВООЗ, кожна п’ята особа, яка зазнала впливу збройного конфлікту, перебуває під ризиком розвитку тривожних, посттравматичних та інших психічних розладів протягом наступних десяти років [19]. За статистикою Юнісеф, наразі стан ментального здоров’я нації в Україні найгірший у світі.

Наукові праці засвідчують, що підвищений рівень тривожності фіксуються серед різних груп населення, зокрема дослідження проводились серед родин загиблих і ветеранів [52], вдів афганської війни [33], студентів, які перебували у зоні воєнного конфлікту в Судані тощо [58].

За визначенням МОЗ, тривога – це нормальний емоційний стан, що забезпечує захист від небезпечних ситуацій [19].

Поняття тривоги, згідно зі статтею Міжнародного медичного корпусу, визначається як поширений емоційний стан, що проявляється відчуттям страху, підвищеною напругою чи нервозністю та супроводжується різноманітними фізичними симптомами – такими як тремтіння, прискорене серцебиття або пітливість. Ці симптоми можуть відрізнятися залежно від темпераменту та індивідуальних особливостей реагування людини.

У науковій літературі переважно термін «тривожність» використовується для позначення стійкої особистісної характеристики, властивості індивіда або ж ситуативного стану психологічного дискомфорту. Водночас окремі дослідники інтерпретують її як прояв емоційного неблагополуччя, що виявляється у відчутті страху чи поєднанні страху з іншими емоційними переживаннями [3].

Теоретичне дослідження, здійснене О. М. Галієвою, показало, що у науковій літературі поняття «тривога» здебільшого розглядається як процес очікування небезпеки. Так, Ч. Спілбергер підкреслює, що центральним елементом тривоги є відчуття загрози. Стан тривоги виникає тоді, коли людина сприймає подразник чи ситуацію як потенційно небезпечну. В. Полдінгер наголошує на відчутті невизначеної загрози та тривожного очікування, що

супроводжує цей стан. О. Воскресенська визначає тривогу як психічний стан, який виникає у ситуаціях очікування небезпеки. В. Долгова, Г. Галієва та Н. Крижановська описують тривогу як переживання емоційного дискомфорту, що пов'язане з передчуттям неблагополуччя чи небезпеки [4].

Крім того, тривогу розуміють як стан занепокоєння, який не пов'язаний із певним об'єктом. Так, К. Ясперс характеризує тривогу як емоційний стан без конкретного об'єкта, що відрізняє її від страху, спрямованого на чітко окреслену загрозу. О. Захаров підкреслює, що тривога проявляється у вигляді занепокоєння перед подією, яку важко передбачити. Б. Кочубей розглядає тривогу як суб'єктивне відчуття неконкретної, невизначеної загрози. М. Скворцова наголошує, що тривога є ірраціональною генералізованою реакцією на невизначену небезпеку [4].

З. Фрейд одним із перших детально описав тривогу як емоційний стан, що включає очікування, невизначеність і відчуття безпорадності. Я. Рейковський підкреслює негативний характер тривоги як емоційного стану. Є. Ільїн трактує тривогу як гострий внутрішній стан болісного та беззмістовного занепокоєння [4].

Низка вчених вважає тривогу результатом фрустрації, механізмом або компонентом стресу. Так, Ф. Березін визначає тривогу як результат очікуваної чи вже пережитої фрустрації, яка виступає необхідним механізмом психічного стресу. Ю. Нуллєр розглядає тривогу як психологічний компонент стресової реакції організму [4].

Таким чином, у різних підходах «тривога» розглядається як форма емоційного реагування, стан напруженого очікування, реакція на невизначеність або компонент стресу.

На відміну від тривоги, «тривожність» у психології частіше трактується не як окремий стан, а як стійка особистісна характеристика або схильність.

Так, А. Лукасік зазначає, що термін «тривожність» використовується для позначення особистісної якості [14]. Ч. Спілбергер розрізняє ситуативну тривогу як тимчасовий стан і тривожність як відносно стабільну рису

особистості. А. Адлер вважав, що тривожність формується у ранньому дитинстві як особливість характеру. Г. Габдрєєва наголошує, що висока тривожність є значущим фактором ризику розвитку нервово-психічних захворювань. А. Прихожан описує тривожність як схильність сприймати нейтральні ситуації як загрозливі [4]. Р. Нємов визначає її як схильність людини до підвищеного занепокоєння у специфічних соціальних умовах [15]. М. Скворцова розглядає тривожність як особистісну властивість, що зумовлює схильність до переживання стану тривоги [2].

Тривожність також розуміється вченими як емоційний стан або відчуття дискомфорту. А. Прихожан наголошує, що тривожність проявляється як емоційний дискомфорт, пов'язаний з очікуванням неблагополуччя [22]. О. Захаров наголошує на зв'язку тривожності з очікуванням негативних подій [4]. О. Царькова описує тривожність як негативний емоційний стан, що погіршується у ситуаціях загрози [23]. А. Малолєткова вважає, що тривожність може виникати під впливом травмуючих подій, наслідком чого стає розвиток емоційного стану тривоги [3].

К. Ізард підкреслює, що тривожність може включати не лише страх, а й поєднуватися з гнівом, провиною чи соромом М. Кордуелл М. визначає тривожність як поєднання відчуття страху з негативними передчуттями [42].

Отже, аналіз наукових джерел свідчить, що поняття «тривога» та «тривожність» тісно пов'язані, але не є тотожними. Тривога здебільшого розглядається як тимчасовий емоційний стан, що виникає у ситуації невизначеної чи потенційної загрози, тоді як тривожність виступає як стійка особистісна властивість або схильність, яка зумовлює часті переживання стану тривоги. Розмежування цих понять є важливим для подальшого дослідження психологічних проявів тривоги у жінок під час війни, оскільки воно дозволяє точніше розуміти як ситуативні реакції на травмуючі події, так і глибинні особистісні чинники, що впливають на перебіг цих переживань.

Підбиваючи підсумки, можна виокремити такі відмінності між поняттями «тривога» та «тривожність» (див. табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Відмінності між поняттями «тривога» та «тривожність»

Критерій	*Тривога*	*Тривожність*
Тривалість	Тимчасове емоційне переживання	Стійка індивідуально-психологічна властивість або риса особистості
Адекватність реакції	Виникає як відповідь на реальне неблагополуччя чи загрозу для суб'єкта	Характеризується неадекватністю щодо об'єктивних обставин, що зумовлює надмірні переживання

У цілому, у вітчизняній та західній психології сформувалися кілька спільних підходів до розуміння феноменів тривоги й тривожності, однак водночас можна виокремити й певні відмінності між ними. Серед спільних рис можна відмітити те, що у більшості теоретичних концепцій тривога розглядається як тимчасовий емоційний стан, що виникає у ситуаціях невизначеності чи загрози, тоді як тривожність описується як відносно стійка особистісна риса, що зумовлює схильність людини до повторюваних переживань тривоги. Крім того, наголошується на двоїстій ролі тривоги: у помірних масштабах вона виконує сигнальну функцію, попереджаючи людину про небезпеку та мобілізуючи її внутрішні ресурси для подолання складної ситуації. Так, перед іспитом тривога може стимулювати до більшої концентрації уваги, кращої підготовки чи швидшого прийняття рішень. Водночас надмірна або хронічна тривожність втрачає адаптивний характер і набуває дезадаптивних рис. У такому випадку вона перешкоджає ефективній діяльності, блокує здатність мислити раціонально й може призводити до психосоматичних порушень. Значну роль у формуванні та прояві тривожності відіграють соціальні фактори – конфлікти, невизначеність майбутнього, міжособистісний тиск, а також соціально-економічна нестабільність. У психіатричній практиці, відповідно до міжнародних класифікацій (DSM-5 та МКХ-11), патологічна тривожність розглядається як центральний механізм

розвитку тривожних розладів: генералізованого тривожного розладу, різних форм фобій, панічних атак тощо [34].

Серед відмінностей у дослідницьких підходах слід назвати такі: 1) у наукових традиціях, пов'язаних з вивченням тривожності в Україні, особливу увагу вчені зосереджували на її ролі у професійній діяльності та навчальному процесі; 2) значний обсяг досліджень був спрямований на аналіз впливу тривожності на військовослужбовців, льотчиків, спортсменів, тобто на групи, діяльність яких пов'язана з високим рівнем відповідальності та стресу; 3) західна психологія натомість частіше розглядала тривожність у контексті особистісного розвитку, проблем самореалізації та психотерапевтичної допомоги. Велика увага приділялася створенню і вдосконаленню методів подолання тривоги та тривожності, зокрема в рамках когнітивно-поведінкової терапії, психодинамічного підходу та гуманістичної психології.

1.2. Чинники, що впливають на появу тривоги та тривожності

Тривожність є складним психологічним явищем, яке постає як стійка особистісна властивість або схильність, що зумовлює часті переживання стану тривоги. Отже, тривожність – це схильність до надмірного хвилювання та страху перед суб'єктивно сприйнятою загрозою [36]. Тривожна особистість реагує занепокоєнням у ширшому спектрі ситуацій, що проявляється як: 1) часте або стійке очікування можливих проблем, за якого хвилювання зберігається навіть за відсутності об'єктивних причин; 2) підвищена пильність; 3) глибока зациклєність на різних варіантах невизначеності [21].

Тривога не повинна порушувати функціонування особистості, бути надмірно інтенсивною чи тривалою, а також має перебувати під контролем поведінки людини. Коли тривожність виходить за межі норми, розвивається психічний розлад, основними характеристиками якого є: 1) рівень тривоги непропорційний реальній ситуації; 2) проявляється часто, іноді щодня,

зберігається місяцями; 3) сильно порушує життя (порушує сон, заважає роботі, навчанню, спілкуванню, викликає поведінку уникнення тощо) [65].

Основними видами тривожного розладу є: 1) тривожний розлад розлуки; 2) селективний мутизм; 3) специфічні фобії; 4) соціальний тривожний розлад; 5) панічний розлад; 6) агорафобія; 7) генералізований тривожний розлад (ГТР); 8) тривожний розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин/ліків; 9) тривожний розлад, спричинений іншим захворюванням [34]. Дослідження показують, що тривожні розлади часто супроводжуються обсесивно-компульсивними проявами. Зокрема, у пацієнтів із генералізованим тривожним розладом 94% повідомляють про наявність окремих обсесивно-компульсивних симптомів, причому їхня вираженість корелює з тяжкістю тривожної симптоматики [28].

Аналіз літературних джерел показав, що на рівень тривожності впливають як індивідуальні особливості людини, так і соціальне середовище, у якому вона перебуває. Серед чинників, що впливають на появу тривожності більшість авторів виділяють біологічні, соціальні та психологічні.

Біологічні чинники виникнення тривожності:

1. Особливості структури або функціонування мозку:

- Часто у людей з тривожними розладами лімбічна система характеризується підвищеною реактивністю до загрози: амігдала реагує швидше й інтенсивніше за норму та може активуватися навіть на нейтральні стимули.
- Префронтальна кора, що відповідає за емоційний контроль і раціональну оцінку загрози, у тривожних осіб характеризується зниженою активністю, унаслідок чого тривога гірше регулюється.
- Гіпокамп, що відповідає за контекст страху та пам'ять про загрозу, у тривожних осіб зазвичай має зменшений об'єм, що сприяє підвищенню рівня тривожності.

Генетичні чинники: люди з високою тривожністю часто мають родичів з подібними проблемами [19].

Окремих генів, що є відповідальними за розвиток тривожності не описано. Але групи генів, що мають вплив на розвиток тривожності такі: 1) гени, що пов'язані з регуляцією серотоніну; 2) гени, що пов'язані з ГАМК – рецепторами; 3) гени, що пов'язані із системою допаміну. Генетично детерміновані особливості нейромедіаторних систем, зокрема серотоніну, норадреналіну та гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК), впливають на регуляцію емоцій та рівень внутрішнього напруження, що формує індивідуальну схильність до тривожності. Генами, що можуть підвищувати ризик розвитку тривожності є SERT, SATB1, CRH. Варто зазначити, що порівняно з іншими чинниками генетична схильність відіграє менш значну роль [1].

Крім того, на появу тривожності впливають гормональні фактори. Головною стресовою системою є гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (кортизол, адреналін, норадреналін, пролактин), статеві гормони – жіночі (естрогени та прогестерон впливають на рівень тривожності під час менструального циклу, вагітності, в післяпологовому періоді та в менопаузі), чоловічі гормони (тестостерон – впливає на ЦНС через рецептори до нейромедіаторів (серотонін, дофамін, ГАМК)) [48; 50].

Гормони стресу – це речовини, що виробляються організмом у відповідь на стрес, мають допомагати людям пристосовуватись до нових умов та надавати ресурс для подолання труднощів, покращують реакцію в екстремальних умовах, тобто мають короткострокову захисну функцію. Хронічний стрес може викликати: 1) проблеми в роботі ССС, що підвищують ризик серцево-судинних захворювань; 2) ендокринні захворювання, порушуючи обмін речовин, сприяють розвитку ожиріння; 3) виснаження нервової системи, що є фактором розвитку депресій; 4) захворювання травної системи, включно зі стресовими виразками; 5) послаблення імунітету, що сприяє інфекційним захворюванням, розвитку пухлин та аутоімунних процесів [6].

Дисбаланс гормонів може бути як причиною, так і наслідком тривожності, може створювати порочне коло.

Тривожні люди частіше мають активовану симпатичну нервову систему (прискорене серцебиття, тремтіння, м'язове напруження, порушення сну та травлення, пітливість), їм важче заспокоїтись [19].

Формування та інтенсивність тривожності значною мірою залежать від соціального середовища, у якому перебуває людина. Соціально-психологічні чинники тривожності – це умови життя, взаємодія з іншими людьми, культурні контексти, що впливають на її формування, інтенсивність та довготривалість. До основних відносять:

1. Сімейне становище: Сімейне становище включає: стиль виховання, емоційний клімат у родині та характер батьківсько-дитячих стосунків. Вимогливість, надмірна критика, гіперопіка, орієнтація на перфекціоністські стандарти, а також емоційна незрілість чи нестійкість батьків можуть сприяти формуванню у дитини почуття невпевненості, страху помилки та постійного очікування негативної оцінки, що в подальшому підвищує рівень тривожності.
2. Соціалізація дитячого та підліткового віку: Соціалізація дитячого та підліткового віку охоплює процес засвоєння соціальних норм, ролей і моделей поведінки в умовах взаємодії з однолітками та значущими дорослими. Надвисокі вимоги й очікування, досвід булінгу, недостатня емоційна підтримка з боку дорослих, страх оцінювання, а також постійне порівняння з однолітками чи критика з боку вчителів можуть призводити до формування стійкого відчуття соціальної небезпеки. У таких умовах зростає ймовірність розвитку підвищеної чутливості до зовнішніх оцінок, зниження самооцінки та закріплення тривожних реакцій як способу адаптації до соціального середовища
3. Соціалізація дорослого віку: Соціалізація дорослого віку пов'язана з професійною діяльністю, соціально-економічною стабільністю та реалізацією соціальних ролей. Умови праці, непередбачуваність

управлінських рішень, загальна нестабільність, високий темп роботи, надмірна відповідальність, а також конфлікти з керівництвом чи колегами виступають значущими стресогенними чинниками, що можуть сприяти підвищенню рівня тривожності. За результатами аналізу М. А. Костів впливу рівня освіти на рівень тривожності встановлено, що найвищі показники тривожності спостерігаються у респондентів, які здобули лише початкову або неповну середню освіту, що пояснюється обмеженими можливостями професійної реалізації та зниженою конкурентоспроможністю на ринку праці, а також підвищеним ризиком соціально-економічної нестабільності [11].

4. Міжособистісні стосунки: Міжособистісні взаємини охоплюють систему взаємодій індивіда з найближчим соціальним оточенням і є однією із ключових детермінант емоційного благополуччя. Атмосфера у сім'ї, характер взаємин із батьками, партнером, дітьми або колегами безпосередньо впливає на рівень емоційної стабільності. Постійні конфлікти, відсутність підтримки, жорстка критика або емоційна холодність оточення формують відчуття самотності та небезпеки, що є ґрунтом для розвитку тривожних переживань. Зокрема, люди, які зростали в умовах авторитарного стилю, надмірних вимог, непослідовності у вихованні чи гіперопіки, зазвичай є вразливішими до розвитку тривожності. Важливим чинником є й брак емоційної підтримки – ситуації, коли потреби у прийнятті та відчутті безпеки залишаються незадоволеними. Навпаки, підтримка близьких і наявність надійних соціальних зв'язків часто виконують роль захисного фактора.
5. Суспільні умови та культура спільноти: Суспільні умови та культура спільноти визначають загальний соціальний контекст, у межах якого формується сприйняття себе та світу. Культура наддосягнень, культ сили, надмірне інформаційне навантаження, а також постійне порівняння себе з ідеалізованими образами, поширеними в соціальних мережах, створюють хронічний психоемоційний тиск. Вагомим чинником є також

вплив медіа та соціальних мереж: безперервний потік негативно забарвленої інформації формує відчуття нестабільності й небезпеки, тоді як віртуальне середовище порівняння та демонстрації нереалістичних стандартів успіху й зовнішності сприяє зниженню самооцінки та закріпленню тривожних переживань.

Соціально - економічні фактори: фінансова нестабільність, безробіття, відсутність доступу до якісної медичної та психологічної допомоги суттєво підвищують рівень тривожності. Безробіття, фінансові труднощі, відсутність життєвої стабільності та невизначеність майбутнього суттєво підвищують рівень тривожності. У кризові періоди, коли базові потреби у безпеці та добробуті не задовольняються, людина частіше відчуває стан невпевненості та напруження. Війна, політична нестабільність, високий рівень злочинності, суспільна напруга або кризи створюють фонову тривожність, яка може проявлятися навіть у людей, що не є безпосередньо залученими в події. В умовах воєнних дій людина постійно перебуває у стані невизначеності: загроза життю, втрата житла, розлука з близькими, примусова міграція. Це все віднімає відчуття контролю над власним життям [40; 68].

Таким чином, соціально-психологічні чинники формують основу безпечного середовища для людини. Коли соціальні умови стабільні і передбачувальні – рівень тривожності нижчий.

Проте, в контексті нашого дослідження, нас особливо цікавлять психологічні чинники, які спричиняють появу тривожності, серед яких важливу роль у відіграє темперамент людини, оскільки саме він визначає динамічні особливості психічних процесів, реактивність, емоційну стабільність і спосіб реагування на стресові ситуації. Люди з різними типами темпераменту мають різну схильність до переживання тривоги. Вважається, що меланхоліки більш схильні до підвищеної тривожності, чутливості та самоаналізу, вони вразливіші, для них характерна нестійкість емоційного стану. Флегматики, навпаки, мають врівноважену нервову систему, повільніше реагують на подразники, тому рідше зазнають сильних емоційних коливань і

менше схильні до тривожності. Сангвініки, завдяки своїй життєрадісності, активності та позитивному сприйняттю дійсності, зазвичай швидко адаптуються до змін і мають нижчий рівень тривоги. Холерики, хоча й відзначаються високою енергійністю та рішучістю, можуть бути імпульсивними, нетерплячими та схильними до емоційних зривів, що за певних обставин також підвищує ризик розвитку тривожності [16; 32].

Взагалі, психологічні чинники виникнення тривожності поділяють на когнітивні, емоційні, поведінкові, фактори, пов'язані з досвідом власного дитинства та виховання, а також фактори, пов'язані зі способом життя та оточенням.

Когнітивні чинники, пов'язані з особливостями мислення, інтерпретації подій та оцінювання реальності, серед яких особливо виділяються 1) катастрофізація, яка проявляється у схильності очікувати найгірший можливий результат; 2) фіксація на загрозах, яка зумовлює вибіркову увагу до негативних стимулів, унаслідок чого позитивні або нейтральні аспекти ситуації ігноруються; 3) надмірне прогнозування, що характеризується формуванням негативних очікувань щодо майбутнього без об'єктивних підстав; 4) перфекціонізм, що супроводжується нереалістично високими стандартами та вираженим страхом зробити помилку, що сприймається як особистісна поразка; 5) потреба в повному контролі, яка зумовлює катастрофічне несприйняття невизначеності [12].

Серед емоційних чинників Л. Левковська особливо акцентує увагу на: *1)* підвищеній емоційній чутливості, яка зумовлює інтенсивніше переживання як негативних, так і нейтральних стимулів; 2) труднощах з регуляцією емоцій – проявляються у нездатності своєчасно знижувати рівень емоційного напруження, брак навичок самозаспокоєння або використання деструктивних стратегій поведінки, схильності до «застрягання» на негативних почуттях і повторного їх переживання; 3) низькій толерантності до невизначеності, яка спричиняє сприйняття непередбачуваних ситуацій як потенційно загрозливих; 4) накопичений емоційний досвід страху, що полегшує відтворення цього

стану, оскільки психіка схильна швидко актуалізувати знайомі емоційні реакції [12].

До факторів, пов’язаних з досвідом власного дитинства та виховання вчені відносять: 1) гіперопіку, яка сприяє формуванню недовіри до навколишнього світу, який починає сприйматися як небезпечний, що закладає підґрунтя для базової тривожності [12]; 2) травматичний досвід дитинства, зокрема фізичне й емоційне насильство, булінг, серйозні захворювання або втрати значущих осіб, підвищує ймовірність розвитку тривожності у дорослому віці [8]; 3) моделювання батьківської поведінки – у сім’ях із високим рівнем тривожності батьків у дітей частіше формується підвищена тривожність [59].

Серед поведінкових чинників тривожності у науковій літературі виділяються: 1) уникання, яке проявляється у прагненні мінімізувати або повністю виключити ситуації, що викликають тривогу, що у довгостроковій перспективі перешкоджає адаптації людини; 2) безпекові стратегії, зокрема постійні перевірки, ритуали та надмірний контроль, тимчасово знижують рівень напруження, проте водночас підтримують тривожні переконання й формують залежність від тривожних думок [25; 55].

Крім того, тривожність може бути обумовлена установками та переконання суб’єкта, які формують когнітивний каркас, через який індивід оцінює власні можливості та навколишній світ, безпосередньо впливаючи на рівень тривожності. Наприклад, переконання «Я не впораюсь» відображає низьку самооцінку та підвищену вразливість до стресових ситуацій, а переконання «Світ небезпечний» сприяє формуванню негативного погляду на життя та підвищенню тривожності у відповідь на потенційні загрози. До того ж стресові події життя також виступають тригерами для загострення тривожності. Наприклад, тривалі конфлікти, перевантаження на роботі або в навчанні, хронічна нестабільність, відповідальність за багатьох людей, а також інтенсивні життєві зміни, такі як переїзди, розлучення чи війни [29].

Фактори, пов’язані зі способом життя та оточенням безпосередньо впливають на психофізіологічний стан і рівень тривожності. Наприклад, вживання психоактивних речовин, надлишок негативного інформаційного потоку і спосіб життя (неправильне харчування, недостатня фізична активність, хронічне недосипання та шкідливі звички) [20].

У підсумку, слід зазначити, що психологічні чинники тривожності визначають не лише інтенсивність емоційних реакцій, а й спосіб, у який людина інтерпретує та переживає зовнішні події.

1.3. Гендерні особливості проявів тривожності у жінок

Проблема тривожності є особливо актуальною для дорослих жінок, на яких нерідко зосереджуються сімейні, професійні та соціальні обов’язки. У клінічній практиці врахування гендерних особливостей тривожності сприяє точнішій діагностиці та вибору ефективних терапевтичних підходів.

Епідеміологічні дослідження стабільно показують, що поширеність тривожних розладів у жінок приблизно в 1,7–1,8 раза перевищує показники чоловіків, а їхні прояви нерідко супроводжуються більш вираженими негативними наслідками. За даними опитування у США в 2024 році, про симптоми тривожного розладу повідомили 20,2% жінок і 15% чоловіків [53] Така тенденція простежується не лише в дорослих, а й у дітей та підлітків [38].

Серед основних досліджень на тему гендерних відмінностей у тривожних розладах можна виділити такі:

1. Дослідження Epidemiologic Catchment Area (ECA, 1980-1984) вперше систематично задокументувало вищу поширеність тривожних розладів серед жінок. Ці дані заклали основу для DSM-III-R [34].
2. National Comorbidity Survey (NCS, 1990-1992) та NCS-R (2001-2003) зафіксували серед жінок вищу поширеність таких тривожних розладів як,

панічний розлад, агорафобія, генералізований тривожний розлад та ПТСР. [62].

3. National Comorbidity Survey Replication (NCS-R, 2001-2003) підтвердило вищу поширеність тривожних розладів серед жінок у США [34].

4. Дослідження Global Burden of Disease (GBD) Study зібрало глобальні дані з 1990 по 2019 рік по 204 країнах та регіонах. Було з'ясовано, що поширеність тривожних розладів у жінок приблизно у 1,6 раза вища, ніж у чоловіків, що спостерігається майже в усіх вікових групах [69].

5. Trends in Anxiety Epidemiology (2025) підтверджує, що поширеність тривожних розладів вища у жінок в усіх вікових групах порівняно з чоловіками. Рівень тривожності у суспільстві продовжує зростати через соціоекономічні фактори [67].

Вчені вважають, що різницю у поширеності тривожності між чоловіками та жінками можна пояснити біологічними та психосоціальними чинниками.

Біологічні аспекти включають вплив статевих гормонів та особливості структури та активності мозку. Статеві гормони значно впливають на рівень тривожності у жінок через коливання в менструальному циклі, вагітності та менопаузі [7].

Перед менструацією відбувається низка гормональних змін. Ці зміни починаються приблизно за 10–14 днів до менструації: прогестерон спочатку підвищується після овуляції, викликаючи сонливість і набряки, а потім різко падає разом з естрогеном. Зниження серотоніну, дофаміну та ГАМК через ці коливання провокує перепади настрою, дратівливість і тягу до солодкого. Вагітність супроводжується значними гормональними змінами, які безпосередньо впливають на рівень тривожності у жінок. Естроген і прогестерон, різко підвищуючись, впливають на нейротрансмітери, такі як серотонін, спричиняючи плаксивість та занепокоєння. Кортизол, посилюється, створюючи замкнене коло: тривога підвищує його рівень, а він, у свою чергу, загострює симптоми. Фізіологічні зміни, такі як токсикоз чи стомлюваність, додатково посилюють цей ефект [17]. Менопауза також супроводжується

зниженням естрогену та прогестерону, що часто призводить до підвищення рівня тривожності у жінок. Ці гормональні зміни впливають на серотонін та інші нейротрансмітери. Близько 70% жінок переживають психоемоційні симптоми в цей період [13].

Питання про відмінності у функціонуванні мозку між чоловіками та жінками є предметом активних наукових дискусій. Дослідження виявляють певні відмінності у патернах активності та зв'язності мозку, хоча наукова спільнота має різні погляди на їхню суттєвість та надійність. Дослідження виявляють відмінності у функціональних відмінностях мозку, але їх масштаб, стабільність і практичне значення оцінюються по-різному.

Відмінності у довготривалій пам’яті – це один із небагатьох доменів, де доказані відносно стійкі та суттєві відмінності. У чоловіків під час відтворення довготривалої пам’яті частіше ніж у жінок фіксується вища активація латеральної префронтальної кори, зорових областей, парагіпокампальної кори, мозочка [61]. Тобто, під час відтворення довготривалої пам’яті чоловіки частіше залучають мозкові системи, відповідальні за когнітивний контроль і контекстуалізацію спогадів. Це може зменшувати емоційну реактивність спогадів і, відповідно, знижувати ризик їх перетворення на тривожні або румінативні переживання. У жінок частіше спостерігається інший стиль відтворення, який може бути більш емоційно насиченим і, за певних умов, асоціюватися з вищою тривожністю.

Соціально-психологічні аспекти включають гендерні ролі, стереотипи та різницю у культурних очікуваннях.

Гендерна роль – це набір суспільних очікувань щодо поведінки, рис характеру та діяльності, які приписуються чоловікам чи жінкам у певній культурі [5]. Гендерний стереотип – це стійкі, спрощені уявлення суспільства про те, якими мають бути чоловіки чи жінки за зовнішністю, поведінкою чи ролями [24].

Уявлення про гендерні ролі та очікування формуються з раннього дитинства через виховання і соціалізацію. Дітям пропонують гендерно

марковані одяг та іграшки, навчають їх відповідним моделям поведінки: дівчаток – бути стриманими й охайними, хлопчиків – не проявляти страху чи емоцій. У результаті діти засвоюють ці норми та починають сприймати себе крізь призму гендерних очікувань. У процесі соціалізації дівчаток частіше заохочують виражати свої страхи та хвилювання, тоді як хлопчиків вчать стримувати почуття страху та невпевненості. У підлітковому віці уявлення про полярність гендерних ролей посилюються, формуючи різні джерела тривожності для чоловіків і жінок. Зокрема, через соціокультурні стандарти жінки зазнають підвищеного тиску щодо зовнішності й поведінки. Згідно з оглядом *DSM-5* (2013–2022), розлади харчової поведінки значно частіше діагностуються у жінок, ніж у чоловіків. Найбільші гендерні відмінності характерні для анорексії (у 6-10 разів) та булімії (у 5-10), тоді як при компульсивному переїданні вони менш виражені [60].

Нерівномірний розподіл обов’язків у сім’ї та на роботі створює додаткове навантаження на жінок, що часто поєднується з професійними обов’язками. За даними OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), аналіз розподілу часу між чоловіками та жінками у 33 країнах виявив суттєві гендерні відмінності. Жінки значно більше часу витрачають на неоплачувану працю – від мінімуму у 208 хвилин на день (Японія) до 352 хвилин (Індія), тоді як у чоловіків цей показник коливається від мінімуму у 47 хвилин (Японія) до 186 хвилин (Данія). Водночас чоловіки більше залучені до оплачуваної праці: від мінімальних 221 хвилини на день (Італія) до 478 хвилин (Мексика), тоді як у жінок цей показник становить від 133 хвилин (Італія) до 292 хвилин (Японія). Отже, жінки у середньому витрачають вдвічі більше часу на неоплачувану домашню працю, і вдвічі менше на оплачувану, ніж чоловіки. Нерівність у розподілі домашньої праці наражає жінок на більший ризик погіршення психічного здоров'я [37].

Соціальні очікування щодо материнства також можуть підсилювати емоційне навантаження на жінок. Результати одного з експериментів показали, що стать батьків впливає на рівень батьківського стресу та тривожності. У

вибірці з 90 пар матерів та батьків здорових тримісячних немовлят матері повідомляли про значно вищий рівень негативної емоційності та тривожності, ніж батьки [59].

Після народження дітей жінок часто сприймають так, ніби турбота про дітей має стати їхнім головним пріоритетом, що нібито зменшує їхню амбіційність на роботі. Для чоловіків це сприйняття не характерне. Наприклад, у дослідженні, в якому оцінювалися заявки на роботу, жінок з дітьми рекомендували на роботу приблизно вдвічі рідше, ніж жінок без дітей, незважаючи на те, що їхня заявлена кваліфікація була ідентичною [35].

Коморбідність. Жінок з тривожним розладом частіше за чоловіків діагностують із клінічною депресією, але рідше із розладами, що пов'язані із вживанням психоактивних речовин. Крім того, більша частка жінок із наявним в анамнезі тривожним розладом протягом життя відповідає критеріям додаткового тривожного розладу (44,8%) порівняно з чоловіками (34,2%) [49].

Унікальними викликами для психоемоційного стану жінок в умовах війни є підвищена емоційна вразливість, що формується під впливом множинних рольових та моральних навантажень. Зокрема, значущими емоційними чинниками виступають почуття провини та сорому перед дітьми через неможливість захистити їх від травматичних реалій війни, забезпечити безпечне середовище розвитку, повноцінне дитинство або стабільне майбутнє. Водночас жінки нерідко переживають провину перед партнерами та близькими, які перебувають у зоні бойових дій, зумовлену суб’єктивним відчуттям недостатньої емоційної підтримки або власної безпорадності в умовах екстремальних обставин.

Додатковим чинником підвищеної емоційної вразливості жінок у контексті воєнних дій є необхідність одночасного виконання кількох соціально значущих ролей, зокрема забезпечення емоційної стабільності дитини та підтримки чоловіка, який перебуває в зоні бойових дій. За умов тривалого впливу хронічного стресу, високого рівня невизначеності та зростання відповідальності – включно з необхідністю самостійного вирішення побутових

і фінансових питань, а також організації матеріальної допомоги (зокрема збору коштів на технічне забезпечення) – власні психологічні ресурси жінок зазнають суттєвого виснаження. Це, своєю чергою, сприяє накопиченню емоційного перенапруження, підвищенню рівня тривожності та зростанню ризику розвитку афективних розладів [43].

Наприкінці цього підрозділу розділу, варто зазначити, що існуючі дослідження гендерних та статевих відмінностей у рівні тривожності мають низку проблем і обмежень: 1) найбільш значущою є відсутність комплексного аналізу – рідко дослідження розглядають біологічні та психосоціальні фактори одночасно; 2) багато досліджень не розрізняють чітко поняття «стать» та «гендер», що ускладнює інтерпретацію результатів; 3) існує діагностична упередженість, пов’язана з гендерними нормами, яка впливає не лише на оцінку тривожності, а й супутніх розладів. Наприклад, депресія у чоловіків може залишатися недіагностованою через наявність екстерналізуючих симптомів (агресія, уникання) та небажання звертатися за допомогою; 4) важливо враховувати культурні особливості, оскільки більшість досліджень проведено в західних країнах, а вплив гендерних ролей може варіювати у різних культурах.

Висновки до першого розділу

У ході аналізу наукової літератури з’ясовано, що тривожність – це схильність до надмірного хвилювання та страху перед суб’єктивно сприйнятою загрозою. Ключові відмінності між поняттями «тривога» і «тривожність» полягають у її тривалості та характері реакції. Узагальнення вітчизняних і закордонних наукових підходів дозволяє констатувати наявність як спільних методологічних позицій, так і певної специфіки у трактуванні феноменів тривоги та тривожності. Спільним у поглядах закордонних і вітчизняних науковців є: інтерпретація концепцій тривоги й тривожності, розуміння їх характеру, визнання соціального середовища як значущого

чинника формування тривожності. Відмінності полягають у тому, що у межах вітчизняної психології тривожність здебільшого вивчалася у контексті професійної діяльності й освітнього процесу, тоді як у закордонній, ця проблема частіше осмислювалася в контексті особистісного становлення, самореалізації та психотерапевтичної практики.

Встановлено, що ознаками тривоги, що виходить за межі норми та порушують функціонування особистості, є її надмірна інтенсивність і неконтрольованість, зокрема рівень тривоги є непропорційним реальній ситуації, тривога виникає часто та зберігається протягом місяців, істотно порушує повсякденне життя. Основними видами тривожного розладу є генералізований тривожний розлад (ГТР), панічний розлад, специфічні фобії, соціальний тривожний розлад, тривожний розлад розлуки, агорафобія, обсесивно-компульсивний розлад, ПТСР, розлад тривоги про здоров'я (іпохондрія).

Серед чинників, що впливають на появу тривоги і тривожності, більшість авторів виділяють біологічні, соціально-психологічні та психологічні. Біологічні чинники виникнення тривожності включають особливості структури або функціонування мозку, генетичні чинники, гормональні фактори та особливості вегетативної нервової системи. Соціально-психологічні чинники включають: сімейне становище, соціалізацію дитячого та підліткового віку, соціалізацію дорослого віку, міжособистісні стосунки, суспільні умови та культуру спільноти, а також соціально-економічні фактори. Психологічні чинники поділяють на когнітивні (катастрофізація, фіксація на загрозах, надмірне прогнозування, перфекціонізм, потреба в повному контролі), емоційні (підвищена емоційна чутливість, труднощі з регуляцією емоцій, низька толерантність до невизначеності, накопичений емоційний досвід страху), досвід власного дитинства та виховання, поведінкові чинники (уникання та безпекові стратегії), установки і переконання особистості, стресові події життя, а також фактори, пов'язані зі способом життя та оточенням (вживання психоактивних

речовин, неправильне харчування, недостатня фізична активність, хронічне недосипання, шкідливі звички, надлишок негативного інформаційного потоку).

Епідеміологічні дослідження стабільно показують, що поширеність тривожних розладів у жінок приблизно в 1,7–1,8 раза перевищує показники чоловіків, а їхні прояви нерідко супроводжуються більш вираженими негативними наслідками. У жінок із тривожними розладами частіше виявляються депресивні стани, тоді як у чоловіків більш поширеними є розлади, пов’язані з уживанням психоактивних речовин.

На основі аналізу наукової літератури, виокремлено такі причини гендерних відмінностей у рівнях тривожності: особливості гормональної регуляції та структури й активності мозку, вплив гендерних стереотипів, особливостей соціалізації та виховання, нерівномірного розподілу сімейних обов’язків, кар’єрних обмежень, а також соціальних очікувань, зокрема пов’язаних із материнством.

Встановлено, що на переживання тривоги жінками в умовах повномасштабного воєнного конфлікту впливає поєднання: 1) загальнотравматичних чинників (загроза життю, невизначеність, економічна нестабільність); 2) гендерно зумовлених чинників (необхідність одночасно виконувати функції матері, партнерки військовослужбовця, забезпечувати емоційну й матеріальну стабільність родини). Додаткове значення має феномен вторинної травматизації, який вимагає комплексного, сімейно орієнтованого підходу до психологічної допомоги.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ТРИВОГИ У ДОРОСЛИХ ЖІНОК ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

2.1. Організація та методи дослідження психологічних проявів тривоги у дорослих жінок

Наступним кроком нашого дослідження була організація та проведення констатуючого експерименту, який проводився в три етапи.

Підготовчий етап дослідження передбачав комплексну підготовку до збору емпіричних даних та організацію всіх необхідних умов для проведення дослідження. На цьому етапі першочерговою задачею було визначення та обґрунтування вибору психодіагностичних методик, які б максимально відповідали цілям і завданням дослідження, серед яких нами було обрано три стандартизовані опитувальники, що дозволяють оцінити рівень тривоги, інтолерантність до невизначеності та труднощі емоційної регуляції досліджуваних жінок. Після вибору методик проводилася розробка бланків у електронному форматі, що включали інструкції для респонденток, порядок заповнення та структуровані блоки запитань кожної методики. Крім того, на цьому етапі здійснювалася перевірка бланків на наявність технічних помилок, коректність варіантів відповідей і відповідність стандартним шкалам оцінювання кожної методики. Також під час підготовчого етапу визначалися організаційні аспекти проведення опитування: формат збору даних (онлайн), спосіб розповсюдження опитувальників, забезпечення конфіденційності та анонімності учасниць.

Діагностичний етап дослідження передбачав безпосередній збір емпіричних даних та реалізовувався відповідно до заздалегідь розробленої методології. Збір даних здійснювався протягом півтора місяця – з січня по березень 2026 року. На цьому етапі також здійснювався контроль за повнотою

заповнення бланків методик та первинна перевірка даних на наявність пропусків або технічних помилок.

Аналітичний етап дослідження включав в себе математичну обробку отриманих результатів. Зокрема, проводився підрахунок первинних показників, обчислення відсоткового розподілу досліджуваних жінок за рівнями прояву досліджуваних показників. Отримані результати були представлені у вигляді таблиць, що забезпечило їх наочність та полегшило подальшу інтерпретацію.

Характеристика вибірки. Вибірка дослідження складалася з 30 жінок віком від 25 до 49 років. Аналіз вікової структури показав, що найбільш чисельною у вибірці є група респонденток віком 31–40 років (36,7%). Дещо менш представленими є жінки віком 41–49 років (33,3%), тоді як найменшу частку становлять учасниці віком 25–30 років (30,0%). Такий розподіл свідчить про відносно рівномірне представлення різних вікових підгруп, із незначним переважанням осіб середнього дорослого віку. Подібна вікова структура вибірки дозволяє врахувати особливості психологічного функціонування жінок на різних етапах дорослості.

Професійний склад вибірки характеризується значною різноманітністю і не має чітко вираженого домінування окремих професій. Найбільш представленими є професії вчителя (3 особи), адміністратора, медсестри, продавця, програмістки, менеджера та студентки (по 2 особи), тоді як інші професії представлені поодинокими випадками. Така структура свідчить про професійну гетерогенність вибірки, що є позитивним фактором з точки зору узагальнюваності отриманих результатів.

Серед інших професій, представлених у вибірці, варто зазначити психологиню, маляра, бібліотекарку, нотаріуса, майстра депіляції, перукарку, масажистку, лаборантку, фітнес-тренера, касира, педіатриню, офтальмолога, фармацевта та майстриню манікюру. Це свідчить про охоплення широкого спектра видів професійної діяльності – від інтелектуальної та аналітичної до практичної та сервісної.

Аналіз професій за узагальненими напрямками показав, що найбільш представленими є сфера медицини (6 осіб), сфера краси та послуг (4 особи) та освітня галузь (3 особи). Інші учасниці належать до сфери торгівлі, управління, технічних спеціальностей тощо.

Аналіз сімейного стану учасниць дослідження показав, що у вибірці представлені різні форми сімейних і партнерських відносин, що дозволяє більш комплексно охарактеризувати соціально-психологічний контекст їхнього життя. Найбільшу частку становлять жінки, які перебувають у зареєстрованому шлюбі – 16 осіб, що складає 53,3% від загальної кількості вибірки. Значна частина респонденток перебуває у неформальних стосунках: 4 особи (13,3%) зазначили, що проживають у цивільному шлюбі або перебувають у стосунках без офіційної реєстрації. Така категорія відображає сучасні тенденції трансформації сімейних відносин і зростання поширеності альтернативних форм партнерства. Частка неодружених жінок у вибірці становить 4 особи (13,3%). Ця група може характеризуватися відсутністю досвіду тривалих партнерських відносин або перебуванням на етапі їх пошуку. Окрему категорію становлять розлучені респондентки – 5 осіб (16,7%). Наявність досвіду розлучення може бути пов’язана з певними психологічними особливостями, зокрема з підвищеним рівнем стресу або змінами в емоційній регуляції, що є значущим у контексті дослідження. Найменш представленою є категорія вдів – 1 особа (3,3%), що, однак, також відображає наявність у вибірці різного життєвого досвіду, пов’язаного із втратою партнера.

У емпіричному дослідженні було використано 3 стандартизовані психологічні методики. Для оцінки рівня тривоги використано методику GAD-7. Для вимірювання інтолерантності до невизначеності застосовано опитувальник IUS-12, яка дозволяє оцінити рівень негативного ставлення до ситуацій невизначеності, схильність до їх уникнення, а також емоційні, когнітивні та поведінкові реакції особистості в умовах непередбачуваності. Оцінку труднощів емоційної регуляції проводили за допомогою шкали DERS-36.

Для оцінки рівня тривоги у дорослих жінок нами була використана методика ***генералізованої тривоги (GAD-7) в україномовній адаптації Н. Алексіна, О. Герасименко, Д. Лавриненко, О. Савченко*** – шкала оцінювання генералізованого тривожного розладу. Дана методика є коротким психодіагностичним інструментом, що широко використовується у клінічній психології, психодіагностиці та наукових дослідженнях як інструмент первинного скринінгу тривожних розладів.

Методика GAD-7 була розроблена міжнародною групою клінічних психологів: Робертом Спітцером, Куртом Кроенке, Джанет Вільямс та Берндом Льове у 2006 році. Основою для створення шкали стали діагностичні критерії генералізованого тривожного розладу, представлені в DSM-IV. Україномовна адаптація методики була здійснена українськими дослідниками, які провели переклад, зворотний переклад та психометричну перевірку шкали, що підтвердило її надійність і валідність для використання у вітчизняних психологічних дослідженнях.

При обробці результатів за шкалою використовуються такі значення: 0 балів – симптоми зовсім не турбували; 1 бал – симптоми турбували декілька днів; 2 бали – симптоми турбували більше тижня; 3 бали – симптоми турбували майже щодня. Загальний бал за методикою визначається шляхом підсумовування відповідей на всі 7 запитань. Сумарний показник може коливатися від 0 до 21 балу. На основі отриманих даних проводиться кількісний аналіз, який дає можливість визначити середні показники тривожності у вибірці, розподіл рівнів тривожності серед учасників дослідження та зробити відповідні висновки щодо психоемоційного стану досліджуваної групи.

Норми для оцінки результатів методики *GAD-7*, розраховані авторами цієї методики: 0–4 бали – мінімальний рівень тривоги; 5–9 балів – легкий рівень тривоги**;** 10–14 балів – помірно виражена симптоматика тривожного розладу; 15–21 бали – тяжкі випадки генералізованого тривожного розладу.

Для дослідження рівня інтолерантності до невизначеності була використана ***шкала інтолерантності до невизначеності (IUS-12; Intolerance of Uncertainty Scale) Н. Карлетона (в адаптації Г. Громової).*** Дана методика є коротким скринінговим інструментом, спрямованим на вимірювання рівня несприйняття невизначеності та тривоги щодо можливих майбутніх подій. Оригінальна версія шкали інтолерантності до невизначеності (IUS) була розроблена Фрістоном у 1994 році. Ця перша версія була створена французькою мовою і складалася з 27 тверджень. Скорочена версія була розроблена Ніколасом Карлетоном, Пітером Нортоном та Гордоном Асмундсоном у 2007 році. Методика складається з 12 тверджень і має двофакторну структуру. Українська адаптація опитувальника була здійснена у 2019–2020 роках під керівництвом Ганни Громової. У процесі адаптації брали участь перекладачі та фахівці у сфері психічного здоров'я, зокрема Н. Марущак, Р. Шелашська, О. Коцюба, Г. Лазос та О. Романенко. Валідизація української версії проводилася на вибірці із 226 респондентів.

Методика спрямована на виявлення індивідуальних особливостей ставлення людини до ситуацій невизначеності, а також на оцінку рівня тривожності, пов'язаної з очікуванням майбутніх подій. Інтолерантність до невизначеності розглядається як схильність людини сприймати можливість негативних подій як неприйнятну незалежно від їхньої ймовірності. Така характеристика пов'язана з підвищеним рівнем занепокоєння, тривожними станами та низкою афективних розладів.

Під час обробки результатів підраховуються сумарні бали за двома субшкалами: шкала прогностичної тривоги та шкала гнітючої тривоги, а також визначається загальний показник інтолерантності до невизначеності, який розраховується шляхом сумування всіх отриманих балів. Діапазон можливих значень становить від 12 до 60 балів.

Норми для оцінки інтолерантності до невизначеності та її складових були надані автором цієї методики (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Норми для оцінки складових інтолерантності до невизначеності та її складових

Назва показників	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Прогностична тривога	7-16 балів	17-26 балів	27-35 балів
Гнітюча тривога	5-10 балів	11-17 балів	18-25 балів
Загальний рівень інтолерантності до невизначеності	**12-27 балів**	**28-42 бали**	**43-60 балів**

Україномовна версія шкали труднощів емоційної регуляції DERS: Л. В. Сак, З. В. Федотова. Початкова версія цієї шкали була розроблена К. Л. Гратц та Л. Ремер у 2004 році. Вона була створена як інструмент для оцінки порушень емоційної регуляції, що охоплює як дорослих, так і підлітків. Україномовну версію методики було адаптовано та валідизовано Л. В. Сак і З. В. Федотовою у 2023 році згідно з міжнародними стандартами психометричної адаптації. Процес включав отримання дозволу від автора оригінального інструменту, проведення подвійного незалежного перекладу із наступним узгодженням версій, а також здійснення зворотного перекладу. Апробація методики проводилася на вибірках здорових респондентів і пацієнтів із нервовою анорексією. Отримані результати засвідчили високий рівень надійності та валідності інструменту, зокрема значення коефіцієнта α Кронбаха становило 0,7.

Методика спрямована на виявлення труднощів у різних аспектах емоційної регуляції, зокрема: неприйняття емоцій, імпульсивність, труднощі у досягненні цілей, обмежений доступ до стратегій регуляції, недостатнє усвідомлення та неясність емоцій.

Обробка результатів за шкалою DERS-36 здійснювалась шляхом підрахунку сумарного балу за всіма пунктами, а також окремо за шістьма субшкалами. Кожен пункт оцінювався від 1 до 5 балів. При цьому частина

тверджень (1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24, 34) підлягала реверсивному кодуванню.

У структурі методики виділяються такі субшкали: неприйняття емоційних реакцій; труднощі цілеспрямованої поведінки; труднощі контролю імпульсів; недостатнє усвідомлення емоцій; обмежений доступ до стратегій регуляції; емоційна неясність.

Для оцінки результатів методики *шкали труднощів емоційної регуляції DERS* ми розрахували умовні норми для вибірки дорослі жінок у кількості 30 осіб (табл. 2.2). Ми підрахували середнє арифметичне в групі досліджуваних та стандартне відхилення за кожним показником.

Таблиця 2.2

Умовні норми для оцінки труднощів емоційної регуляції у дорослих жінок

Шкали	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
	Бали		
Неприйняття емоційних реакцій	5 і менше	6 - 22	23 і більше
Труднощі із цілеспрямованої поведінкою	9 і менше	10 - 20	21 і більше
Труднощі з контролем імпульсів	5 і менше	6 - 21	22 і більше
Відсутність емоційного усвідомлення	11 і менше	12 - 20	21 і більше
Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій	11 і менше	12 - 27	28 і більше
Відсутність емоційної чіткості	6 і менше	7 - 16	17 і більше
Загальний показник труднощів емоційної регуляції	57 і менше	58 - 119	120 і більше

Наступним кроком нашого дослідження є математична обробка, аналіз та інтерпретація отриманих даних, що представлено у підрозділі 2.2.

2.2. Аналіз результатів дослідження психологічних проявів тривоги у дорослих жінок під час війни в Україні

Отримані в результаті психодіагностики данні ми обробили математично з обрахуванням відсоткового розподілу досліджуваних за різними рівнями прояву показників усіх використаних нами методик.

Аналіз результатів дослідження за *опитувальником генералізованої тривоги (GAD-7)* показав, що одна третя частина жінок (33,3%) мали легкий прояв симптомів тривоги (табл. 2.3), які свідчать про наявність відчуття достатнього спокою цих жінок, відсутність вираженого занепокоєння останнім часом. У 23,3% жінок виявлений мінімальний прояв ознак тривоги, що свідчить про їхню емоційну стабільність, вміння регулювати свій емоційний стан навіть у кризових життєвих ситуаціях.

Таблиця 2.3

Відсотковий розподіл дорослих жінок за рівнями прояву тривоги

Показник	Мінімальний прояв	Легкий прояв	Помірна вираженість симптоматики тривожного розладу	Тяжкі випадки генералізованого тривожного розладу
	Кількість осіб у %			
Тривога	23,3%	33,3%	30%	13,3%

Проте, у 30% жінок спостерігалась помірна вираженість симптоматики тривожного розладу (табл. 2.3), що вказує на їх дещо підвищену вразливість до впливу стресогенних факторів та наявність клінічно значущих проявів тривоги. Такий рівень тривожності не є патологічним, однак уже виходить за межі норми та може суттєво впливати на психоемоційний стан особистості, її поведінкові реакції та загальне функціонування. Помірний рівень тривоги характеризується наявністю стабільних проявів тривожності та дещо підвищеної чутливості до зовнішніх подразників, схильністю до переживання щодо майбутніх подій, а також труднощами у контролі тривожних думок. У таких жінок можуть спостерігатися такі прояви, як часте відчуття внутрішнього неспокою, труднощі з розслабленням, підвищена дратівливість,

порушення сну, а також соматичні симптоми (серцебиття, напруження м’язів, відчуття втоми). Важливо зазначити, що за умов тривалого впливу стресових факторів, зокрема в контексті повномасштабної війни, помірний рівень тривожності може мати тенденцію до посилення. У такому випадку може спостерігатися тенденція до посилення тривожних проявів, що супроводжуються дезадаптацією, зниженням працездатності та погіршенням якості життя. Відповідно, такі жінки відносяться до зони підвищеного ризику з точки зору розвитку психоемоційних порушень.

Крім того, у 13,3% жінок спостерігались тяжкі випадки генералізованого тривожного розладу (табл. 2.3), який характеризується високим рівнем стійкої, надмірної та неконтрольованої тривоги, що охоплює різні сфери життєдіяльності особистості. Тяжкий рівень генералізованого тривожного розладу проявляється постійним відчуттям внутрішнього напруження, очікуванням небезпеки або негативних подій, навіть за відсутності негайних об’єктивних загроз. Такий рівень тривожності часто характеризується тривожними думками, що мають нав’язливий характер, важко піддаються контролю та супроводжуються катастрофізацією можливих наслідків. Емоційна сфера при тяжкому рівні тривожності зазнає значних змін. Спостерігається підвищена емоційна лабільність, часті коливання настрою, схильність до почуття страху, безпорадності, пригніченості. Такі жінки можуть відчувати постійне виснаження, втрату внутрішнього ресурсу та зниження здатності до переживання позитивних емоцій. Когнітивні особливості таких жінок включають труднощі концентрації уваги, зниження продуктивності мислення, схильність до румінацій (постійного «прокручування» негативних думок), а також домінування песимістичних очікувань щодо майбутнього. У жінок із тяжкою тривожністю часто формується викривлене сприйняття реальності, при якому нейтральні або навіть позитивні події інтерпретуються як потенційно загрозливі. На поведінковому рівні це може проявлятися уникненням ситуацій, які викликають тривогу, зниженням соціальної активності, труднощами у виконанні повсякденних обов’язків. У деяких

випадках формується залежність від «безпечних» стратегій поведінки, які тимчасово знижують рівень тривоги, але в довгостроковій перспективі підтримують її існування. Важливим компонентом тяжкого генералізованого тривожного розладу є також соматичні прояви, до яких належать підвищене серцебиття, пітливість, м'язове напруження, тремор, порушення сну (труднощі засинання або часті пробудження), хронічна втома. Такі симптоми не лише супроводжують тривогу, але й посилюють її, створюючи замкнене коло взаємного впливу психічних і фізіологічних процесів.

У контексті сучасних соціальних умов, зокрема тривалого стресу, пов'язаного з воєнними подіями, економічною нестабільністю та невизначеністю майбутнього, тяжкі прояви тривожного розладу можуть посилюватися. Жінки, як правило, більш чутливі до емоційних і соціальних факторів, що зумовлює вищий рівень ризику розвитку генералізованої тривоги. Додатковими факторами можуть виступати відповідальність за сім'ю, переживання за безпеку близьких, а також накопичення хронічного стресу.

Таким чином, наявність тяжкого рівня генералізованого тривожного розладу у частини досліджуваних жінок свідчить про глибокі порушення психоемоційного стану, які суттєво впливають на якість їх життя, соціальне функціонування та загальне психологічне благополуччя. Це підкреслює необхідність подальшого вивчення даної проблематики та впровадження ефективних програм психологічної допомоги, спрямованих на зниження рівня тривожності та підвищення адаптаційних ресурсів особистості.

Аналіз результатів дослідження за *шкалою інтолерантності до невизначеності (IUS-12)* показав, що найбільша частка жінок (40% осіб) демонструє низький рівень інтолерантності (табл. 2.4) , що означає, що вони здатні ефективно адаптуватися до непередбачуваних обставин та підтримувати психологічну стабільність. У 36,7% осіб виявлений середній рівень інтолерантності (табл. 2.4), що свідчить про помірну чутливість до невизначеності та наявність окремих когнітивних і емоційних труднощів у ситуаціях, які не можна передбачити. У 23,3% жінок виявлений високий рівень

інтолерантності до невизначеності, що вказує на виражені труднощі у сприйнятті та адаптації до непередбачуваних подій, схильність до тривожного очікування та внутрішнього напруження. Ці жінки є особливо вразливими до стресових факторів і потребує підвищеної уваги з боку фахівців у галузі психічного здоров'я, а також своєчасного застосування профілактичних і психокорекційних заходів, спрямованих на формування ефективних стратегій подолання стресу.

Таблиця 2.4

Особливості прояву різних шкал та загального показника інтолерантності до невизначеності у дорослих жінок

Показники	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	Кількість осіб	Кількість осіб у %	Кількість осіб	Кількість осіб у %	Кількість осіб	Кількість осіб у %
Шкала прогностичної тривоги	10	33,3%	12	40%	8	26,7%
Шкала гнітючої тривоги	12	40%	12	40%	6	20%
Інтолерантність до невизначеності	12	40%	11	36,7%	7	23,3%

Загальна тенденція дослідження свідчить про те, що більшість жінок демонструє помірну або низьку інтолерантність до невизначеності, що свідчить про достатню здатність їх до адаптації та психологічної стійкості. Однак наявність значущої частки учасниць з високим рівнем тривожності та інтолерантності (близько чверті вибірки) вказує на групу ризику, яка більш вразлива до стресу, схильна до надмірної тривоги та має потребу у спеціалізованих психопрофілактичних або психотерапевтичних заходах.

За шкалою прогностичної тривоги більшість респонденток (40% осіб) продемонстрували середній її рівень (табл. 2.4), що свідчить про те, що для значної частини вибірки невизначеність у майбутньому викликає помірну потребу в передбачуваності та ясності, однак вона не набуває вираженого дезадаптивного характеру. Прогностична тривога відображає когнітивний компонент ставлення до невизначеності, що проявляється в усвідомлених

очікуваннях, переконаннях і припущеннях щодо майбутніх подій. Вона змістовно пов'язана з потребою в завершеності, передбачуваності та ясності ситуації. Середній рівень цього показника у респондентів може свідчити про наявність певної схильності до занепокоєння у ситуаціях невизначеності, проте без надмірної фіксації на необхідності повного контролю або прогнозування майбутніх подій. З огляду на те, що прогностична тривога корелює з підвищеним рівнем занепокоєння, тривожності та проявами обсесивно-компульсивної симптоматики, отримані результати можуть вказувати на помірну вираженість когнітивних переживань щодо невизначеності у більшості учасників дослідження.

Друга за чисельністю категорія представлена жінками з низьким рівнем прогностичної тривоги (33,3% осіб) (табл. 2.4), а отже значна частина респонденток демонструє відносно толерантне ставлення до ситуацій невизначеності, не відчуваючи вираженої потреби у повній передбачуваності майбутніх подій. У їхній поведінці це може проявлятися у більшій гнучкості мислення, готовності приймати неоднозначність обставин та здатності функціонувати в умовах обмеженої інформації.

Проте, у значної частини вибірки – у 26,7% жінок був високий рівень прогностичної тривоги, що свідчить про те, що приблизно чверть учасниць дослідження характеризується вираженою інтолерантністю до невизначеності на когнітивному рівні. Високий рівень прогностичної тривоги відображає підвищену потребу в передбачуваності, ясності та визначеності майбутніх подій. Це може проявлятися у схильності до надмірного обмірковування майбутніх ситуацій, підвищеного занепокоєння та прагнення до контролю над ситуаціями.

Показник гнітючої тривоги відображає соматичний та емоційний компоненти ставлення особистості до невизначеності. Вона проявляється через виникнення напруження, розгубленості або пригнічення у ситуаціях, що характеризуються новими чи неоднозначними обставинами. За результатами дослідження було виявлено рівномірний розподіл між низьким та середнім

рівнями тривожності серед учасниць (по 40% осіб відповідно). Низький рівень цього показника може свідчити про те, що більшість учасниць не демонструють схильності до сильних емоційних переживань або фізіологічного напруження у відповідь на невизначеність. Середній рівень гнітючої тривожності може свідчити про те, що у відповідь на нові або незрозумілі ситуації досліджувані іноді відчувають тривожні переживання, однак здатні зберігати відносну емоційну стабільність і контролювати свою поведінку. Проте, у однієї п'ятої частини вибірки – у 20% жінок був високий рівень гнітючої тривоги (табл. 2.4), тобто у таких жінок ситуації невизначеності можуть викликати виражені емоційні та соматичні реакції, пов'язані з переживанням напруження, тривоги та внутрішнього дискомфорту. Зважаючи на те, що за даними літератури, гнітюча тривога має кореляцію з агорафобією, панічними атаками, депресією та соціальною тривожністю, отримані результати можуть вказувати на відносно високу ймовірність розвитку тривожно-депресивної симптоматики [41].

Аналіз результатів дослідження *за шкалою DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) у україномовній адаптації Л. В. Сак* та *З. В. Федотової* показав, що 50% жінок демонструють середній рівень труднощів емоційної регуляції (табл. 2.5). Це свідчить про те, що у значної частини вибірки спостерігаються помірні труднощі емоційної регуляції: періодично виникають проблеми із усвідомленням, розумінням і прийняттям власних емоцій. Однак ці прояви мають ситуативний характер, і за наявності ресурсів ці жінки здатні відновлювати емоційну рівновагу.

У 26,7% осіб виявлено високий рівень труднощів емоційної регуляції (табл. 2.5), що свідчить про виражені порушення у функціонуванні системи емоційної саморегуляції. Для цих респонденток характерними є труднощі з ідентифікацією та диференціацією власних емоцій, їх неприйняття, а також обмежений репертуар ефективних стратегій регуляції. Вони можуть демонструвати підвищену імпульсивність у стані емоційного напруження, труднощі у зосередженні на діяльності та досягненні поставлених цілей, а

також схильність до дезадаптивних форм реагування (уникнення, пригнічення емоцій, румінації).

Таблиця 2.5

Особливості прояву труднощів емоційної регуляції у дорослих жінок за методикою DERS

Шкали	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	Кількість осіб	Кількість осіб у %	Кількість осіб	Кількість осіб у %	Кількість осіб	Кількість осіб у %
Неприйняття емоційних реакцій	0	0%	22	73,3%	8	26,7%
Труднощі із цілеспрямованої поведінкою	4	13,3%	20	66,7%	6	20%
Труднощі з контролем імпульсів	0	0%	23	76,7%	7	23,3%
Відсутність емоційного усвідомлення	5	16,7%	21	70%	4	13,3%
Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій	3	10%	19	63,3%	8	26,7%
Відсутність емоційної чіткості	5	16,7%	20	66,7%	5	16,7%
Загальний показник труднощів емоційної регуляції	7	23,3%	15	50%	8	26,7%

У 23,3% досліджуваних зафіксовано низький рівень труднощів емоційної регуляції (табл. 2.5), що вказує на достатньо сформовані та ефективні механізми їхньої емоційної саморегуляції. Такі жінки, як правило, добре усвідомлюють власні емоційні стани, приймають їх без надмірної критичності, здатні контролювати імпульсивні реакції та використовувати адаптивні стратегії подолання емоційного напруження. Вони характеризуються високою емоційною гнучкістю, здатністю до самоконтролю та ефективного функціонування навіть у стресогенних умовах.

Аналіз результатів за шкалою неприйняття емоційних реакцій показав, що переважна більшість досліджуваних – 73,3% осіб характеризуються середнім рівнем неприйняття власних емоцій (табл. 2.5). Це свідчить про те, що респондентки загалом здатні усвідомлювати свої емоційні стани, однак у

певних ситуаціях можуть демонструвати схильність до їх оцінювання як небажаних, неприйнятних або «недоречних». Водночас у 26,7% досліджуваних виявлено високий рівень неприйняття емоційних реакцій (табл. 2.5), що свідчить про те, що для цих жінок негативне ставлення до власних переживань є характерним. Це може супроводжуватися почуттям провини, сорому або роздратування.

За шкалою труднощів із цілеспрямованою поведінкою у більшості досліджуваних – у 66,7% осіб виявлено середній рівень прояву цього показника (табл. 2.5). Це свідчить про те, що респондентки загалом здатні підтримувати цілеспрямовану діяльність, однак у ситуаціях емоційного напруження можуть відчувати певні труднощі з концентрацією уваги, плануванням та доведенням розпочатого до завершення. У 20% досліджуваних зафіксовано високий рівень труднощів із цілеспрямованою поведінкою (табл. 2.5), що вказує на суттєві порушення у них здатності до організації та підтримання діяльності в умовах емоційного напруження. Такі особливості свідчать про недостатню ефективність механізмів їхньої саморегуляції. Водночас у 13,3% досліджуваних виявлено низький рівень труднощів (табл. 2.5), що характеризує їх як осіб із добре сформованими навичками саморегуляції. Вони здатні зберігати продуктивність діяльності навіть за наявності емоційних переживань, ефективно контролювати свою поведінку та досягати поставлених цілей.

Аналіз результатів за шкалою труднощів із контролем імпульсів показав, що у переважної більшості досліджуваних – у 76,7% осіб виявлено середній рівень прояву цього показника (табл. 2.5). Це свідчить про те, що респондентки загалом здатні контролювати свої поведінкові реакції, однак у ситуаціях інтенсивного емоційного напруження можуть демонструвати зниження самоконтролю, імпульсивність або труднощі у стримуванні реакцій. У 23,3% досліджуваних був високий рівень труднощів із контролем імпульсів (табл. 2.5), що вказує на виражені порушення у них здатності до саморегуляції поведінки в емоційно напружених ситуаціях. Для цих жінок

характерною є схильність до різких, неконтрольованих реакцій, значних труднощів у стримуванні емоційних імпульсів.

За шкалою відсутності емоційного усвідомлення у більшості досліджуваних – у 70% жінок виявлено середній рівень цього показника (табл. 2.5). Це свідчить про те, що респондентки загалом здатні усвідомлювати власні емоційні стани, однак у певних ситуаціях можуть відчувати труднощі з їх розпізнаванням, диференціацією та відстеженням. У 16,7% досліджуваних зафіксовано низький рівень відсутності емоційного усвідомлення (табл. 2.5), що свідчить про добре розвинену у них здатність до емоційного усвідомлення. Такі респондентки демонструють уважність до власних переживань, здатність чітко їх ідентифікувати та розуміти. У 13,3% досліджуваних зафіксовано високий рівень відсутності емоційного усвідомлення (табл. 2.5), що вказує на суттєві труднощі у розпізнаванні та розумінні ними власних емоцій.

Аналіз результатів за шкалою обмеженого доступу до стратегій регулювання емоцій показав, що у більшості досліджуваних – у 63,3% осіб виявлено середній рівень прояву цього показника (табл. 2.5). Це свідчить про те, що респондентки загалом володіють базовим репертуаром стратегій регуляції емоцій, однак їх застосування є недостатньо гнучким і ефективним у емоційно насичених ситуаціях. У 26,7% осіб виявлено високий рівень обмеженого доступу до стратегій регуляції емоцій (табл. 2.5), що вказує на виражений дефіцит ефективних способів їх емоційного самоконтролю. Для цих жінок характерним є відчуття безпорадності у ситуаціях емоційного напруження, труднощі у знаходженні конструктивних способів подолання негативних переживань, а також схильність до використання дезадаптивних стратегій (уникнення, придушення емоцій, румінації тощо). Водночас, у 10% досліджуваних зафіксовано низький рівень труднощів за цією шкалою (табл. 2.5), що свідчить про наявність у них добре сформованого та гнучкого репертуару стратегій емоційної регуляції. Такі респондентки здатні

ефективно обирати та застосовувати адаптивні способи подолання негативних емоційних станів залежно від ситуації.

За шкалою відсутності емоційної чіткості у більшості досліджуваних – у 66,7% осіб спостерігається середній рівень цього показника (табл. 2.5), а отже ці жінки загалом здатні розпізнавати та диференціювати свої емоційні стани, однак іноді можуть відчувати певну неясність у їх усвідомленні. У 16,7% досліджуваних виявлено низький рівень відсутності емоційної чіткості (табл. 2.5), що свідчить про добре розвинену у них здатність до точного усвідомлення та ідентифікації власних емоцій. Водночас у 16,7% досліджуваних виявлено високий рівень відсутності емоційної чіткості (табл. 2.5), що вказує на суттєві труднощі у розумінні та розпізнаванні ними власних емоційних станів. Це може призводити до ускладнень при прийнятті ними зважених рішень та знижувати ефективність застосування стратегій емоційної саморегуляції.

Отже, під час констатуючого експерименту виявлена значна варіативність інтенсивності тривожних проявів у дорослих жінок під час війни, що відображається у поєднанні від мінімальних до тяжких рівнів тривоги, а також у різній вираженості інтолерантності до невизначеності та труднощів емоційної регуляції. Отримані результати свідчать про комплексний вплив воєнного контексту на емоційний стан жінок, що потребує подальшого поглибленого аналізу та цілеспрямованої психологічної підтримки.

2.3. Розробка методичних рекомендацій для зниження тривоги та стабілізації емоційного стану дорослих жінок під час війни в Україні

Результати проведеного нами емпіричного дослідження показали наявність у значної частини досліджуваних жінок помірних та явних ознак тривожного розладу, високого рівня інтолерантності до невизначеності та

труднощів емоційної регуляції, що вказує про необхідність знаходження ефективних шляхів зниження їхньої тривожності та регуляції емоційного стану. З цією метою ми спочатку проаналізували наявні у науковій літературі поради та рекомендації психологів.

Так, клінічний психолог М. Дж. Воллі зазначає, що фундаментальним аспектом при регуляції емоційного стану тривожної людини є диференціація між реальними та гіпотетичними проблемами. Реальні проблеми стосуються актуальних загроз, що потребують негайного вирішення, тоді як гіпотетичні орієнтовані на майбутні, часто малоймовірні негативні сценарії або катастрофізацію. Для того щоб ідентифікувати тип занепокоєння, М. Воллі пропонує застосування такої стратегії: якщо на проблему неможливо вплинути в поточний момент, когнітивний фокус має бути переспрямований на актуальні завдання. На думку автора, для підтримки психоемоційної стабільності критично важливим є дотримання балансу між трьома типами активності: 1) задоволення: дії, що приносять радість (читання, музика); 2) досягнення: виконання завдань, що дають відчуття компетентності (робота, навчання, побутові справи); 3) соціальна взаємодія: підтримання контактів для подолання ізоляції. Дисбаланс у цих сферах призводить до погіршення емоційного фону та зростання тривожності [70].

Техніки когнітивного контролю, запропоновані М. Воллі, включають: відкладання занепокоєння та «ніжне» оспорювання власних думок. Техніка відкладання занепокоєння спрямована на подолання відчуття некерованості тривоги і передбачає призначення конкретного часу для обмірковування гіпотетичних проблем. Протягом решти дня індивід свідомо відкладає тривожні думки, що дозволяє знизити їхній вплив на повсякденне функціонування. Техніка «ніжного» оспорювання власних думок ґрунтується на використанні самоспівчуття та раціонального розуміння для відповіді на автоматичні негативні думки замість деструктивної самокритики. Для стабілізації стану в моменти гострої тривоги М. Воллі рекомендує використовувати сенсорні якорі. Це дозволяє переключити увагу з внутрішніх

катастрофічних образів на зовнішні стимули через органи чуття (зір, слух, дотик) та фокусування на диханні. Серед загальних рекомендацій автора можна виділити: підтримання регулярного графіка сну, харчування та особистої гігієни; обмеження часу перегляду новин та використання соціальних мереж (наприклад, до 30 хвилин на добу), а також свідоме фокусування на позитивних аспектах дня [70].

Підхід С. Гейза до зниження тривожності та подолання панічних станів базується на розробленій ним методології терапії прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy, ACT). Ключовим процесом для нівелювання тривожних станів С. Гейз вважає розвиток психологічної гнучкості. Це дозволяє особистості зберігати усвідомлену присутність у поточному моменті («тут і зараз»), незважаючи на наявність деструктивних думок. Згідно з концепцією автора, традиційні методи боротьби з тривожністю часто виявляються малоефективними у випадках, коли панічний розлад суттєво обмежує соціальне та професійне функціонування індивіда. Натомість науковець пропонує відмовитися від стратегій уникання на користь формування готовності діяти відповідно до власних ціннісних орієнтирів, навіть за умови наявності симптомів тривоги [56].

Аналіз підходу Л. Нордгрен до стабілізації емоційного стану та регуляції емоцій показав, що дослідниця розглядає емоційну стабілізацію не як механічне пригнічення почуттів, а як динамічний процес формування здатності усвідомлювати, приймати та конструктивно коригувати власні емоційні реакції. Критично важливою для стабілізації стану пацієнта авторка вважає інтеграцію методів когнітивно-поведінкової терапії «третьої хвилі». Основними інструментами в межах цього підходу виступають: 1) спеціалізована когнітивно-поведінкова терапія (CBT-E), спрямована на корекцію дисфункційних когніцій щодо образу тіла та керування симптомами тривоги; 2) діалектична поведінкова терапія (DBT), що акцентує увагу на навичках толерантності до дистресу та техніках самозаспокоєння, дозволяючи індивіду переживати кризові моменти без залучення деструктивних стратегій

поведінки; 3) терапія прийняття та відповідальності (ACT), яка фокусує зусилля на розвитку здатності приймати внутрішній досвід (тривожні думки, емоції) замість боротьби з ним. Авторка диференціює методи стабілізації залежно від часової перспективи. У довгостроковій перспективі вона пропонує такі стратегії, як: 1) когнітивна переоцінка (зміна сприйняття ситуації для послаблення її емоційного впливу); 2) прийняття (готовність проживати внутрішні відчуття без спроб їх змінити або засудити); 3) конструктивне вирішення проблем (перехід від емоційного реагування до активного аналізу ситуації та пошуку алгоритмів її подолання). У короткостроковій перспективі Л. Нордгрен виокремлює такі стратегії: 1) відволікання – розглядається як адаптивний метод лише за умови високої інтенсивності емоцій та обмеженого часу; 2) модуляція реакції – прямий вплив на фізіологічний стан через соматичні вправи (наприклад, практики глибокого та повільного дихання). Запропоноване авторкою навчання навичкам самостабілізації включає такі компоненти: 1) емоційна обізнаність (розвиток здатності ідентифікувати та диференціювати складні емоційні стани); 2) метод «паузи та роздумів» (формування здатності зупинятися перед вчиненням імпульсивної дії, зумовленої емоційним сплеском); 3) емоційна експозиція (тренування витримки перебування у дискомфортному емоційному стані без використання звичних деструктивних копінг-механізмів) [51].

Аналіз стратегій стабілізації емоційного стану, запропонованих Дж. Гроссом та Р. Томпсоном, дозволяє виокремити такі ключові положення. Фундаментальним у цьому підході є застосування превентивних стратегій. Автори наголошують, що найбільш ефективним є втручання на ранніх етапах генерації емоції, до моменту її повного формування. До таких стратегій належать: 1) вибір ситуації: вживання заходів для перебування в обставинах, що викликають бажані емоції, та уникання деструктивних контактів; 2) модифікація ситуації: безпосередня зміна зовнішнього середовища для зменшення його негативного впливу; 3) розподіл уваги: керування внутрішнім фокусом через відволікання або концентрацію, що дозволяє знизити гостроту

тривожних переживань. Для стабілізації емоційного стану автори пропонують змінювати інтерпретацію події, трансформуючи її емоційне значення. Наприклад, при тривозі перед публічними виступами чи іспитами рекомендується знижувати суб'єктивну значущість події або застосовувати функціональну інтерпретацію, розглядаючи фізіологічне збудження не як страх, а як стан мобілізаційної готовності організму до дій. У випадках, коли емоція вже виникла, застосовується модуляція реакції. Ця стратегія спрямована на корекцію фізіологічних та поведінкових компонентів через фізичні вправи та техніки релаксації. Найбільш дієвим способом швидкої стабілізації стану особистості, автори вважають інтегративний підхід, що передбачає паралельне використання кількох стратегій одночасно (наприклад, поєднання модифікації ситуації, відволікання уваги та переоцінки) [39].

М. Лайнен пропонує чітко структуровані протоколи для стабілізації емоційного стану в моменти гострого дистресу. Авторка акцентує увагу на навичках толерантності до дистресу, які дозволяють особистості пережити кризовий стан без залучення деструктивних стратегій поведінки. Центральне місце в рекомендаціях М. Лайнен посідають техніки екстреної стабілізації, об’єднані в протокол TIPP: 1) зміна температури (Temperature): використання холодної води для активації фізіологічного механізму зниження серцевого ритму, що сприяє швидкому зменшенню інтенсивності тривоги; 2) інтенсивне фізичне навантаження (Intense Exercise): короткочасні вправи для звільнення від надлишкової енергії; 3) ритмічне дихання (Paced Breathing): свідоме сповільнення дихання з фокусом на подовженому видиху; 4) парна м’язова релаксація (Paired Muscle Relaxation): послідовне напруження та розслаблення м’язових груп. Додатково авторка пропонує стратегію «STOP», що передбачає послідовність дій: зупинка імпульсивної реакції, крок назад для оцінки ситуації, спостереження за внутрішніми процесами та подальша виважена дія [45].

З врахуванням проаналізованих вище порад фахівців та результатів нашого емпіричного дослідження нами було розроблено методичні

рекомендації, спрямовані на зниження тривожності дорослих жінок та стабілізацію їхнього психоемоційного стану. Запропоновані заходи базуються на інтегративному підході, що поєднує стратегії моделі процесу емоційної регуляції Дж. Гросса, діалектично-поведінкової терапії (ДПТ) та когнітивно-поведінкової терапії (КПТ).

1. Професійна саморегуляція:

1.1. Техніка сенсорного заземлення для запобігання емоційному виснаженню. Для жінок, професійна діяльність яких пов'язана з високим рівнем соціального навантаження (медицина, освіта, сфера послуг), рекомендуємо впровадження короткочасних (1–2 хв) сенсорних пауз. Використання технік орієнтації на зовнішні стимули (пошук об'єктів певного кольору або текстури) дозволяє перервати цикл когнітивної румінації та знизити рівень ситуативної напруги під час робочого дня.

1.2. Переоцінка професійної ролі та профілактика вигорання. Для жінок – представників допоміжних професій (лікарі, вчителі) рекомендовано застосування когнітивної переоцінки (за Дж. Гроссом). Замість інтерпретації втоми як ознаки професійної неспроможності, стан ідентифікується як сигнал організму про необхідність відновлення ресурсу, що дозволяє трансформувати деструктивне почуття провини у конструктивну стратегію самозбереження.

1.3. Метод «ситуативної модифікації» через розмежування часу. Для жінок, зайнятих у сфері послуг із ненормованим графіком (майстри краси, фрілансери), рекомендовано чітке розмежування професійного та особистого простору. Створення «вікон когнітивного розвантаження», де заборонено перевірку робочих запитів, виступає превентивним заходом для зниження фонової тривожності, характерної для ГТР.

2. Міжособистісна взаємодія та сімейна адаптація:

2.1. Тренінг контролю імпульсів у сімейній та міжособистій взаємодії (навичка STOP). Враховуючи значну частку жінок з нашої вибірки, що перебувають у шлюбі (53,3%), та виявлений переважно середній рівень труднощів контролю імпульсів, рекомендуємо впровадження техніки «мікро-паузи» за М. Лайнен. Використання алгоритму «зупинка – видих – спостереження» перед емоційною реакцією сприяє переходу від автоматичного реагування до усвідомленої комунікації, що знижує ризик конфліктів.

2.2. Самовалідація як інструмент обробки травматичного досвіду. Для респонденток із досвідом розлучення (16,7%) рекомендовано практики прийняття (за С. Гейзом). Замість стратегії когнітивного уникання болю, пропонується визнання природності емоційних реакцій на значущі життєві зміни, що сприяє поступовій десенсибілізації емоційного дистресу.

3. *Рекомендації для зниження рівня загальної тривоги* (для респонденток, чиї показники ГТР відповідають клінічно значущому рівню дані техніки є суто допоміжними і не замінюють повноцінний курс індивідуальної психотерапії):

3.1. Диференціація проблем у контексті інтолерантності до невизначеності. Жінкам із високим рівнем тривожності рекомендовано використовувати алгоритм М. Воллі: розділення об’єктів тривоги на «вирішувані зараз» та «гіпотетичні». Це дозволяє сфокусувати когнітивний ресурс на поточному моменті та знизити рівень страху перед невизначеним майбутнім.

3.2. Декатастрофізація очікувань для молодих фахівців. Для підгрупи ранньої дорослості (25–30 років), чия тривога часто може бути пов’язана з етапом професійного становлення, ефективною є вправа «Аналіз найгіршого сценарію». Пошук конструктивних виходів із уявних невдач знижує рівень катастрофізації та підвищує відчуття впевненості у своїх силах.

3.3. Візуалізація «Безпечного місця». Створення деталізованого ментального образу спокою дозволяє швидко знизити рівень збудження. Це є важливим для стабілізації стану в умовах воєнних дій.

3.4. Когнітивна гігієна в умовах соціально-політичної нестабільності. Рекомендовано впровадження «інформаційного детокс-планування» — обмеження споживання новин у вечірні години. Це зменшує когнітивний шум та запобігає додатковій стимуляції тривожних станів.

Практична реалізація розроблених заходів дозволить жінкам мінімізувати негативний вплив тривожності на професійну діяльність та міжособистісну взаємодію, відновити відчуття контролю над власним життям та сприятиме зміцненню їх психологічної стійкості.

Висновки до другого розділу

При написанні другого розділу нами були визначені основні методичні засади для проведення емпіричного дослідження за трьома психодіагностичними методиками, спрямованими на визначення рівня генералізованої тривоги, інтолерантності до невизначеності та труднощів емоційної регуляції у дорослих жінок під час війни в Україні.

Емпіричним шляхом виявлено, що більше половини досліджуваних жінок мають легкий та мінімальний рівень тривоги, що свідчить про їхню емоційну стабільність, відсутність великого занепокоєння та хвилювання навіть в умовах тривалого стресу під час війни. Проте, майже у третини жінок спостерігалась помірна вираженість симптоматики тривожного розладу, що вказує на їх дещо підвищену вразливість до впливу стресогенних факторів та наявність клінічно значущих проявів тривоги. Такий рівень тривожності не є патологічним, однак уже виходить за межі норми та може суттєво впливати на психоемоційний стан особистості, її поведінкові реакції та загальне функціонування. У таких жінок можуть спостерігатися такі прояви, як часте відчуття внутрішнього неспокою, труднощі з розслабленням, підвищена дратівливість, порушення сну, а також соматичні симптоми (серцебиття,

напруження м’язів, відчуття втоми). За умов тривалого впливу стресових факторів, зокрема в контексті повномасштабної війни, помірний рівень тривоги може мати тенденцію до посилення.

Крім того, у 13,3% жінок спостерігались тяжкі випадки генералізованого тривожного розладу, який відзначається високим рівнем стійкої, надмірної та неконтрольованої тривоги, що охоплює різні сфери життєдіяльності особистості. Він проявляється постійним відчуттям внутрішнього напруження, очікуванням небезпеки або негативних подій, навіть за відсутності негайних об’єктивних загроз. Такий рівень тривоги часто характеризується тривожними думками, що мають нав’язливий характер, важко піддаються контролю та супроводжуються катастрофізацією можливих наслідків. Такі жінки потребують серйозної психологічної допомоги.

Водночас більшість жінок демонструє помірну або низьку інтолерантність до невизначеності, що свідчить про достатню здатність їх до адаптації та психологічної стійкості. Однак, наявність значної частки жінок з високим рівнем інтолерантності до невизначеності (близько чверті вибірки) вказує на наявність групи ризику, яка більш вразлива до стресу, схильна до надмірної тривоги у непередбачуваних обставинах. Ці жінки є особливо вразливими до стресових факторів і потребують підвищеної уваги з боку фахівців у галузі психічного здоров’я, а також своєчасного застосування профілактичних і психокорекційних заходів, спрямованих на формування ефективних стратегій подолання стресу.

Також у половини досліджуваних жінок виявлений середній рівень труднощів емоційної регуляції, що свідчить про наявність у значної частини вибірки періодичних проблем з усвідомленням, розумінням, прийняттям та регуляцією власних емоцій. Однак ці прояви мають ситуативний характер, і за наявності ресурсів ці жінки здатні відновлювати емоційну рівновагу. Проте, у чверті жінок спостерігався високий рівень труднощів емоційної регуляції, що вказує на значні порушення в їхній емоційній сфері. Для них характерними є труднощі з ідентифікацією та диференціацією власних емоцій, їх неприйняття,

а також обмежений репертуар ефективних стратегій регуляції. Вони можуть демонструвати підвищену імпульсивність у стані емоційного напруження, труднощі у зосередженні на діяльності та досягненні поставлених цілей, а також схильність до дезадаптивних форм реагування (уникнення, пригнічення емоцій, румінації).

Розглянувши рекомендації фахівців та з урахуванням результатів нашого емпіричного дослідження, враховуючи вік і сімейний стаж досліджуваних, ми розробили власні рекомендації щодо зниження тривоги та стабілізацію психоемоційного стану дорослих жінок. Ці практичні рекомендації стосуються необхідності професійної саморегуляції, міжособистісної взаємодії та сімейної адаптації жінок. У разі виникнення труднощів із контролем тривожності рекомендується розподіляти об’єкти занепокоєння на «вирішувані зараз» та «гіпотетичні», виконувати вправу «Аналіз найгіршого сценарію» для зниження рівня катастрофізації, візуалізувати «безпечне місце» для емоційної стабілізації та дотримуватися когнітивної гігієни.

Застосування запропонованих нами рекомендацій, на нашу думку, дозволить жінкам мінімізувати негативний вплив тривоги на професійну діяльність і міжособистісну взаємодію, відновити відчуття контролю над власним життям та сприятиме зміцненню їх психологічної стійкості.

ВИСНОВКИ

Проведене нами теоретико-емпіричне дослідження психологічних проявів тривоги у дорослих жінок під час війни в Україні дозволило сформулювати низку узагальнюючих положень, що мають як теоретичне, так і практичне значення.

1. На основі ґрунтовного теоретичного аналізу наукової літератури було встановлено, що тривога у дорослих жінок постає як складний соціально-психологічний феномен, що інтегрує в собі ситуативні, особистісні та соціальні аспекти. В умовах воєнного стану цей стан набуває специфічних рис, оскільки гендерно зумовлені чинники поєднується з хронічним стресом та тотальною невизначеністю майбутнього. Жінки перебувають у зоні особливої психологічної вразливості, адже дослідження різних науковців стабільно показують, що поширеність у них тривожних розладів приблизно в 1,7–1,8 разів перевищує показники чоловіків, а їхні прояви нерідко супроводжуються більш вираженими негативними наслідками. Важливими психологічними чинниками, що впливають на підвищення тривоги у дорослих жінок, є когнітивні (катастрофізація, фіксація на загрозах, надмірне прогнозування, перфекціонізм, потреба в повному контролі); емоційні (підвищена емоційна чутливість, труднощі з регуляцією емоцій, низька толерантність до невизначеності, накопичений емоційний досвід страху); чинники, пов’язані з досвідом власного дитинства та виховання (гіперопіка, травматичний досвід дитинства, моделювання батьківської поведінки); поведінкові (уникання, безпекові стратегії); установки та переконання; чинники, пов’язані зі способом життя (неправильне харчування, недостатня фізична активність, хронічне недосипання та шкідливі звички).

2. Емпіричним шляхом виявлено, що дорослі жінки мають значну варіативність інтенсивності тривожних проявів під час війни, що відображається у поєднанні від мінімальних до тяжких рівнів тривоги, а також у різній вираженості інтолерантності до невизначеності та труднощів емоційної регуляції. Це свідчить про комплексний вплив воєнного контексту

на емоційний стан жінок, що потребує подальшого поглибленого аналізу та цілеспрямованої психологічної підтримки. Так, більше половини досліджуваних жінок мають легкий та мінімальний рівень тривоги, що свідчить про їхню емоційну стабільність, відсутність великого занепокоєння навіть в умовах тривалого стресу війни. Проте, майже третина жінок продемонструвала помірну вираженість симптоматики тривожного розладу, яка вказує на їх дещо підвищену вразливість до впливу стресогенних факторів та наявність клінічно значущих проявів тривоги. За умов тривалого впливу стресових факторів, зокрема під час повномасштабної війни, помірний рівень тривоги може мати тенденцію до посилення. А у 13,3% жінок встановлені тяжкі випадки генералізованого тривожного розладу, який характеризується постійним відчуттям внутрішнього напруження, очікуванням небезпеки або негативних подій, навіть за відсутності негайних об'єктивних загроз, а також тривожними думками, що мають нав'язливий характер, важко піддаються контролю та супроводжуються катастрофізацією можливих наслідків. Такі жінки потребують серйозної психологічної допомоги.

Водночас більшість жінок демонструє помірну або низьку інтолерантність до невизначеності, що свідчить про достатню здатність їх до адаптації та психологічної стійкості. Однак, високий рівень інтолерантності до невизначеності майже у чверті вибірки вказує на наявність групи ризику, яка більш вразлива до стресу, схильна до надмірної тривоги у непередбачуваних обставинах. Також у половини досліджуваних жінок виявлений середній рівень труднощів емоційної регуляції, що свідчить про наявність у значної частини вибірки періодичних проблем з усвідомленням, розумінням, прийняттям та регуляцією власних емоцій. Проте, у чверті жінок спостерігався високий рівень труднощів емоційної регуляції, що вказує на значні порушення в їхній емоційній сфері. Такі жінки схильні відчувати постійне внутрішнє напруження, виснаження, мають виражені труднощі з ідентифікацією та диференціацією власних емоцій, їх неприйняття, а також обмежений репертуар ефективних стратегій регуляції.

3. На основі аналізу теоретичних напрацювань науковців та з врахуванням результатів нашого емпіричного дослідження, ми розробили комплексні практичні рекомендації, спрямовані на мінімізацію негативного впливу тривоги на професійну діяльність та міжособистісну взаємодію дорослих жінок, відновлення у них відчуття контролю над власним життям та зміцнення психологічної стійкості.

Рекомендації передбачають використання технік сенсорного заземлення, переоцінки професійної ролі, методу розмежування часу, впровадження техніки «мікро-паузи» перед емоційною реакцією, самовалідації, розділення об’єктів тривоги на «вирішувані зараз» та «гіпотетичні», вправи «Аналіз найгіршого сценарію», візуалізації «Безпечного місця» та підтримання когнітивної гігієни.

Вважаємо, що застосування цих рекомендацій, сприятиме не лише мінімізації негативного впливу тривожності на професійну діяльність та міжособистісну взаємодію жінок, а й зміцненню їх психологічної стійкості та відновленню відчуття контролю над власним життям навіть в кризових умовах воєнного часу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Біологічна основа тривожних розладів. *LibreTexts.* URL: *https://ukrayinska.libretexts.org*
2. Височина В.С. Соціально-психологічна адаптація особистості з високим рівнем тривожності в умовах воєнного стану: пояснювальна записка до дипломного проєкту (роботи) бакалавра: спец: 053. Національний університет «Запорізька політехніка», 2025. 149 с.
3. Галієва О. М. Диференціація понять «тривога» та «тривожність». *Психологія та соціальна робота.* 2019. Вип. 1 (49). С. 32-48.
4. Галієва О. М. Теоретичний аналіз поняття «тривожність». *Теорія і практика сучасної психології.* 2018. Вип. 6. С. 107-111.
5. Гендерна соціалізація особистості. *Освіта UA. URL: https://osvita.ua/school/method/upbring/1660/*
6. Гормони стресу. *Anahana*. URL: *https://www.anahana.com/uk/physical-health/stress-hormones*
7. Гормони та тривога: гормональний дисбаланс як причина психічного розладу. *Mozok.* URL: *https://mozok.ua/anxietydisorder/article/4200-gormoni-ta-trivoga-gormonalnij-disbalans-yak-prichina-psihchnogo-rozladu*
8. Дзюбинська М. Я., Осіпова Л. М. Вплив дитячої психотравми на рівень тривожності пацієнтів з невротичними розладами. *Науковий вісник Ужгородського національного університету: психологія.* 2025. № 4. С. 26–29.
9. Загора О. Тривожність під час війни: шляхи терапії. *Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування й реабілітація: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю. 24-25 травня 2023 р.* 2023. С. 28-29.
10. Кожина Г. М. Тривожність під час війни: шляхи терапії. Матеріали Науково-практичної конференції «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування й реабілітація» 2023 р. URL: *https://health-*

ua.com/multimedia/userfiles/files/2023/Nevro_3_2023/Nevro_3_2023_st29.pdf

11. Костів М. А. Порівняння соціальних причин тривожності: дипломна робота: спец: 054. Український Католицький Університет, 2022. 44 с.
12. Левковська Л. Психологічні чинники виникнення тривожності у осіб юнацького віку. *Молодий вчений*, 2022. № 1 (101). P. 57-60.
13. Менопауза: гормональні зміни та їх вплив на здоров'я жінки. *Черкаський обласний ЦКХП*. URL: *https://ck.cdc.gov.ua/news/menopauza-gormonalni-zminy-ta-yih-vplyv-na-zdorov-ya-zhinky/*
14. П'ятак І.С. Особливості тривожності у студентів з різними індивідуально-типологічними особливостями в умовах війни: пояснювальна записка до дипломного проєкту (роботи) бакалавра: спец: 053. Національний університет «Запорізька політехніка», 2024. 73 с.
15. Пасюкевич А. В. Тривожність сучасної молоді як наслідок переживання впливу воєнних подій : робота на здобуття кваліфікаційного ступеня бакалавра : спец. 053 - психологія / наук. кер. І. М. Періг. Тернопіль : Тернопільський національний технічний університет імені Івана Пулюя, 2024. 67 с.
16. Прищак М.Д, Мацко М.А. Психологія частина 1: навчальний посібник. Міністерство освіти і науки України Вінницький національний технічний університет, 2013. 99 с.
17. Тривога під час вагітності: це нормально? *Brainspot*. URL: *https://brain-spot.com/blog/tpost/e63c432g91-trivoga-pd-chas-vagtnost-tse-normalno*
18. Тривога. *Міжнародний медичний корпус*. URL: *https://cdn1.internationalmedicalcorps.org/wp-content/uploads/2022/08/InltMedicalCorps-Anxiety-Information_Ukrainian.pdf*
19. Тривожні розлади. *MozOk.* URL: *https://mozok.ua/anxietydisorder/article/3639-faktori-riziku-rozvitku-trivozhnogo-rozladu*

20. Тривожні розлади: визначення та симптоми. *MH4U.* URL: *https://www.mh4u.in.ua/shukayu-dopomogu/tryvozhni-rozlady-vyznachennya-ta-symptomy/*
21. Тривожність. *Криворізький державний педагогічний університет*. URL: *https://kdpu.edu.ua/press-centre/blogs/2624-osvitnii-tsentr/rekomendatsii/28212-tryvozhnist.html*
22. Хом'як А. О. Соціально-психологічні чинники шкільної тривожності молодших школярів. *Андрагогічний вісник.* Житомир: Вид. ЖДУ ім. І.Франка. 2019. № 10. С. 158-164.
23. Царькова О. В., Радченко С. В. Теоретичні аспекти прояву психологічного феномену тривожності. *Актуальні проблеми психології.* 2015. № VII (38). С. 479-491.
24. Що таке гендерні стереотипи та як із ними боротися? // Велимченська громада. URL: *https://velymchenska-gromada.gov.ua/scho-take-genderni-stereotipi-ta-yak-iz-nimi-borotisya-14-48-32-05-05-2025/*
25. Ball T.M., Gunaydin L.A. Measuring maladaptive avoidance: from animal models to clinical anxiety. *Neuropsychopharmacol.* 2022. № 47. P. 978–986. URL: *https://www.nature.com/articles/s41386-021-01263-4*
26. Bijulakshmi, P., Kumar, V., P., V., Balaji. Theoretical perspectives of trait anxiety: A systematic review. *Current Medicine Research and Practice.* 2024. № 14 (6). P. 245-250.
27. Bulatevych N., Lukyanets V. Peculiarities of mother's parental burnout in war times. *Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv. Social work* 2023. №1. P. 44-50.
28. Citkowska-Kisielewska A., Rutkowski K., Mielimąka M., Sobański J.A., Dembińska E. Obsessive-Compulsive Symptoms in Obsessive-Compulsive Disorder and in Generalized Anxiety Disorder: Occurrence and Correlations. *Journal of psychiatric practice*. 2019. № 26 (2). P. 101–119.
29. Cognitive behavioral therapy. *National library of medicine.* URL: *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/*

30. Cognitive theory and models of anxiety: An introduction. *Musculoskeletal Key*. URL: *https://musculoskeletalkey.com/cognitive-theory-and-models-of-anxiety-an-introduction/*
31. Crocq M. A. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2015. № 17 (3). P. 319–325. DOI: https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq
32. Cyniak-Cieciura M. Psychological flexibility, temperament, and perceived stress. *Current issues in personality psychology*. 2021. №9(4). P. 306–315.
33. Dost N. A., Stanikzai, M. H., Jafari, M. Depression and anxiety symptoms among Afghan war widows and their associated factors: A cross-sectional analytical study. *Indian Journal of Psychiatry.* 2024. № 66. P. 1145-1149.
34. DSM-5 Table of Contents. *American Psychiatric association*. URL: *https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Contents.pdf*
35. Ellemers N. Gender Stereotypes. *Annual Review Psychology.* 2018. № 69. P. 275-298. URL: *https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011719*
36. Elwood L.S., Wolitzky-Taylor K., Olatunji B.O. Measurement of anxious traits: a contemporary review and synthesis. *Anxiety Stress Coping.* 2011. № 25 (6). P. 647–666.
37. Ervin J., Taouk Y., Fleitas Alfonzo L., Hewitt B., King T. Gender differences in the association between unpaid labour and mental health in employed adults: a systematic review. *The Lancet Public Health.* 2022. № 7 (9). P. 775-786.
38. Farhane-Medina N.Z., Luque B., Tabernero C., Castillo-Mayén R. Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. *Science Progress 2022, Vol. 105(4),* 1-30. DOI: DOI: 10.1177/00368504221135469
39. Gross J.J., Thompson R.A. Emotion Regulation: Conceptual Foundations. *Handbook of Emotion Regulation.* 2007. P. 3-27. URL:

https://www.researchgate.net/publication/303248970_Emotion_Regulation_Conceptual_Foundations

40. Guerra O., Eboreime E.. The Impact of Economic Recessions on Depression, Anxiety, and Trauma-Related Disorders and Illness Outcomes–A Scoping Review. *Behavioral Sciences*. 2021. №11 (9). P. 1-41.
41. IUS-12 – Шкала інтолерантності до невизначеності: Короткий довідник із користування. *UA-Test*. URL: *https://start.ua-test.com/pub/files/ius-12-manual.pdf*
42. Izard C. E. Human Emotions. Springer Science & Business Media, 1977. 496 c. DOI: 10.1007/978-1-4899-2209-0
43. Klarić, M., Francisković, T., Pernar, M., Nembić Moro, I., Milićević, R., Cerni Obrdalj, E., Salcin Satriano, A. Caregiver burden and burnout in partners of war veterans with post-traumatic stress disorder. *Collegium antropologicum*. 2010. № *34 (1)*. P. 15–21.
44. Koponen, H., Lepola U. Настанова 00729. Тривожний розлад. *DUODECIM Medical Publications, Ltd,* 1-11. DOI: ebm00729
45. Linehan M. M. DBT Skills Training Handouts and Worksheets: Second Edition. The Guilford press, 2015. 442 c.
46. Living with worry and anxiety amidst global uncertainty. *Psychology tools.* URL: *https://webapps.nsula.edu/positivity/docs/wellbeing/living_with_worry.pdf*
47. Mariotti A. The effects of chronic stress on health: new insights into the molecular mechanisms of brain-body communication. *Future science OA*, *1*(3), 1-6. DOI: 10.4155/fso.15.21
48. McHenry J., Carrier N., Hull E., Kabbaj M. Sex differences in anxiety and depression: role of testosterone. *Frontiers in neuroendocrinology*. 2013. № 35 (1). P. 42–57.
49. McLean, Asnaani C. P., Litz A., Hofmann B. T. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research.* 2011. № 45 (8). P. 1027–1035.

50. Nillni Y.I., Rasmusson A.M., Paul E.L., Pineles S.L. The Impact of the Menstrual Cycle and Underlying Hormones in Anxiety and PTSD: What Do We Know and Where Do We Go From Here? *Current psychiatry reports*. 2021. № 23 (2). P. 1-15.
51. Nordgren L. Emotion regulation in eating disorders: Measurement, latent profiles, intraindividual processes, and treatment. *Linköping Studies in Arts and Sciences (912). Linköping Studies in Behavioural Sciences (269).* 2025.
52. Paydariniyam M., Nikzad Z., Khansari M., Dabbaghha Z., Khaksar M. Depression, Anxiety, and Stress in the Families of Martyrs and War Veterans: Impacts on Mental Health Disorders. *International Journal of Body, Mind and Culture.* 2025. № 12. P. 119–130.
53. Percentage of respondents in the U.S. who reported symptoms of anxiety disorder in the last seven days or two weeks from April 2020 to September 2024, by gender // Statista. URL: *https://www.statista.com/statistics/1132661/anxiety-symptoms-us-adults-by-gender-past-week/*
54. Pesce, L., van Veen, T., Carlier, I., van Noorden, M. S., van der Wee, N. J., van Hemert, A. M., & Giltay, E. J. Gender differences in outpatients with anxiety disorders: the Leiden Routine Outcome Monitoring Study. *Epidemiology and psychiatric sciences*. № *5*(3). P. 278–287. DOI: 10.1017/S2045796015000414
55. Piccirillo M.L., Taylor Dryman M., Heimberg R.G. Safety Behaviors in Adults With Social Anxiety: Review and Future Directions. *Behavior therapy*. 2015. № 47 (5). P. 675–687.
56. Psychology Professor Steven Hayes, in a gripping TEDx talk, explains the roots of his ground-breaking Acceptance and Commitment Therapy. *Navada today*. URL: *https://www.unr.edu/nevada-today/blogs/2016/acceptance-and-commitment-therapy-tedx*

57. Salih H. S., Ibrahim S. A., Gaded M. A. A., Osman L. A. A. Depression, stress and anxiety among Khartoum University students who stay in war-afflicted regions in Sudan. *BMC Psychiatry.* 2024. № 25. P. 1-11.
58. Scher A, Sharabany R. Parenting anxiety and stress: does gender play a part at 3 months of age? *The Journal of genetic psychology*. 2005. № 166 (2). P. 203–213.
59. Shek D.T.L., Li X., Yang B., Yang J. Is parental anxiety related to child anxiety? Insights from a four-wave longitudinal study in a Chinese context. *Frontiers in psychiatry*. 2025. № *16*. DOI: 10.3389/fpsyt.2025.1570652
60. Silén, Y., Keski-Rahkonen, A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current opinion in psychiatry.* 2022. № 35 (6). P. 362–371.
61. Spets, D. S., Slotnick, S. D. Are there sex differences in brain activity during long-term memory? A systematic review and fMRI activation likelihood estimation meta-analysis. *Cognitive neuroscience.* 2020. № 12 (3-4). P. 163–173.
62. Teressa A., Pigott, M.D. Gender Differences in the Epidemiology and Treatment of Anxiety Disorders. *J Clin Psychiatry 1999; 60 (18),* 4–15 URL: *https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/13682_gender-differences-epidemiology-treatment-anxiety.pdf*
63. Terlizzi, E. P., Villarroel, M. A. Symptoms of Generalized Anxiety Disorder Among Adults: United States. *NCHS data brief.* 2019. № 378. P. 1–8. URL: *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33054928/*
64. Time use database. *OECD.* URL: *https://www.oecd.org/en/data/datasets/time-use-database.html?utm*
65. What are anxiety disorders? *American Psychiatric Association*. URL: *https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders*

66. Wu Y., Li X., Ji X., Ren W., Zhu Y., Chen Z., Du X. Trends in the epidemiology of anxiety disorders from 1990 to 2021: A global, regional, and national analysis with a focus on the sociodemographic index. *Journal of Affective Disorders (373),* 166-174. URL: *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032724020743*
67. Yang X, Fang Y, Chen H, et al. Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* 2021. № 30. DOI:10.1017/S2045796021000275
68. Yang Y., Niu L., Amin S., Yasin I. Unemployment and mental health: a global study of unemployment's influence on diverse mental disorders. *Frontiers in public health*. 2024. № 12. P. 1-41. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1440403
69. Yang, X., Fang, Y., Chen, H., Zhang, T., Yin, X., Man, J., Yang, L., Lu, M. Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2021. № 30. *P.* 1-11.
70. Whalley M. Living with worry and anxiety amidst global uncertainty. URL: https://webapps.nsula.edu/positivity/docs/wellbeing/living_with_worry.pdf

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Опитувальник генералізованої тривоги (GAD-7) в україномовній адаптації Н. Алексіна, О. Герасименко, Д. Лавриненко, О. Савченко

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

1. *Почуття нервозності, тривоги або напруженості:*
   - Зовсім не турбували;
   - Декілька днів турбували;
   - Понад тиждень турбували;
   - Майже щодня турбували.

2. *Нездатність зупинити чи контролювати хвилювання:*
   - Зовсім не турбували;
   - Декілька днів турбували;
   - Понад тиждень турбували;
   - Майже щодня турбували.

3. *Надмірне переживання хвилювання щодо різних речей*
   - Зовсім не турбували;
   - Декілька днів турбували;
   - Понад тиждень турбували;
   - Майже щодня турбували.

4. *Проблеми з розслабленням:*
   - Зовсім не турбували;
   - Декілька днів турбували;
   - Понад тиждень турбували;
   - Майже щодня турбували.

5. *Сильний неспокій аж до неможливості всидіти на місці:*
   - Зовсім не турбували;
   - Декілька днів турбували;
   - Понад тиждень турбували;
   - Майже щодня турбували.

6. *Легкий перехід до збудження і дратівливості:*
   - Зовсім не турбували;
   - Декілька днів турбували;
   - Понад тиждень турбували;
   - Майже щодня турбували.

7. *Відчуття страху, ніби може статися щось жахливе:*
   - Зовсім не турбували;
   - Декілька днів турбували;
   - Понад тиждень турбували;
   - Майже щодня турбували.

ДОДАТОК Б

Шкала інтолерантності до невизначеності (IUS-12; Intolerance of Uncertainty Scale) Н. Карлетона (в адаптації Г. Громової)

Інструкція. Будь ласка, обведіть число, яке найкраще відповідає тому, наскільки ви згодні з кожним пунктом.

- Зовсім не типово для мене (1)
- Майже не типово для мене (2)
- Певною мірою типово для мене (3)
- Значною мірою типово для мене (4)
- Дуже типово для мене (5)

1. Непередбачувані події мене сильно засмучують
   - Зовсім не типово для мене (1)
   - Майже не типово для мене (2)
   - Певною мірою типово для мене (3)
   - Значною мірою типово для мене (4)
   - Дуже типово для мене (5)

2. Я засмучуюсь, коли у мене немає всієї необхідної мені інформації.
   - Зовсім не типово для мене (1)
   - Майже не типово для мене (2)
   - Певною мірою типово для мене (3)
   - Значною мірою типово для мене (4)
   - Дуже типово для мене (5)

3. Невизначеність заважає мені жити повним життям.
   - Зовсім не типово для мене (1)
   - Майже не типово для мене (2)
   - Певною мірою типово для мене (3)
   - Значною мірою типово для мене (4)
   - Дуже типово для мене (5)

4. Слід завжди думати наперед, аби уникати несподіванок.
   - Зовсім не типово для мене (1)
   - Майже не типово для мене (2)
   - Певною мірою типово для мене (3)
   - Значною мірою типово для мене (4)
   - Дуже типово для мене (5)

5. Навіть при відмінному плануванні незначна непередбачувана подія може все зіпсувати.
   - Зовсім не типово для мене (1)
   - Майже не типово для мене (2)
   - Певною мірою типово для мене (3)
   - Значною мірою типово для мене (4)
   - Дуже типово для мене (5)

6. Коли приходить час діяти, невідомість паралізує мене.
   - Зовсім не типово для мене (1)
   - Майже не типово для мене (2)
   - Певною мірою типово для мене (3)
   - Значною мірою типово для мене (4)
   - Дуже типово для мене (5)

7. Коли я непевний, я не можу нормально функціонувати.
   - Зовсім не типово для мене (1)
   - Майже не типово для мене (2)
   - Певною мірою типово для мене (3)
   - Значною мірою типово для мене (4)
   - Дуже типово для мене (5)

8. Я завжди хочу знати, що чекає на мене у майбутньому.
   - Зовсім не типово для мене (1)
   - Майже не типово для мене (2)
   - Певною мірою типово для мене (3)
   - Значною мірою типово для мене (4)
   - Дуже типово для мене (5)

9. Я терпіти не можу, коли щось застає мене зненацька
   - Зовсім не типово для мене (1)
   - Майже не типово для мене (2)
   - Певною мірою типово для мене (3)
   - Значною мірою типово для мене (4)
   - Дуже типово для мене (5)

10. Найменший сумнів може перешкодити мені діяти.
    - Зовсім не типово для мене (1)
    - Майже не типово для мене (2)
    - Певною мірою типово для мене (3)
    - Значною мірою типово для мене (4)
    - Дуже типово для мене (5)

11. Я повинен мати змогу організувати все заздалегідь.
    - Зовсім не типово для мене (1)
    - Майже не типово для мене (2)
    - Певною мірою типово для мене (3)
    - Значною мірою типово для мене (4)
    - Дуже типово для мене (5)

12. Я маю уникати будь-яких невизначених ситуацій.
    - Зовсім не типово для мене (1)
    - Майже не типово для мене (2)
    - Певною мірою типово для мене (3)
    - Значною мірою типово для мене (4)
    - Дуже типово для мене (5)

ДОДАТОК В

Україномовна версія шкали труднощів емоційної регуляції DERS

(Л. В. Сак, З. В. Федотова).

Інструкція. Вам пропонується взяти участь в опитуванні, присвяченому вивченню особливостей переживання емоцій та ставлення до власних почуттів. Опитування складається з ***36 запитань***. Орієнтовний час проходження ***7–10 хвилин***. Опитування є ***анонімним.*** Отримані дані будуть використані виключно в узагальненому вигляді в навчально-наукових цілях. У цьому опитуванні немає правильних або неправильних відповідей. Під час відповідей орієнтуйтеся на власний досвід та відчуття.

1) Я чітко розумію свої почуття.
- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

2) Я звертаю увагу на те, що я відчуваю.
- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

3) Я переживаю свої емоції як неконтрольовані.
- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

4) Я поняття не маю, як я почуваюся.
- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

5) Мені важко зрозуміти свої почуття.
- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

6) Я уважний до своїх почуттів.
- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

7) Я точно знаю, як я почуваюся.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

8) Мені все одно, що я відчуваю.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

9) Мене бентежить те, що я відчуваю.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

10) Коли я засмучений, я визнаю свої емоції.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

11) Коли я засмучений, я злюсь на себе за те, що так почуваюся.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

12) Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так почуваюся.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

13) Коли я засмучений, мені важко виконувати роботу.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

14) Коли я засмучений, я виходжу з-під контролю.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

15) Коли я засмучений, я вважаю що так буду почуватися протягом тривалого часу.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

16) Коли я засмучений, я вважаю себе дуже пригніченим.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

17) Коли я засмучений, я вважаю, що мої почуття є справжніми та важливими.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

18) Коли я засмучений, мені важко зосередитись на інших речах.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

19) Коли я засмучений, я відчуваю себе неконтрольованим.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

20) Коли я засмучений, я все ще можу щось зробити.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

21) Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так почуваюся.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

22) Коли я засмучений, я знаю, що можу знайти спосіб врешті почуватись краще.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

23) Коли я засмучений, я відчуваю, що я слабкий.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

24) Коли я засмучений, я відчуваю, що можу зберігати контроль над своєю поведінкою.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

25) Коли я засмучений, я відчуваю провину за те, що так почуваюся.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

26) Коли я засмучений, мені важко зосередитися.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

27) Коли я засмучений, мені важко контролювати свою поведінку.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

28) Коли я засмучений, я вважаю, що я нічого не можу зробити, щоб почуватися краще.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

29) Коли я засмучений, я злюся на себе, що так почуваюся.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

30) Коли я засмучений, я починаю дуже погано почувати себе.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

31) Коли я засмучений, я вважаю що занурюватися в смуток - це все, що я можу зробити.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

32) Коли я засмучений, я втрачаю контроль над своєю поведінкою.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

33) Коли я засмучений, мені важко думати про щось інше.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

34) Коли я засмучений, я витрачаю час, щоб зрозуміти, що я насправді відчуваю.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

35) Коли я засмучений, мені потрібно багато часу, щоб почувати себе краще.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).

36) Коли я засмучений, мої емоції здаються надзвичайними.

- майже ніколи (0–10%);
- іноді (11–35%);
- близько половини часу (36–65%);
- більшу частину часу (66–90%);
- майже завжди (91–100%).