

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ, ПСИХОЛОГІЇ ТА
БЕЗПЕКИ

Кафедра загальної та соціальної психології

**ВИВЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ В
УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

Кваліфікаційна робота

здобувачки вищої освіти
першого (бакалаврського) рівня
вищої освіти,
денної форми здобуття освіти,
спеціальності 053 Психологія
Вікторії ПУНЕЙКО

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри загальної та
соціальної психології
Оксана ХРИСТУК

Рецензент:

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри загальної та
соціальної психології
Ольга УГРИН

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

«__» _____ 2025 р., протокол № _____

Завідувач кафедри загальної та соціальної психології
доктор психологічних наук, професор

_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

Львів – 2025

АНОТАЦІЯ

Пунейко В. Вивчення схильності до тривожних розладів в українців в умовах воєнного стану

Кваліфікаційну роботу присвячено вивченню схильності до тривожних розладів серед українського населення в умовах війни. Здійснено теоретичний аналіз наукових досліджень щодо природи тривожних розладів, їх впливу на різні сфери життя, а також впливу війни на психоемоційний стан населення. Застосовані методики дали змогу комплексно охарактеризувати рівень тривожності, психологічної стійкості та особливості використання допінг-стратегій українцями в умовах війни. Емпірично досліджено взаємозв'язки між цими показниками з урахуванням вікових та статевих відмінностей.

Ключові слова: *тривожність, війна, психоемоційний стан, резильєнтність, копінг-стратегії.*

ANNOTATION

Puneiko V. Studying the susceptibility to anxiety disorders in ukrainians under martial law

This qualification paper is dedicated to the study of susceptibility to anxiety disorders among the Ukrainian population in the context of war. A theoretical analysis of scientific studies was conducted regarding the nature of anxiety disorders, their impact on various spheres of life, as well as the influence of war on the psycho-emotional state of the population. The applied research methods made it possible to comprehensively assess the levels of anxiety, psychological resilience, and the specifics of coping strategies employed by Ukrainians in wartime conditions. An empirical study was conducted to explore the interrelations between these indicators, taking into account age and gender differences.

Keywords: *anxiety, war, psycho-emotional state, resilience, coping strategies.*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ В УКРАЇНЦІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ВІЙНИ.....	8
1.1 Підходи до розуміння до розуміння тривоги та тривожних розладів особистості в психологічній літературі.....	8
1.2 Вплив тривожності на різні сфери життя особистості.....	22
1.3 Війна як стресовий фактор у формуванні тривожних розладів в українців.....	27
Висновки до 1-го розділу.....	34
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ СХИЛЬНОСТІ ДО ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД УКРАЇНЦІВ У ПЕРІОД ВІЙНИ.....	36
2.1 Опис процедури дослідження та характеристика методик.....	36
2.2 Аналіз отриманих результатів.....	38
2.3 Кореляційний аналіз.....	44
2.4 Порівняльний аналіз.....	46
Висновки до 2-го розділу.....	49
ВИСНОВКИ.....	51
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	53
ДОДАТКИ.....	59

ВСТУП

Актуальність дослідження зумовлена значним психологічним тягарем, який є наслідком повномасштабної війни в Україні. Виклики, з якими сьогодні стикаються українці, охоплюють не лише питання фізичної безпеки, але й, у першу чергу, стосуються психічного здоров'я населення. Постійний вплив стресових факторів, таких як економічна нестабільність, бойові дії та невизначеність майбутнього, створює сприятливе підґрунтя для розвитку тривожних розладів.

Зростання рівня тривожності є серйозним викликом для системи охорони здоров'я та майбутнього держави в цілому. Згідно з дослідженнями, тривожні розлади належать до найпоширеніших психічних порушень, особливо в реаліях війни. Для більшості українців тривога стала постійним супутником – вона крокує в окопах з військовими, супроводжує цивільних під звуки обстрілів і повітряних тривог, слідує за вимушеними переселенцями далеко від рідних домівок. Вона присутня у новин на телебаченні та у стрічках соціальних мереж. Тривога планує майбутнє разом із нами та суттєво впливає на відчуття безпеки.

Українці навчились підтримувати один одного, співати пісні та разом переживати кризові моменти, однак ефективні стратегії боротьби з внутрішньою тривогою залишились недоступними або малоефективними для багатьох. У разі тривожних розладів це почуття стає надмірним, часто неконтрольованим і поступово руйнує якість життя, негативно впливаючи на працездатність, згуртованість суспільства та емоційну виснаженість.

Оцінити вплив війни на психіку під час бою або тривалого стресу в тилу вкрай складно, однак важливо враховувати індивідуальні особливості та охопити якомога більше регіонів України. Дослідження, спрямовані на цю тему, дозволять більш ефективно допомагати постраждалим.

Спираючись на дослідження, можна спостерігати закономірність більшого прояву тривожних розладів у жінок. Однак сучасні дані свідчать, що чоловіки

дедалі частіше стикаються з неконтрольованою тривогою. Найбільш вразливими є діти, підлітки та молодь, проте поширеність тривожних розладів серед людей похилого віку залишається недостатньо вивченою. Аналіз цієї проблеми має охоплювати різні репрезентативні групи.

Наше дослідження сприятиме поглибленню комплексного розуміння психологічних наслідків війни та дозволить розробити ефективні стратегії психологічної підтримки та профілактики тривожних розладів. Важливо також ідентифікувати вразливі групи населення, які потребують своєчасної допомоги та додаткової підтримки.

Таким чином, враховуючи вищезазначене, можна стверджувати, що дослідження тривожних розладів на сучасному етапі війни є особливо актуальним та важливим для збереження психологічного благополуччя населення України.

Мета дослідження: теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження схильності українців до тривожних розладів на сучасному етапі війни.

Відповідно до поставленої мети визначено наступні **завдання**:

1. Розкрити наукові підходи до розуміння поняття тривоги та тривожних розладів.
2. Визначити вплив різних факторів війни на розвиток тривожних розладів.
3. Визначити особливості впливу тривожних розладів на різні сфери життя особистості.
4. Емпірично дослідити схильність до тривожних розладів в українців в актуальних реаліях війни.
5. Розробити індивідуально-профілактичні заходи для запобігання розвитку тривожних розладів в умовах воєнного часу.

Об'єкт дослідження: психоемоційний стан українців в умовах повномасштабної війни.

Предмет дослідження: фактори, що сприяють розвитку тривожних розладів в українців в умовах війни на сучасному етапі.

В основу дослідження покладені **гіпотеза** про те, що: рівень тривожності в українців на сучасному етапі війни може залежати від рівня їхньої стресостійкості та наявності конструктивних копінг-стратегій.

Теоретичною основою дослідження виступали праці зарубіжних вчених, зокрема: Дж. Герман, Б. А. ван дер Колк, Ч. Дарвін, У. Мак-Дугалл, Е. Фромм, У. Джеймс, К. Роджерс, С. Гроф, Дж. Доллард, З. Фрейд, А. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер, Г. Гекхаузен, К. Горні, а також українських науковців: О. Фільц, О. Бойко, О. Кочюба, С. Максименко, Т. Титаренко, які досліджували проблеми тривоги, стресу, психологічної адаптації та стресостійкості в умовах кризових подій.

Наукова (теоретична) новизна: Теоретична новизна дослідження полягає у поглибленні та розширенні уявлень про тривогу та тривожні розлади. Вивченні факторів, які сприяють розвитку тривожних розладів у цивільного населення України в умовах війни.

Практичне значення: Результати отримані в даному дослідженні можуть бути корисними у роботі з особами, що втратили зв'язок із собою та соціумом через тривогу. Крім того, для розробки програм психологічної підтримки цивільного населення в умовах війни, для попередження розвитку тривожних розладів та навчанню ефективних стратегій подолання тривоги.

Методи дослідження: у ході дослідження були використані наступні методи та методики: метод теоретичного аналізу, синтез порівняння, узагальнення – допомогли опрацювати наукові джерела з теми дослідження; метод кількісно-якісної обробки отриманих даних; опитувальник Спілберга-Ханіна, шкала Конора-Девідсона (CD-RISC-10), методика BASIC PH.

Структура роботи складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ В УКРАЇНЦІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ВІЙНИ

1.1 Підходи до розуміння тривоги та тривожних розладів особистості в психологічній літературі.

Кількість людей, у яких спостерігається тенденція до підвищеної тривоги та тривожних розладів, значно зросла у зв'язку з довготривалим впливом війни. Ці явища зумовлені не лише соціально-політичною та економічною ситуацією. Вагоме значення має також індивідуальне сприйняття обставин та емоційна реакція на них.

Лексема «тривога» використовується для опису напруження, поганого передчуття, занепокоєння, а також активізацією автономної нервової системи. Коли людина сприймає стимул як загрозу, виникає тривога. Стан тривоги варіюється за інтенсивністю і змінюється з часом залежно від рівня стресу, якого зазнає людина.

Джудіт Герман розглядала тривогу не лише як емоцію, а й як глибоко вкорінений фізіологічний і психологічний наслідок травми. Б. А. ван дер Колк наголошував, що тривога у травмованих людей є результатом гіперактивності амігдали та надмірного відчуття небезпеки. Префронтальна кора втрачає можливість гальмувати емоційні реакції, і з тривогою стає важко впоратись. Згідно з теорією Ч. Дарвіна, тривога формується як адаптивна реакція. На думку З. Фрейда, неврози та тривожність виникають через зіткнення біологічних потягів із соціальними заборонами. Адлер вважав, що основою неврозів, які викликають почуття тривоги, є протиріччя між волею до могутності та почуттям неповноцінності. Е. Фромм зазначав, що капіталізм відддалив людину від природи, і, тікаючи від себе самого, індивід лише маскує почуття тривоги, не маючи можливості впоратись з цим [5], [3], [12].

Тривога у сучасному світі є невід’ємною частиною нашого життя. Важливо розглядати тривогу диференційовано – як ситуативне явище з власною перехідністю та динамікою. Невизначені ситуації та стрес запускають біологічний механізм захисту у вигляді тривоги. Завдяки їй ми можемо вберегти себе та рідних від загрози й підготуватись до важливих подій у нашому житті [9], [17].

Отже, тривожність можна визначити як емоційний дискомфорт, пов'язаний з очікуванням небезпеки. Тривога виникає через психічне перенапруження. Її симптоми не спрямовані на завдання шкоди, а лише сигналізують про небезпеку чи надмірне навантаження. Симптоми тривоги спрямовані на розрядку і повернення гомеостазу організму.

Зазвичай тривогу сприймають як емоцію негативного спектру, проте варто усвідомити, що це відчуття є абсолютно природним і необхідним для нашого організму. Усі ми народжуємось з різним рівнем інтенсивності тривожності. Окрім генетично зумовленої схильності до тривоги, можна виділити такі психологічні чинники, як рівень самооцінки, психологічний клімат в родині та сукупність життєвого досвіду.

Рівень тривожності значною мірою визначає поведінку особистості – зокрема, характер взаємодії з оточенням та ставлення до певного типу ситуацій. Фактори, що провокують тривогу, можуть бути як психологічними так і фізіологічними. Фізіологічні чинники включають вплив психоактивних речовин, гормональні порушення, захворювання наднирників чи щитоподібної залози, порушення рівня глюкози в крові, серцево-судинні захворювання, низький або високий тиск, тахікардію, екстрасистолію, анемія. Голодування також може стати тригером вторинної тривоги та панічних атак – наприклад, слабкість чи втрата свідомості у транспорті чи місцях скупчення людей.

Психологічними тригерами є суб’єктивні інтерпретації ситуацій як загрозливих: публічні виступи, замкнутий простір, відчуття фізичної небезпеки,

самотність, конфлікти, повторення травматичних подій тощо [4], [7], [17]. Людина, що перебуває в стані тривоги, зазвичай боїться критики, директивного впливу, невідомих ситуацій, публічної уваги або соціального відторгнення, відмови сказати «ні», виділяється серед інших [10]. Витіснена агресія, якщо вона відщеплена від особистості, може залишати людину без можливості самозахисту, що провокує розвиток тривожних розладів. Людям із тривожними розладами, панічними атаками та частими епізодами тривоги зазвичай складно вступати в справжні конфлікти й витримувати глибокі розмови. Якщо агресія відокремлюється від основного ядра особистості, вона переслідує людину ззовні, з'являється тривога і велика кількість страхів перед образами та приниженням. Людині стає важко себе захистити, припинити токсичне спілкування або відстояти свою думку.

Таким чином, рівень тривожності істотно впливає на поведінку особистості, зумовлюючи складнощі у взаємодії з оточуючими, реагуванні на стресові ситуації та здатності до самозахисту.

Хвилювання, що не виходить за межі норми, не заважає людині вести повноцінне життя. Під час стресу та фрустрації емоційне неблагополуччя часто проявляється через тривогу, страх та невпевненість. Стан тривоги тісно пов'язаний із передчуттям фрустрації [12]. Тривога може бути адаптивною або патологічною. Оскільки мозок не сприймає уявне та реальне, немає різниці, чи є страх об'єктивним, чи суб'єктивним. Ситуативною або адаптивною тривогою можна назвати звичну реакцію на подразник, яка є попереджувальним сигналом до активних дій. Наприклад, якщо тривога перед екзаменом не заважає на нього піти і здоровий глузд контролює хвилювання, після завершення ситуації стан людини нормалізується. Якщо ж тривога не дозволяє скласти екзамен, наприклад, через симптоми подразненого шлунку чи панічну атаку, це патологічна або нездорова тривога. При такому типові тривоги може спостерігатись постійно пригнічений настрій, настороженість, порушення зв'язку з внутрішнім світом. Це можна описати як похмурий песимізм. [4].

Тривога може проявлятися на чотирьох рівнях: фізіологічному, емоційному, когнітивному та поведінковому. Фізіологічні симптоми включають тахікардію, гіпергідроз, відчуття тиску у грудях, запаморочення, тремтіння кінцівок, головний біль, синдром подразненого кишечника. Емоційно це може проявлятися як відчуття небезпеки, дратівливість, занепокоєння, страх та емоційна нестабільність. На когнітивному рівні тривога викликає нав'язливі думки, труднощі у прийнятті рішень, підвищену самокритику, дереалізацію або деперсоналізації. Поширеним явищем є катастрофізація, коли людина надає більшого контрасту ситуації, ніж вона має насправді. Ці симптоми вважаються проявами незрілих механізмів захисту психіки. Довготривалий вплив тривоги проявляється порушеннями сну, підвищеною потребою в контролі, уникненню ситуацій, неспокійними рухами тощо [4], [10] .

Отже, тривога буває адаптивною або паталогічною та впливає на тіло, емоції, думки й поведінку, а при тривалому впливі сильно впливає на якість життя.

Канадські вчені Мішель Ж. Дюга та Меліса Робішо виявили ряд упереджень щодо користі переживання. Попри тягар тривожних симптомів, люди свідомо чи несвідомо дотримувались певних стереотипів:

1. Тривога сприяє вирішенню проблем. Людина постійно готова до викликів. Здається, що коли вона переживає через проблеми на роботі, то звертає на них увагу і ефективно їх вирішить. Однак на практиці переживання часто створюють результат невдачі. Легка тривога справді може підтримувати в тонусі, але сильні переживання, навпаки, знижують ефективність.
2. Тривога як джерело мотивація. Наприклад, якщо для людини важливий зовнішній вигляд, вона прагне покращити його і починає займатися спортом. Однак це не просто турботи про себе, а тривога з сильним

емоційним переживанням, що запускає механізм уникнення чи прокрастинації.

3. Переживання сьогодні захистять від тривоги у майбутньому. Проблема полягає в тому, що такі люди переживають постійно, ніби на всяк випадок. Проте неможливо підготуватися до травматичних подій заздалегідь.
4. Переживання допомагають попередити катастрофу. Акт переживання не може змінити хід подій. Це упередження є однією із форм магічного мислення. Будь-який позитивний результат підкріплює це упередження, у той час як негативний досвід часто ігнорується через селективну увагу.
5. Тривожність як позитивна риса характеру. Вважається, що переживання є ознакою відповідальності, а ті, хто не переживає, сприймаються як легковажні.

Відповідно, упередження щодо користі тривоги створюють ілюзію контролю, але насправді посилюють емоційне виснаження та неефективну поведінку.

Ч. Спілбергом розрізняв ситуативну та особистісну тривожність. Ситуативна тривожність є емоційною реакцією на стрес. Напруженість та хвилювання в такому випадку можуть варіюватися за тривалістю та інтенсивністю. Особистісна тривожність є доволі стійкою характеристикою особистості, і в такому випадку більшість ситуацій сприймаються як загроза. Особистісна тривожність не завжди безпосередньо проявляється в поведінці, її рівень визначається інтенсивністю та частотою проявів. Загрозливе сприйняття широкого спектра подій є ознакою цієї стійкої характеристики, що описує схильність людини до тривожності. Отже, зростання ситуативної тривожності може поступово перетікати у сталу особливість особистості. Особистісна тривожність, як схильність, активується у певних ситуаціях, які людина інтерпретує як загрозу своєму «Я» [4], [10].

Деякі дослідники, зокрема Т.Татаренко та О.Фільц, вказують на існування двох форм тривожності – усвідомленої (відкритої) та неусвідомленої (закритої). Відкрита тривожність проявляється безпосереднім емоційним переживанням, тоді як закрита – маскується під агресію, залежність, прокрастинацію або фантазування.

Тривожність не є невід’ємною рисою кожної особистості. Людина зі стійкою тривожністю часто відчуває невпевненість у собі та своїх вчинках, їй складно довіряти іншим і вибудовувати стосунки. Коли тривога стає домінантною характеристикою, вона може слугувати передвісником розвитку неврозів. Однак для його формування необхідний тривалий досвід неефективного тривожних станів [12].

Таким чином, тривожність може проявлятися як ситуативна реакція або стійка особистісна риса, а також мати усвідомлену чи приховану форму

Тривожні розлади можна описати як передчуття негативного майбутнього досвіду, постійні нав’язливі думки та внутрішній дискомфорт, що суттєво впливає на якість життя. Постійне занепокоєння часто супроводжується неприємними фізичними симптомами. Тривога є постійною і перетікає з однієї сфери життя в іншу. Якщо подібний стан триває більше ніж 6 місяців, то це може вказувати на наявність нездорової тривоги [4].

Дуже важливо окреслити відмінності між звичайною тривогою та тривожними розладами. Типова тривога є нормальною реакцією на ситуацію, і предмет тривоги здебільшого наявний, а не теоретичний. Тривога не повинна інвалідизувати і заважати виконанню звичних справ. Вона завжди зникає, коли причина тривоги стає неактуальною. Для тривожних розладів характерний тривалий вплив на людину. Окрім того, варто пам’ятати, що вплив тривоги і тривожних розладів не обмежується лише нервовою системою [17].

Отже, тривожні розлади відрізняються від звичайної тривоги тривалістю, інтенсивністю та впливом на життя.

Відмінності між тривогою та панікою. Тривога має певну градацію інтенсивності – від помірної до непереносимої. Людина може усвідомлювати, що тривожність дозволяє їй сьогодні існувати, а завтра вона сильно заважає і потребує розрядки. Паніка під час панічної атаці не має градації – це завжди максимум, апофеоз страху, на який здатна наша психіка. Отже, панічну атаку можна класифікувати як тривалу або короткочасну. Порівняно з тривогою, яка може тривати роками і виникати у будь-який момент, панічна атака триває лише кілька хвилин. Ще однією відмінністю є сприйняття: тривога – це щось окреме і чуже, що «гризе» із середини, найчастіше відчувається у грудях. Панічна атака охоплює все тіло, і, окрім страху, не відчувається нічого іншого. Однак панічні атаки дуже часто є симптомом тривожних розладів. Певний тригер запускає постійний рівень тривоги в організмі, і ця тривога потребує розрядки. Панічна атака є захистом від ймовірної небезпекою і може переходити у вторинну тривогу. Страх, що тебе не зрозуміють оточуючі, та небажання переживати панічні атаки в компанії друзів спонукають значно зменшити соціальну активність.

Як підсумок, панічна атака – це гострий і короткочасний пік тривоги, що відрізняється від тривожного стану інтенсивністю, тілесністю й раптовістю, проте часто є наслідком.

Крім того, хибна інтерпретація фізичних відчуттів може стати причиною вторинної тривоги. Вторинна тривога – це страх перед повторенням первинної тривоги, що може провокувати уникаючу поведінку, яка є найнебезпечнішою в тривожних розладах.

Вторинна вигода як наслідок вторинної тривоги і тривожних розладів. У деяких випадках люди можуть використовувати симптоматику для досягнення вторинної вигоди. Наприклад, особа може маніпулювати іншими та отримувати співчуття і турботу від рідних. Це може проявлятися у вигляді прохання сходити за покупками замість неї або відмови іти в школу чи університет. У таких

випадках тривога не є основною причиною, а лише використовується як звичний патерн поведінки. Однак тривога все ж завдає більше шкоди, ніж користі.

Причина виникнення тривожних розладів часто пов'язані з травмою або життєвим досвідом. Травма активує механізм розвитку тривожного розладу через інтенсивний стресовий вплив, що порушує нормальну роботу мозку. Часто тривога та тривожні розлади виникають, коли людина не може реалізувати свою стратегію поведінки чи самосприйняття, яке завжди забезпечувало їй безпеку та умовний успіх. Наприклад, якщо особистість у дитинстві сильно критикували близькі за будь-які помилки, то у майбутньому стратегії поведінки такої людини будуть полягати в тому, щоб не допускати жодних помилок або приховувати їх від оточуючих. Коли ж людина потрапляє в ситуацію, де її помилки виносяться на загальний огляд, її основна стратегія виживання, яка полягає в тому, щоб уникати таких ситуацій, провокує сильну соціальну тривогу. Такі люди можуть почати ізолювати себе від суспільного життя, бо бояться засудження інших.

Тривожні розлади є дуже поширеною нозологією у сучасному світі. Патологічна тривога негативно впливає на якість життя і призводить до виражених страждань людей. Підвищена тривожність є ознакою не лише тривожних розладів, вона може бути складовою інших типів психічних захворювань: психотичні розлади, розлади пов'язані з obsesивно-компульсивним спектром та інші. У деяких випадках тривога може бути сигналом про ймовірну небезпеку соматичних захворювань, наприклад, інфаркт міокарда чи цукровий діабет. Широкий діапазон психічних порушень комбінується між собою і може супроводжуватись захворюваннями різних систем та органів. У будь-якому випадку людина із симптомом підвищеної тривожності потребує психіатричного та повного медичного обстеження, з метою усунути ймовірність легеневих, ендокринних та неврологічних патологій [15], [2].

Тривога є досить поширеним корелянтом стресогенних факторів. Гострий або ж хронічний травматичний вплив здатен викликати тривожні розлади.

Усунення тригера суттєво не впливає на хвилювання, а має лише короткостроковий заспокійливий ефект. Тривожні розлади по-різному впливають на емоційну складову особистості, залежно від того, який саме це розлад. Люди з тривожними розладами перебувають у двох крайностях: уникають ситуацій, що викликали тривогого, або погіршують подію і свій особистий стан песимістичним ставленням [17],[7].

Відповідно, тривожні розлади є невротичним станом, який характеризується нетиповими емоційними реакціями внаслідок генетичної зумовленості або травматичних подій. Характерною ознакою осіб з тривожними розладами є байдужість до інших, схильність до пасивної поведінки, порушення емоційної регуляції [35]. Такі характеристики особистості отримує, як побічний ефект механізму уникнення. Тривожні думки часто ведуть до порушення циклу сну-неспанья, переважно у вигляді безсоння [9]. Раптові панічні атаки супроводжуються відчуттям нестачі повітря, смертельного страху і втрати самоконтролю. Через це втрачаються соціальні зв'язки в наслідок труднощів спілкування з оточуючими та неможливості виконувати соціальні функції.

Окрім тривалого періоду наявності переживань, критерієм тривожних розладів є занепокоєння людини, яке не пропорційно відповідає ситуації, що його викликала. Постійне передчуття небезпеки зумовлює тривале напруження організму, що веде до пригнічення (виснаження) адаптаційних можливостей людини. Адже стресові ситуації ми не просто переживаємо, а пристосовуємось до них. Тривале напруження відбирає багато ресурсу, і тим самим підкріплюється механізм уникнення.

Як підсумок, тривожні розлади часто спричинені травмою, мають складну природу й суттєво порушують емоційне, фізичне та соціальне функціонування людини.

У Європі тривожні розлади спостерігаються у 14% людей віком від 14 до 65 років. Тривожні розлади посіли четверте місце у високорозвинених країнах

серед усіх психічних та соматичних захворювань, що мають найбільший негативний вплив на життя людей [15].

Жінки зазвичай частіше страждають від тривожних розладів, ніж чоловіки, зазвичай у співвідношенні 3:2. Більшість тривожних розладів зароджуються у період дитинства, підліткового та раннього дорослого віку. У дітей шкільного віку це зазвичай тривога розлуки, яка характеризується хвилюванням, пов'язаним із відвідуванням закладів освіти. Такий розлад може бути підґрунтям для формування панічного розладу у дорослому віці. Більшість соціальних фобій виникають у віці до 20 років (середній вік на момент початку захворювання -16 років). Зазвичай агорафобія зароджується в пізньому підлітковому віці і до раннього зрілого (середній вік на момент початку захворювання -29 років). Тож симптоматика тривожних розладів, що спостерігається у людей літнього віку, потребує діагностики соматичних захворювань, впливу психоактивних речовин та наявності коморбідних психічних захворювань [2].

Основним у конструюванні тривоги і страхів є частина лімбічної системи, а саме амігдала, гальмівну дію на мигдалеподібне тіло чинять ділянки префронтальної кори та фронтальної частини поясної звивини. Медіаторами симптоматики тривожних розладів є норадреналін, серотонін, дофамін та гаммааміномасляна кислота. Деякі дослідження свідчать, що вивільнення дофаміну в лімбічній системі є запорукою хорошого самопочуття, а його зниження може провокувати тривогу.

Вегетативні симптоми, що супроводжують тривожні розлади, залежать від симпатичної нервової системи. Переважно тривожні розлади не спричинені органічними ураженнями центральної нервової системи, а є функціональними розладами психіки. Важко сказати, що є ключовим фактором появи тривожних розладів, тому розглядають генетичні передумови та вплив навколишнього середовища.

Тривожні розлади можна віднести до комплексних генетичних, де патогенні чинники довкілля взаємодіють із різноманітними варіаціями хромосомних локусів. Наявність спорідненості з людьми, що мають панічний розлад, суттєво збільшує шанси розвитку цієї патології. При генералізованому тривожному розладі та специфічних фобіях роль генів припадає на діапазон від 30% до 67%. Травматичні життєві події можуть підсилити наявні генетичні агенти, проте, з іншого боку, ефективні стратегії подолання та безпечні зв'язки можуть підвищити резильєнтність [2],[15].

Однією із теорій розвитку тривожних розладів є психодинамічна, що пояснює порушення через призму конфлікту імпульсивного потягу Ід та Его. Ід обумовлює виникнення внутрішньої тривоги, прориваючись крізь бар'єри Его. Когнітивна теорія пояснює тривогу як схильність до гіперболізації небезпеки. Одна з найвідоміших – сиротонінова теорія, що базується на порушенні роботи сиротонінової системи. Висока тривожність позитивно корелює із зміненим геном, який кодує транспортний білок серотоніну, та зі швидкістю його синтезу. Активність серотоніну при симптомах тривоги може бути різною. Високий рівень в мигдалені супроводжується панічним станом. Низький рівень не гальмує тривогу, та проявляється стійкими фобіями і унікаючим типом поведінки. Інша теорія – катехоламінована. Зміна рівня норадреналіну, що синтезується в наднирниках, відіграє визначальну роль у виникненні тривожних розладів. Зниження концентрації серотоніну та норадреналін посилює секрецію кортизолу [11].

Отже, складна природа тривожних розладів зумовлена поєднанням генетичних, нейробіологічних та психосоціальних факторів, і формуються вони переважно в дитинстві або юності.

Тривожні розлади класифікують за стандартами міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) або за Американським класифікатором (DSM-5), де вони включають розлади, що мають симптоматику надмірного страху та тривоги, а також пов'язані із ними поведінкові розлади.

У МКХ-11 основними тривожними розладами є:

Генералізований тривожний розлад (6B00). Людина з цим розладом відчуває постійну напругу, адже має високий рівень загальної тривоги, і він є перманентним. Переживання охоплюють всі сфери життя і перетікають від однієї в іншу кожного дня. Постійна тривога не є обґрунтованою і поступово погіршує якість життя. Всі аспекти життя потрапляють у «павутин»у розладу. Зазвичай ГТР проявляється в поєднанні з іншими соматичними чи психіатричними станами. Під час оцінки стану пацієнта враховується наявність надмірної тривоги на різноманітні теми щонайменше 6 місяців. Тривога відчувається як дуже складне для контролю явище. Переживання у дітей та дорослих мають здатність легко переходити з однієї теми на іншу. Крім того, розлад супроводжується щонайменше трьома фізичними або когнітивними симптомами (у дітей лише один з симптомів необхідний для діагностики ГТР): роздратованість, швидка втомлюваність, порушена концентрація, м'язовий біль, погана якість сну [2],[14].

Панічний розлад (6B01). Близько 5% людей страждають на цей розлад, середній вік його виникнення 20-24 роки. ПР характеризується регулярними панічними атаками, що виникають раптово. Люди зазвичай бояться повторних панічних атак, тому уникають тих ситуацій, які, на їхню думку, можуть їх спричинити. Панічні атаки також можуть виникати у здорових людей або під час інших тривожних розладів чи депресивних станів. Для встановлення діагнозу ПР напади мають виникати несподівано впродовж тривалого часу і викликати страх наступних епізодів або уникаючу поведінку. Крім вразливості до раптових панічних атак, люди є чутливими до певних зовнішніх тригерів і відчують занепокоєння, адже раніше в таких умовах був напад. Часто пацієнти з ПР реагують підвищеною тривогою на фармакологічні засоби, оскільки незначні побічні ефекти сприймаються як загроза і викликають страх втрати контролю через препарати. Дослідники припускають, що панічний розлад може являти собою стан хронічної гіпервентиляції. Генетичні дослідження вказують на

успадкованість фенотипу панічних розладів. Можливо, саме ці фактори ускладнюють лікування, адже механізм виникнення ПР є доволі заплутаним. Інколи панічна атака може імітувати серйозні захворювання. Під час нападу поєднуються фізіологічні та психологічні симптоми. Фізіологічні: пришвидшене серцебиття, підвищене потовиділення, відчуття задухи, біль у грудях, відчуття запаморочення, оніміння або тремтіння, озноб або приплив жару, нудота або біль у животі. Психологічні: гостре відчуття відстороненості, страх втрати контролю, страх смерті.

Агорофобія (6B02). Можна описати як страх і занепокоєння перед ситуаціями чи місцями, де можна зазнати панічної атаки. Людина боїться, що не отримає допомоги або не зможе втекти і опинитись в пастці. Страх перед початком панічної атаки змушує уникати натовпів, громадських місць, торгових центрів, відкритих просторів. Страх є невідповідним реальній ситуації і змінює життя впродовж 6 місяців. Якщо не лікувати агорофобію, вона може бути дуже вираженою, і людина не зможе виходити з дому.

Спецефічна фобія (6B03). Це сильний страх перед певним об'єктом, твариною, ситуацією чи діяльністю. Є безліч фобій: арахнофобія, акрофобія, таласофобія, трипофобія та інші. Страх є досить стійким та надмірним, як правило, об'єкт занепокоєння не є шкідливим. Люди розуміють, що їх переживання перебільшені, але не можуть їх контролювати. Фобії можуть змінювати поведінку, наприклад, страх публічних виступів не дає можливості повністю себе реалізувати.

Соціально тривожний розлад (6B04). Діагностується у менш ніж 5% пацієнтів. Надмірний страх викликають соціальні ситуації, в яких можна стикнутись з осудом та засудженням з боку інших. Люди з цим розладом можуть відчувати дискомфорт та переживання під час спілкування з іншими і бояться опинитись у центрі уваги. Люди з СТР можуть вважати, що їх постійно обговорюють, принижують та дивляться зверхньо. Цей розлад ускладнює комунікацію і значно впливає на професійну діяльність, навчання та інші сфери

життєдіяльності. Простежується високий ризик алкогольної чи наркотичної залежностей. Травматичний досвід або нестача соціальних навичок, що ведуть до повторюваних негативних переживань, можуть трансформуватись у соціально тривожний розлад. Вважається, що соціальна фобія є продуктом взаємодії біологічних, генетичних та зовнішніх факторів. З іншого боку соціальна фобія може бути симптомом глибокого внутрішнього конфлікту.

Сепараційний тривожний розлад або тривожний розлад розлуки (6B05). Характеризується надмірним занепокоєнням через розлуку з близькими людьми або місцем, де є сильна емоційна прив'язаність. Людина постійно турбується про втрату важливої для неї особи, неохоче проводить час без неї і важко переживає розлуку. Зазвичай симптоми проявляються у дітей та підлітків, які відчують страх перед сепарацією від батьків і рідної домівки. У дітей таке відчуття стабільне щонайменше чотири тижні, у дорослих від 6 місяців. У дорослих цей розлад більш критично впливає на функціонування в побутовому житті.

Селективний мутизм (6B06). Втрачається здатність говорити в певних соціальних ситуаціях, проте сама здатність розмовляти присутня в інших контекстах. Селективний мутизм є рідкісним тривожним розладом і найчастіше проявляється у дитячому або юнацькому віці. Однак приблизно у третини пацієнтів у зрілому віці зберігаються стійкі симптоми. Діагностичне оцінювання проводять лише після вступу у школу. Особи легко комунікують у родинному оточенні, проте можуть мати труднощі говорити серед незнайомих. У випадках відсутності фонетичних проявів (кашель, плач, сміх тощо) у будь-якій ситуації, оперують терміном «повний мутизм» [15], [21].

У МКХ-11 передбачені коди для розладів, які не підпадають під чіткі критерії. **Інші визначені тривожні або фобічні розлади (6B0Y)** -використовується, коли симптоми тривоги є клінічно значущими, але певною мірою не відповідають жодному з основних розладів. **Розлади пов'язані з тривогою і страхом, не уточнені (60BZ)** - код використовується якщо немає

достатньої клінічної інформації або діагноз на момент звернення ще не має остаточно сформованої структури [21],[2], [15].

Також тривожні розлади можуть існувати окремо, проте за часто вони коморбідні, поєднуватись між собою або з розладами депресивного спектру. ТР можуть підвищувати ризик розвитку інших психічних захворювань, зокрема депресії або розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Епідеміологічно це описують терміном «послідовна коморбідність». Крім того, ПТСР часто супроводжується симптомами тривожних та депресивних розладів [15].

1.2 Вплив тривожності на різні сфери життя особистості.

Психогенез особистості ґрунтується на пізнанні та осмисленні навколишнього світу. Людина формує свою роль у світі на основі попереднього досвіду, знань та вмінь, морально-етичних принципів. Все це є продуктом взаємодії трьох окремих блоків: психічних функцій, структури цінностей та механізмів захисту. Через тиск тривожності внутрішні механізми змінюються, і поведінка вимушено спрямовується на досягнення внутрішнього гомеостазу організму та емоційного балансу. Такі зміни психіки супроводжуються симптомами клінічних розладів, вегетативними порушеннями, перешкоджаючи соціальній взаємодії та розвитку.

Тривожні розлади –це не лише індивідуальні медичні порушення окремої особи, вони відіграють вагомий соціальний вплив, адже люди з ТР мають велику ймовірність розвитку супутніх захворювань. Це може бути наслідком впливу нейроендокринних та нейроімунних факторів, або на пряму пов'язуватись з нервовою стимуляцією (наприклад, гіпертензія чи серцева аритмія [2],[4].

Неконтрольована тривога може призвести до панічних атак, які спонукають людину відмовитись від звичних дій через страх повторення нападу.

Це вимагає багато часу та зусиль для планування справ, з урахуванням уникнення можливих небезпечних ситуацій. Часто тривожні розлади у дорослих та підлітків супроводжуються зловживанням психоактивних речовин, ігроманією та іншими видами адиктивної поведінки. Чверть всіх людей, що потерпають від тривожних розладів, не до кінця усвідомлюють наявності сформованих психічних розладів, оскільки психоактивні речовини притупляють і маскують симптоми. Тривога поступово починає впливати не лише на психічне, але й на фізичне здоров'я, переходячи у хронічний стан. Підвищення захворюваності та смертності серед населення може корелювати із збільшенням тривожних розладів. Наприклад, соціальний тривожний розлад значно знижує якість життя, через значні функціональні порушення і часто поєднується з великим депресивним розладом чи атиповою депресією. Важкі ТР мають тенденцію обтяжуватись вторинними розладами настрою. Таке поєднання підвищує ймовірність суїцидальних нахилів. Крім того, коморбідні фобії, як правило, є більш серйозними, ніж чисті фобії [13], [2].

Навіть у випадку максимальної відстороненості від небезпеки, тривога не лише уявне відчуття загрози. Вона спонукає уникати ситуації, що викликають неприємні фізичні відчуття. Будь-які нові місця та маршрути, знайомства та робота здаються настільки небезпечними, що людина просто відмовляється від значної частини життя.

Тривожність має вагомий вплив на фізичне здоров'я людини. Оскільки наш організм тісно пов'язаний із психікою, різні емоційні стани можуть викликати зміни у функціонуванні різних систем та органів. Це стосується порушень у нервовій, серцево-судинній та імунній системах [18].

Отже, тривожні розлади порушують психічну й фізичну рівновагу особистості, знижують якість життя та спричиняють серйозні соціальні й соматичні наслідки.

Люди з тривожними розладами та підвищеною тривогою загалом схильні переоцінювати небезпеку і сприймати типову ситуацію, як загрозливу. Така оцінка активує підготовку організму до реакції «бий або тікай». Однак реальні події не завжди потребують такої реакції, і згодом адаптивна реакція перетворюється на не адаптивну. Тривога має спільні нейронні шляхи з відчуттям болю і часто виникає разом із ним, загострюючи сприйняття болю та збільшуючи ризик інвалідизації. Постійне збудження нервової системи може проявлятися у вигляді фізичних симптомів, а саме: головний біль, нудота м'язова напруга, тремор. Активізується гормональна реакція на стрес: гормони періодично діють на тіло та мозок, що, в свою чергу, веде до порушення пам'яті та концентрації через негативний вплив на гіпокамп [13].

Тривожність є вагомим фактором розвитку серцево-судинних захворювань. При ішемічній хворобі серця тривога підвищує ризик формування серйозних серцевих порушень та підвищує ризик смертності. Особливо небезпечними симптоми тривожних розладів є для осіб з уже наявними порушеннями серцево-судинної системи. Тахікардією часто сильно перешкоджаючи нормальній роботі серця і створюючи ризик раптової зупинки. Підвищений артеріальний тиск, хронічна артеріальна гіпертензія сильно виснажує серцевий м'яз та підвищує ризик ішемічної хвороби серця і серцевої недостатності. Підвищується смертність після інфаркту через зниження варіабельності серцевого ритму. Взаємозв'язок симпатичної та парасимпатичної НС та її вплив на нормальне функціонування серця відображається саме у варіабельності серцевого ритму. За даними більшості досліджень, тривожні розлади пов'язані із зниженням варіабельного серцевого ритму, що можна розглядати як фактор негативного впливу на здоров'я серцево-судинної системи. Тривожні стани є розповсюдженим явищем серед людей із серцево-судинними захворюваннями. Цей зв'язок підкреслює важливість діагностики тривожних розладів у пацієнтів із порушенням роботи серцево-судинної системи [19].

Виходячи з цього, тривожність значно підвищує ризик серцево-судинних ускладнень і смертності, особливо в осіб із вже наявними серцевими захворюваннями, через порушення серцевого ритму та тиску.

Тривога сильно порушує структуру та якість сну. Тривожні думки часто виникають перед сном, коли є менше зовнішніх стимулів. Оскільки мозок обробляє інтенсивний потік думок, підвищується адреналін та кортизол, що ускладнює засинання. Тривога порушує не лише процес засинання, але й змінює послідовність фаз сну. Люда менше часу перебуває у фазі глибокого сну, частіше прокидається та має неспокійну фазу швидкого сну. Як наслідок, після 7-8 годин організм не встигає повноцінно відновитись, і людина відчуває втому та розбитість. Порушення циркадних ритмів при тривозі змінює секрецію гормонів та порушує обмін речовин. Сильно потерпає імунна регуляція організму, що зменшує опірність організму перед вірусами та інфекціями [18].

Тож, тривога погіршує сон, виснажує організм та знижує опірність імунної системи.

Тривожність має великий вплив на соціальну взаємодію та комунікацію. Перманентна тривога змінює сприйняття соціальних ситуацій, що може погіршувати якість взаємодії з оточуючими. Уникнення зустрічей чи телефонних дзвінків, щоб мінімізувати публічність тривоги, створює прірву у відносинах з близькими. Перебільшене відчуття осуду, страх критики, нерозуміння та неприйняття робить соціальну взаємодію дуже виснажливою та підсилює відчуття самотності. Оскільки через тривогу людина стає більш замкненою, оточуючі можуть сприймати таку поведінку як ворожу чи байдужу, що може стати причиною конфліктних ситуацій. Проте у деяких людей тривога приймає форму залежності від партнера і сильного страху його втрати. Після кожного соціального контакту людина глибоко аналізує свої висловлювання та дії, акцентує увагу на помилках і сильно себе критикує, що підкріплює страх взаємодії [20].

Характерної рисою тривожних людей є контроль - прагнення контролювати все, що їх оточує. Контроль може стосуватись різних життєвих обставин, інших людей чи власної поведінки (здоров'я, зовнішнього вигляду, харчування тощо). Гіперконтроль викликає сильний стрес, адже не завжди вдається керувати різними сферами життя, що лише підсилює тривожність.

Таким чином, тривожність ускладнює соціальні контакти, посилює самокритику й потребує контролю, що ізолює і виснажує людину.

Зниження ефективності через страх помилок. Багато ресурсу людина витрачає на перевірки та планування, зациклюючись на дрібницях. Людині може бути складно звернутись за допомогою, важко приймати рішення та проявляти ініціативу. Розвивається надлишковий перфекціонізм та прокрастинація, через що виконання завдань стає вкрай важким. Ці фактори негативно впливають на професійну діяльність людини і її продуктивність.

Оскільки тривожна людина важко сприймає невизначеність, будь-які зміни даються їй дуже важко. Людина ухиляється від участі у життєвих ситуаціях, які викликають тривогу, і може щиро вважати, що відмовляється від прогулянки через несприятливі погодні умови, не їде у відпустку через фінансову нестабільність чи стан здоров'я. Парадоксально, та навіть під час відпочинку тривожна особа не здатна розслабитись, адже її постійно супроводжують тривожні думки, почуття провини за неефективне використання часу або страх перед майбутніми подіями. Це у свою чергу підсилює втому і психоемоційне виснаження [1].

Можна сказати, що тривожність знижує загальну продуктивність, ускладнює прийняття рішень і заважає повноцінному відпочинку.

1.3 Війна як стресовий фактор у формуванні тривожних розладів українців

Військовий конфлікт зачепив і травмував усе населення України. Складні умови сприяли глобальному переосмисленню цінностей, успіхів та надбань. Люди формують інше ставлення то рідних та близьких, по-іншому оцінюють свою роль у соціальній структурі. Підвищений вплив стресових факторів потребує гнучких адаптаційних можливостей особистості для кращого збереження психічного здоров'я. Під час війни половина населення мають потребу у психологічній допомозі, оскільки негативний вплив охоплює сферу психічного і фізичного здоров'я, економічну безпеку та політичну стабільність. Оскільки повномасштабне вторгнення агресора значною мірою призупинило економічний розвиток країни, це негативно відобразилось у житті громадян і призвело до збільшення зовнішньої та внутрішньої міграції.

Важливо розуміти і віддалені наслідки війни, з якими суспільство може стикнутись через кілька років. Статистичні дані ВООЗ повідомляють, що через збройні конфлікти у світі близько 10% осіб, що зазнали прямого впливу подій, у майбутньому стикнуться із серйозними психічними проблемами, ще у 10% спостерігатимуться поведінкові зміни [6].

Війна в Україні вплинула на різні аспекти життя суспільства. До негативних чинників впливу війни на психіку належить: страх бойових дій, погіршення матеріального стану, хронічний стрес, дефіцит кваліфікованої допомоги, вимушена міграція. Реальна загроза для життя і вимушені зміни життєвих принципів підвищили рівень соціальної фрустрованості. Втрата близьких, соціальна ізоляція, брак достовірної інформації, виснаження ресурсів залишили негативний відбиток на психіці здорових людей. [9],[22].

Фонова тривога провокує постійний потік думок і занепокоєння, яке виникає важко придушити. Після стресових подій підвищена частота нав'язливих думок може сильно заважати нормальному функціонуванню людини та суттєво погіршувати якість сну. Крім того, ситуація в Україні підвищує ймовірність початку світових збройних конфліктів і може викликати у людей відчуття безнадії та апатії [16],[25].

Відповідно до критеріїв МКХ-11, розлади можуть виникати не тільки через прямий вплив травматичних подій, але й опосередковано. Отже, люди, що спостерігають наслідки війни через соцмережі, можуть зазнати психологічної травматизації. Інформаційна відкритість підвищує рівень стресу навіть без прямої участі в бойових діях. Брак достовірних джерел інформації, пропаганда та цілодобовий доступ до жорстоких кадрів війни суттєво корелюють із рівнем тривоги у людей [22].

Після повномасштабного вторгнення населення стикнулось з постійними сиренами повітряних тривог, наслідками пошкодження інфраструктури, бомбардуваннями та артилерійським вогнем, втратою майна чи цінних активів. Відсутність психоедукації та готовності до катастроф, брак соціальної підтримки та негативні навички подолання ймовірно негативно вплинули на психічне здоров'я українців. Закономірність поширеності тривоги також залежить від географічних регіонів. Більша ймовірність тривожних станів спостерігається на сході України, оскільки є безпосередній вплив воєнних дій на людей. [37], [33].

Суттєвою проблемою є соціальна стигматизація, страх перед осудом та дискримінацією. Необізнаність в службах допомоги підкріплює негативний вплив тривоги на психіку. Важливо розуміти, що населення є неоднорідною групою, і це ускладнює спроби персоналізованого підходу до виявлення, попередження та лікування тривожних розладів. Люди, що повідомляли про досвід прямих збройних нападів, сексуального насильства, фізичного насильства тощо, демонструють вищий рівень тривоги. Часто головним фактором розвитку психічних розладів є фінансова незахищеність [27], [28].

Отже, війна спричинила масштабний дистрес серед населення, що проявляється у підвищеній тривожності, порушенні соціальної взаємодії та погіршенні фізичного здоров'я. Хронічний стрес, втрата близьких, вимушене переміщення, інформаційне перенасичення та фінансова нестабільність стали основними чинниками розвитку тривожних розладів.

Інтенсивність впливу війни також залежить від таких факторів, як стать, вік та умови життя. Зазвичай жінки повідомляють про більшу тривогу та занепокоєння і відрізняються від чоловіків типом розладу. Проте, у стресових ситуаціях жінки та чоловіки виявляють схожий рівень занепокоєння. Таким чином, традиційна гендерна динаміка тривоги трансформується під час війни. До одного із ключових факторів зміни динаміки можна віднести ролі та обов'язки, що лежать на чоловіках у воєнний час. Призов на службу та тиск органів виконавчої військової влади, створює додатковий тиск на чоловіків. Крім того, ті, хто займає не військові посади, стикаються із відчуттям провини, сорому та соціального тиску. Разом із відчуттям патріотизму і стереотипами про чоловічу силу ці емоції сприяють підвищенню тривожності. Кореляція між провиною, соромом та тривогою суттєво впливає на психічне здоров'я, навіть без прямої участі у бойових діях. Враховуючи, що чоловікам важче виражати свої емоції і просити допомоги, внутрішній тиск зростає і посилює страх та тривогу. Комбінація психологічних, соціальних та біологічних факторів під час війни може посилювати тривожні тенденції у чоловіків [36]. З іншого боку, на поширеність афективних симптомів у жінок впливає брак гуманітарної допомоги, ризики безробіття, нестача підтримки у догляді за дітьми. Поширеними є випадки затримки чи загибелі чоловіків на службі, через що жінки залишаються без підтримки партнера і часто вимушені самотійно виховувати дітей та підтримувати фінансову стабільність родини.

Таким чином, жінки та чоловіки під час війни стикаються з різними джерелами стресу та тривожності, проте обидві групи зазнають значного емоційного навантаження і змушені адаптуватися до нових реалій, що підкріплює розвиток тривожних розладів [37],[27].

Військовий конфлікт створює ризики розвитку тривожних станів не лише у дорослих, але й у дітей. У дітей спостерігаються порушення сну та нічні кошмари, знижується потреба в соціальній взаємодії та інтерес до навчання. Це веде до соціально-психологічної дезадаптації і може призвести до психічних

розладів та порушення роботи психіки. Значній травматизації піддаються діти без супроводу, діти-сироти. Вони схильні відчувати тривогу розлуки, часто не мають засобів виживання чи документів. Маючи негативний досвід прямих воєнних дій, вони змушені долати труднощі адаптації до нового середовища, культури чи мови, а також стикатись з горем загибелі рідних. Важливою проблемою є тенденція вербувати дітей з метою використання їх у військових цілях, часто змушуючи їх діяти проти волі. На окупованих територіях і в зонах активних бойових дій поширеним є насильство проти дітей та підлітків [27].

Вплив війни, життя в зонах активних обстрілів, вимушена міграція підвищує загрози фізичному та психологічному здоров'ю дітей, обмежуючи задоволення потреб та розвиток. Здоров'я дітей страждає не лише від прямого насильства, але й від: обмеженої медичної допомоги, брак продуктів харчування тощо. Додатковим тиском для психічного здоров'я дітей є вимушена міграція і втрата домівки. Часто діти вимушені розлучатись з одним чи обома батьками, що підвищує ризик тривалого занепокоєння.

Війна значною мірою погіршує якість навчання дітей. Часті перерви у навчальному процесі та зміни шкільного середовища викликають тривожність щодо здобуття знань та майбутнього [6].

Як підсумок, війна серйозна впливає на психіку дітей, спричиняючи порушення сну, соціальну дезадаптацію, тривогу розлуки та ризик психічних розладів.

Високий рівень тривоги спостерігається і у людей похилого віку. Зазвичай літні люди не можуть покинути зони бойових дій і залишаються на одинці без опікунів. Відсутність підтримки, належного догляду, брак медичної допомоги підвищують ризик серйозних психологічних розладів. Проте люди віком від 18 до 40 років частіше повідомляють про проблеми з психічним здоров'ям і частіше відповідають симптомам ГТР. Респондентів старших 60 років важче опитати та продіагностувати, крім того, літні люди у силу своїх переконань та стереотипів

рідше самостійно звертаються до спеціалістів. Що ускладнює розуміння поширеності тривожних розладів у людей старшої вікової групи [30], [27].

Отже, у літніх людей тривожність підвищена, але рідко виявляється через ізоляцію та небажання звертатися до спеціалістів.

Частіше тривожні розлади спостерігаються у біженців. Вони важче адаптуються до інших культур і відчують відірваність від своєї громади, що спричиняє сильний стрес. Фінансова нестабільність та кар'єрна нереалізованість у чужій країні також підсилюють тривожні стани. Ті, хто залишились на постійному місці проживання, відчують нижчий рівень тривоги та стресу. Пряму військову загрозу українці сприймають менш травматично, ніж втечу з дому та країни. Люди, які покинула країну на початку повномасштабного вторгнення, яскравіше переживають тривогу та провину, оскільки спостерігають лише гіперболізовану медійну сторону війни і не мають змоги розділити схожі переживання з оточуючими [28].

У результаті, біженці частіше переживають тривогу через втрату дому, ізоляцію та труднощі адаптації.

Вагомий вплив війна має і на професійну діяльність, зокрема на профдеформацію, емоційне вигорання та розвиток тривожних розладів. Найбільш вразливою є сфера медичного забезпечення. Медики та парамедики часто стикаються із важкими пораненнями та травмами військових і цивільних. Робота медика –це постійне зіткнення із стражданнями та смертю, що підвищує рівень особистої тривоги і може трансформуватись у стійкі симптоми розладів, пов'язаних із стресом. Поширеність тривожних розладів частіше спостерігається у медиків, тоді як парамедики зазвичай мають вищий ризик розвитку ПТСР. Забезпечення першої медичної допомоги безпосередньо на полі бою, потребує готовності до надзвичайних ситуацій, що посилює психічну вразливість [34].

Значного емоційного навантаження зазнають працівники в галузі науки та освіти. Невизначеність і нестабільність освітнього процесу, дистанційна форма

навчання в умовах обстрілів, робота з дітьми, що перебувають у стані психологічної травми – усе це створює передумови для підвищеної тривожності. Крім того, викладачі та вчителі є своєрідною емоційною підтримкою для дітей, що може створювати додатковий тиск на їхній психічний стан та виснаження ресурсів. Тривога у викладачів може мати довгострокові наслідки, не лише для індивідуального благополуччя, але й для якості наукових досліджень під час та після війни [36].

З тривогою стикаються і представники інших професій: рятувальники, правоохоронці, соціальні працівники, психологи та волонтери. Ці групи перебувають під тиском відповідальності, загрози життю, втратами та необхідністю швидкого реагування у кризових ситуаціях. Робота в умовах підвищеного ризику є підґрунтям для формування тривожних розладів. Таким чином, війна не лише загострює наявні труднощі у професійній діяльності, але й примушує до адаптації професійних навичок в умовах перманентної загрози.

Таким чином, війна сприяє зростанню тривожності та емоційного вигорання серед працівників соціально значущих професій.

Багато досліджень спрямовані на військовослужбовців західних збройних сил, які локалізуються за кордоном. Українські військові переживають вторгнення агресора у свою країну, що є особливо травмуючим фактором. Відчуття потреби захисту своєї нації, культури та родини межує із страхом смерті. Внутрішня мета та жага до перемоги може служити захисною функцією психіки і зменшувати негативний вплив тривоги. Важливим є час перебування у зоні бойових дій. Військовослужбовці регулярної армії, мали вищий рівень тривожності, ніж ті, хто був у запасі регулярної армії чи у добровольчих батальйонах [32]. Збройні конфлікти мають гострий і хронічний вплив на психіку, який важко виміряти під час бою. Оскільки повномасштабне вторгнення потребує залучення не лише професійних військових, але й цивільних, це підвищує ризик поширення психічних розладів громадян. Нестача військової та психологічної підготовки, зумовлена критичною ситуацією в країні та

дифіцитом ресурсів, підвищує ризик отримання глибокої психологічної травми. Така травма за своєю інтенсивністю та тривалістю може бути набагато серйознішою, ніж у людей з ефективними стратегіями подолання стресу. Наявність тривожних розладів та симптомів ПТСР, невротичні розлади, розлади адаптації і депресивні розлади, часто супроводжується алкогольною чи наркотичною залежністю, що дає оманливе відчуття свободи від симптомів. Крім того, військовослужбовці стикаються із проблемами після повернення з фронту у цивільне життя: порушення сну, кошмари, флешбеками, примирення із фактом вбивства іншої людини та провина вцілілого тощо [26].

Підсумовуючи, українські військові переживають глибоку психологічну травму через участь у бойових діях, нестачу підготовки та складну адаптацію після повернення, що підвищує ризик тривожних розладів і ПТСР.

Проте, попри всі труднощі українці продовжують демонструвати стійкість до травматичних подій, що можна пояснити їхніми сімейними цінностями та прив'язаністю до дому. Люди намагаються жити у нових реаліях, використовуючи деякі дезадаптивні стратегії поведінки, які були ефективними на ранніх етапах війни. Крім того, люди із загальною самоефективністю мають вищу стійкість до стресу. Самоефективність розглядається як важлива складова в управлінні складними ситуаціями, відповідно, люди відчувають менший вплив стресу та тривоги [25].

Висновок до 1-го розділу

Тривожні розлади є одними з найпоширеніших психічних порушень у сучасному суспільстві, що характеризуються стійким відчуттям тривоги, нав'язливими думками, соматичними проявами та емоційною напругою. Генералізований тривожний розлад, панічні атаки, соціальна тривожність, сепараційний тривожний розлад та специфічні фобії є найбільш поширеними формами тривожних станів, що виникають у відповідь на травматичні події.

Вони суттєво впливають на повсякденне життя особистості, ускладнюючи адаптацію до зовнішніх стресорів та знижуючи здатність до соціальної взаємодії. Тривога має комплексний вплив на фізичне здоров'я, провокуючи порушення у роботі серцево-судинної, нервової та імунної систем, що підвищує ризик соматичних захворювань, погіршує якість сну, знижує здатність до концентрації та погіршує пам'ять. Психоемоційний вплив тривожних розладів виражається у постійному відчутті небезпеки, емоційній нестабільності та страху перед майбутнім. Це не лише погіршує суб'єктивне відчуття благополуччя, а й обмежує здатність до продуктивної діяльності та побудови соціальних зв'язків.

Війна в Україні виступає потужним стресогенним фактором, що значно підвищує ризик розвитку та загострення тривожних розладів серед населення. Постійна загроза життю, страх за безпеку близьких, вимушена міграція, втрата домівки та руйнування інфраструктури створюють умови для формування хронічної тривожності. У період війни особливо вразливими є діти, люди похилого віку та внутрішньо переміщені особи. Постійне перебування у стані невизначеності, обмежений доступ до медичної допомоги, відсутність базової безпеки та підтримки підсилюють відчуття безпорадності та соціальної ізоляції. Крім того, інформаційний тиск через медіа, постійні повідомлення про обстріли, втрати та руйнування формують фон тривоги навіть серед тих, хто не перебуває у зоні активних бойових дій.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ СХИЛЬНОСТІ ДО ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД УКРАЇНЦІВ У ПЕРІОД ВІЙНИ

2.1 Опис процедури дослідження та характеристика методик

Емпіричне дослідження було проведено в онлайн-форматі. Участь у ньому взяли 60 респондентів віком від 18 до 50 років. Нижче подано розподіл респондентів за віком та статтю (див. рис 2.1, 2.2).

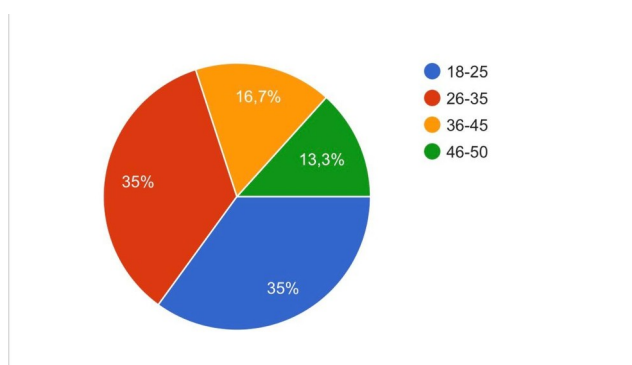


Рис. 2.1. Розподіл опитуваних за віком

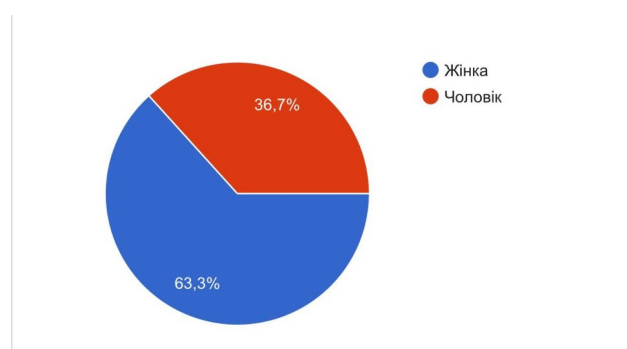


Рис. 2.2. Розподіл опитуваних за статтю

У дослідженні було використано наступні методики: шкала тривожності Спілберга-Ханіна, шкала психологічної стійкості CD-RISC-10, а також методика «BASIC Ph» для діагностики стилю поведінки під час перебування у несприятливих обставинах (копінг-стратегії).

Аби виміряти рівень тривожності, була використана шкала тривожності Спілберга-Ханіна. Методика широко використовується у клінічній, освітній та науковій практиці. Вона дає змогу визначити рівень реактивної та особистісної тривожності. Складається з 40 тверджень, поділених на два блоки по 20 питань. Відповіді респондентів оцінюються за чотирибальною шкалою. Реактивна тривожність відображає реакцію на конкретну стресову ситуацію, тоді як особистісна – є стабільною індивідуальною характеристикою, що вказує на схильність до сприйняття широкого кола ситуацій як загрозливих. Високі показники за шкалами свідчать про підвищений рівень тривожності, що може мати дезадаптивний характер.

Також, для дослідження психологічної стійкості була використана шкала CD-RISC-10. Адаптована скорочена версія шкали резильєнтності, створеної К.Коннором і Дж.Девідсоном у 2003 році. Складається з 10 тверджень, які оцінюються за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де більш високий бал вказує на більший рівень психологічної стійкості. Шкала вимірює здатність особистості ефективно адаптуватися до стресу, долати труднощі, швидко відновлюватися після кризових подій та зберігати продуктивність у складних життєвих умовах. CD-RISC-10 є валідним і надійним інструментом, що активно застосовується у дослідженнях резильєнтності, зокрема в умовах війни чи катастроф.

З метою дослідити використання певних допінг-стратегій було використано методику «BASIC Ph», розроблену ізраїльськими психологами – Муліца Лахадом, Охадом Лазарусом та Ітамаром Роговом у 1980-1990-х роках. Їхня мета полягала у створенні ефективної інструментальної моделі для роботи з людьми, які переживали стресові події, зокрема – з дітьми та дорослими в умовах війни, терористичних атак, стихійних лих чи соціальних криз. Модель BASIC Ph базується на припущенні, що кожна людина має індивідуальну комбінацію шести основних копінг-ресурсів, які допомагають їй адаптуватися до стресових ситуацій. Назва методики – це аббревіатура перших літер цих ресурсів: В – Beliefs (переконання, релігійні чи філософські установки, сенси, цінності); А – Affect

(емоційне вираження, переживання, здатність ділитися почуттями); S –Social (соціальна підтримка, контакти, допомога з боку оточення); I –Imagination (творчість, символічне мислення, метафори, фантазії, мрії); C –Cognition (когнітивні стратегії, логічне мислення, планування, аналіз); Ph –Physiology (фізична активність, тілесне розвантаження, дії, спорт, рух). Методика дозволяє визначити, які ресурси переважають у респондента під час подолання стресових ситуацій. Кожен блок оцінюється за низкою запитань або тверджень. Методика широко використовується у психотерапії та кризовому консультуванні, особливо в роботі з травмованими людьми, зокрема в умовах війни.

2.2 Аналіз отриманих результатів

На цьому етапі дослідження здійснено описовий статистичний аналіз отриманих емпіричних даних. Метою аналізу є виявлення загального рівня тривожності, психологічної стійкості та домінуючих копінг-стратегій серед опитаних осіб. Представлені результати дозволять встановити характерні психологічні особливості вибірки, здійснити їх первинну інтерпретацію. Розгляд проводиться окремо для кожної методики, що застосовувалась в межах дослідження.

Для оцінки рівня тривожності було використано методику Спілберга-Ханіна, що дозволяє оцінити рівень реактивної та особистісної тривожності. Наведено узагальнені результати (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Показник	РТ	ОТ
Мінімум	29	26
Максимум	59	60
Середнє (М)	41,73333333	41,95
Стандартне відхилення	6,326838775	8,371429587
Медіана	42	41,5
Кількість респондентів	60	60

У результаті встановлено, що рівень реактивної тривожності (РТ) серед респондентів коливається від 29 до 59 балів, а особистісної тривожності (ОТ) – від 26 до 60 балів. Середнє значення РТ становить 41,73 бали при стандартному відхиленні 6,33, що свідчить про помірний рівень ситуативної тривожності з помірною варіативністю відповідей. Середній показник ОТ становить 41,95 бали ($SD=8,37$), що також свідчить про середній рівень стійкої тривожності, однак з дещо більшою варіативністю. Медіанні значення для обох шкал майже збігаються із середнім, що вказує на відносно симетричний розподіл результатів у вибірці. Загалом отримані результати свідчать про переважання помірного рівня тривожності серед досліджуваних осіб.

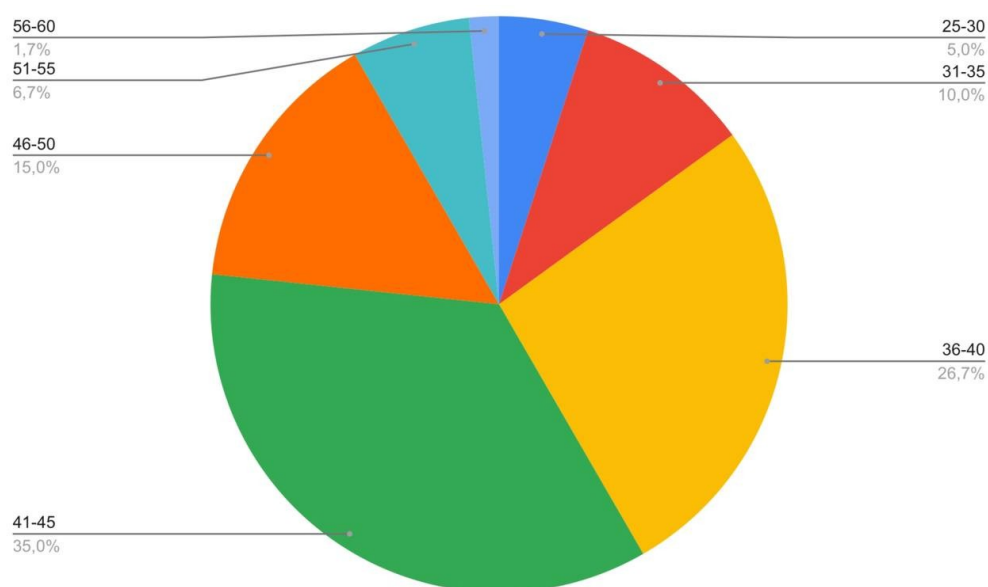


Рис 2.3 Аналіз реактивної тривожності (РТ)

Рисунок 2.3 демонструє розподіл респондентів за рівнем реактивної тривожності. Найбільше респондентів (35%) мають показник у межах 41-45 балів, що свідчить про переважання помірного рівня ситуативної тривожності. Ще 26,7% опитуваних потрапили в діапазон 36-40 балів, що також відповідає середньому рівню. Водночас спостерігається певна частка респондентів (15%) із вищими показниками (від 46 до 50 балів), що може свідчити про підвищену емоційну реактивність на зовнішні обставини.

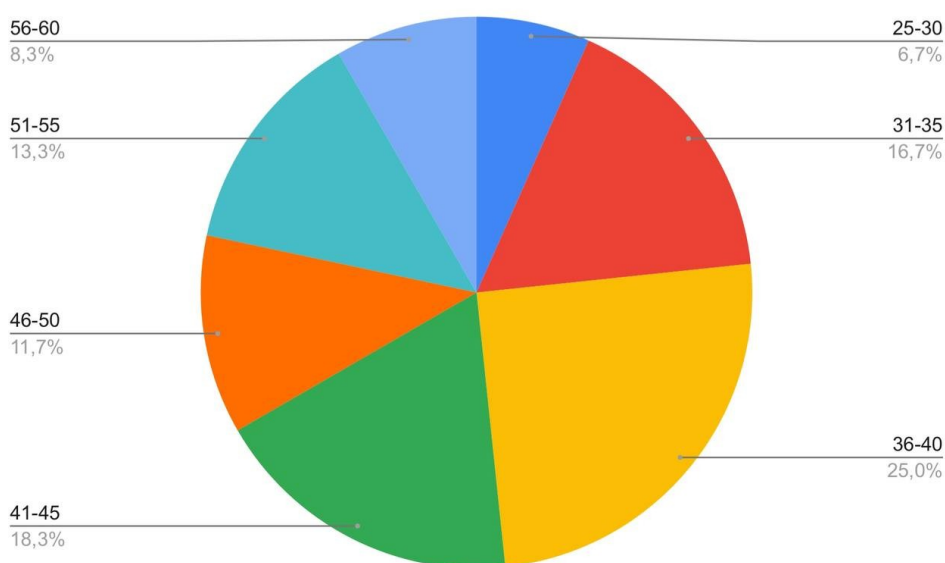


Рис. 2.4 Аналіз особистісної тривожності (ОТ)

Рисунок 2.4 ілюструє розподіл респондентів за рівнем особистісної тривожності. Найбільше учасників (25%) мають показник в межах 36-40 балів. Більшість респондентів загалом характеризуються помірним рівнем тривожності, тоді як високі показники (51-60 балів) мають 21,6% опитаних. Це вказує на емоційну стабільність більшості респондентів.

Отже, результати за методикою Спілберга-Ханіна свідчать про переважання помірного рівня як реактивної, так і особистісної тривожності серед опитаних.

З метою оцінки рівня психологічної стійкості респондентів було використано скорочену версію шкали Коннора-Девідсона, яка дозволяє виміряти

здатність людини адаптуватися до стресу. Максимально можливий бал за шкалою становить 40, що відповідає високому рівню резильєнтності.

Таблиця 2.2

Описова статистика результатів за шкалою стресостійкості Коннора-Девідсона

Показник	Сума балів
Мінімум	14
Максимум	40
Середнє (М)	26,15
Стандартне відхилення	6,196302661
Медіана	26
Кількість респондентів	60

У результаті аналізу встановлено, що кількість балів, набраних респондентами, коливається в межах від 14 до 40, що охоплює як низький, так і високий рівень резильєнтності. Середнє значення становить 26,15 бала, що свідчить про середній рівень стресостійкості серед більшості опитаних. Стандартне відхилення 6,20 вказує на помірну варіативність у рівнях психологічної стійкості. Значення медіани (26) майже збігається із середнім, що вказує на симетричний розподіл результатів у вибірці.

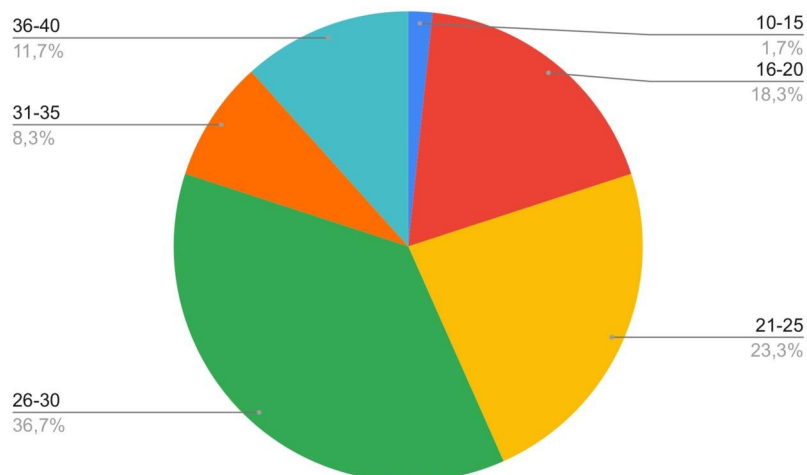


Рис. 2.5 Розподіл стресостійкості респондентів

Як видно з рисунка 2.5, найбільша частка респондентів (36,7%) має показники у межах 26-30 балів, що відповідає середньому рівню стресостійкості. Другу за чисельністю групу становлять учасники з балами 21-25 (23,3%) та 16-20 (18,3%). Значно менше осіб демонструють високий рівень резильєнтності (36-40 балів -11,7%) або дуже низький (10-15 балів -1,7%).

Отримані дані свідчать про те, що більшість респондентів демонструють помірну здатність до адаптації у стресових ситуаціях, із незначною часткою осіб, що мають як знижений, так і підвищений рівень стресостійкості.

У межах дослідження також було використано методику BASIC Ph, що спрямована на виявлення провідних копінг-стратегій. Модель передбачає шість основних каналів: В (цінності/філософія), А (афекти), S (соціальні зв'язки), І (креативність), С (інтелект), Ph (тіло).

Таблиця 2.3

Описова статистика показників копінг-стратегій за моделлю BASIC Ph

Показник	В	А	S	І	С	Ph
Мінімум	2	3	1	0	8	4
Максимум	33	29	29	30	35	32
Середнє значення	20,13333333	15,96666667	15,21666667	15,4	23,33333333	17,08333333
Стандартне відхилення	6,499914529	6,332368348	6,841275872	7,38286304	6,961002482	6,283023865
Медіана	20	16	15	15	24	16
Кількість респондентів	60	60	60	60	60	60

У таблиці 2.3 наведено описові статистики за шістьма копінг-стратегіями моделі BASIC Ph. Найвищий середній показник спостерігається за каналом С (когнітивна стратегія) –23,33 бала, що вказує на схильність респондентів використовувати логічне мислення, аналіз і раціоналізацію як провідні стратегії подолання стресу. Другим за середнім значенням є канал В (переконання, віра) – 20,13 бала, що також свідчить про важливу роль філософських переконань та

життєвої позиції у процесі адаптації. Найнижчі середні значення мають канали S (соціальна підтримка) –15,97 бала та I (уява, творчість), що вказує на менш активне використання цих ресурсів у вибірці. Медіанні значення в більшості каналів є близькими до середніх, вказуючи на відносно симетричний розподіл результатів. Стандартне відхилення варіюється від 6,28 до 8,41, що свідчить про помірну варіативність вираженості копінг-стратегій серед респондентів.

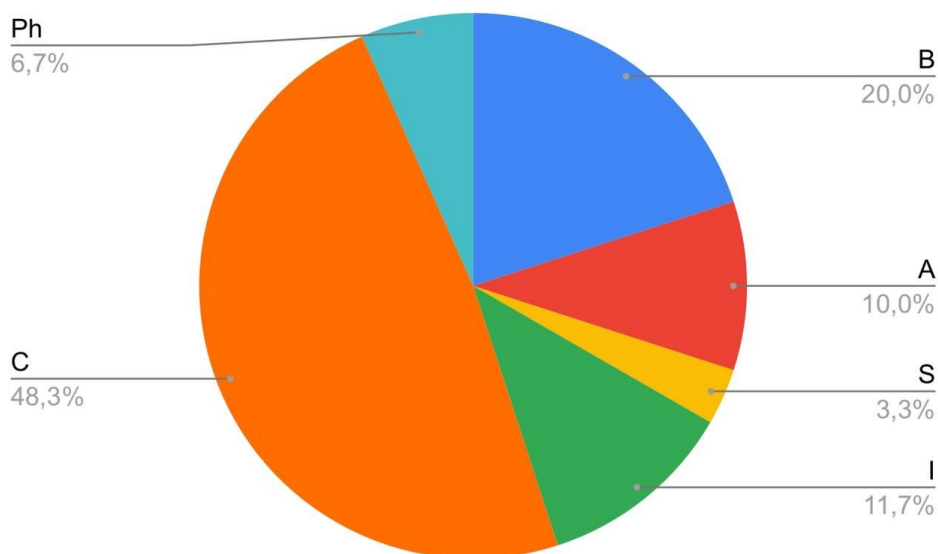


Рис. 2.6 Домінантні копінг-стратегії серед респондентів

На рисунку 2.6 зображено доміантні копінг-стратегії респондентів. Найчастіше опитані використовують когнітивну стратегію (C) –48,3% та переконання і віру (B) –20%. Інші стратегії, такі як творча (I) –11,7%, емоційна (A) –10%, тілесна (Ph) –6,7% і соціальна (S) –3,3% зустрічаються рідше.

Результати свідчать, що респонденти найчастіше покладаються на когнітивні (C) та перекональні (B) копінг-стратегії. Когнітивна стратегія має найвищий середній показник і є доміантною майже у половини опитаних. Соціальні та тілесні зустрічаються рідше.

2.3 Кореляційний аналіз

Згідно з результатами кореляційного аналізу, реактивна тривожність (RT) позитивно корелює кількома копінг-стратегіями за методикою BASIC Ph. Зокрема, встановлено помірний прямий зв'язок між рівнем реактивної тривожності та емоційною стратегією ($r = 0,363$; $p < 0,01$), що свідчить про схильність людей із вищим рівнем ситуативної тривожності виражати свої емоції, ділитися переживаннями та реагувати афективно. Також наявна статистично значуща позитивна кореляція з соціальною стратегією ($r = 0,329$; $p < 0,05$), що вказує на опору на соціальну підтримку в умовах підвищеної тривожності. Виявлено зв'язок і з використанням стратегії уяви ($r = 0,359$; $p < 0,01$), тобто залучення творчого мислення, фантазії або символічних образів як способу подолання тривожності. Крім того, виявлено прямий зв'язок із фізіологічною стратегією ($r = 0,344$; $p < 0,01$), що може свідчити про потребу в тілесному розвантаженні, фізичній активності або прояві тривоги на тілесному рівні.

Натомість зі стратегією переконання ($r = -0,064$; $p > 0,05$) та когнітивною стратегією ($r = -0,093$; $p > 0,05$), зі зростанням рівня реактивної тривожності знижується використання когнітивних стратегій та стратегій переконання. Такі дані свідчать про те, що люди у стані тривоги менш схильні залучати раціональне мислення, планування чи звертатись до власних переконань як способу подолання стресу. Також між реактивною тривожністю та рівнем психологічної стійкості (резильєнтності) виявлено практично відсутній кореляційний зв'язок ($r = 0,003$; $p > 0,05$), що дозволяє зробити висновок: ситуативно тривожність не залежить безпосередньо від загального рівня адаптаційного ресурсу.



Рис. 2.7 Кореляційні зв'язки реактивної тривожності з рівнем психологічної стійкості та копінг-стратегіями

Особистісна тривожність (ОТ) продемонструвала іншу картину взаємозв'язків. Передусім було встановлено обернений зв'язок з психологічною стійкістю ($r = -0,228$; $p < 0,05$), що свідчить про те, що чим вищий рівень особистісної тривожності, тим нижчою є здатність особистості протистояти тривалому стресу та адаптуватися до складних життєвих обставин. Це дозволяє розглядати резильєнтність як захисний чинник щодо хронічної тривожності.

Натомість між особистісною тривожністю та копінг-стратегіями спостерігаються переважно прямі зв'язки. Найсильніший з них – зі стратегією уяви ($r = 0,477$; $p < 0,01$), що може свідчити про залучення образного або фантазійного мислення для компенсації тривожного стану. Значущі позитивні зв'язки також зафіксовано з емоційною стратегією ($r = 0,392$; $p < 0,01$), соціальною стратегією ($r = 0,362$; $p < 0,01$) та фізіологічною стратегією ($r = 0,428$; $p < 0,01$), що вказує на виражене тілесне, емоційне та соціальне реагування осіб із хронічною тривожністю.

Крім того, із когнітивною стратегією виявлено статистично значущий обернений зв'язок ($r = -0,301$; $p < 0,05$), що дозволяє припустити, що особистісна тривожність пов'язана зі зниженим рівнем логічного осмислення ситуацій, аналізу та планування. Зі стратегією переконань зв'язок є дуже слабким і статистично незначущим ($r = 0,022$; $p > 0,05$).

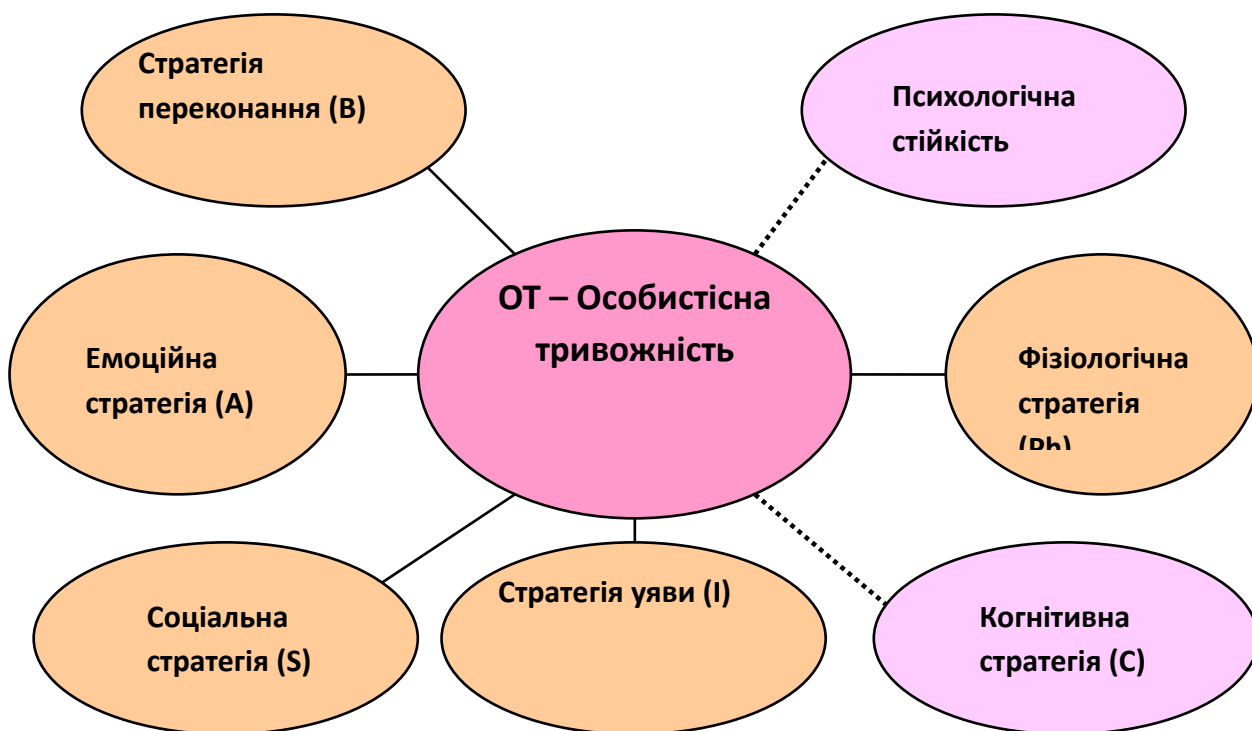


Рис. 2.8 Кореляційні зв'язки особистісної тривожності з рівнем психологічної стійкості та копінг-стратегіями

2.4 Порівняльний аналіз

З метою виявлення відмінностей у рівнях реактивної та особистісної тривожності, психологічній стійкості та використання копінг-стратегій залежно від стану і респондентів було проведено порівняльний аналіз (t-критерій Стьюдента) для незалежних вибірок. У результаті статистичного аналізу

встановлено, що жінки (група 1) мають вищий середній показник реактивної тривожності ($M = 42,84$; $SD = 6,40$), ніж чоловіки (група 2; $M = 39,82$; $SD = 6,01$). Проте ця відмінність не є статистично значущою ($p > 0,05$). Схожа тенденція спостерігається і в особистісній тривожності: жінки мають вищий середній бал ($M = 44,05$), ніж чоловіки ($M = 41,62$), але й ця різниця не досягає статистичної значущості ($p > 0,05$). Це свідчить про відносну рівність рівнів тривожності серед жінок і чоловіків у вибірці.

Щодо рівня психологічної стійкості, жінки в середньому демонструють нижчі показники ($M = 27,26$), ніж чоловіки ($M = 28,64$), що теж не є статистично значущим ($p > 0,05$).

Аналіз копінг-стратегій показав, що лише одна стратегія – соціальна (S) – виявила статистично значущу різницю між групами за статтю ($p = 0,043$). Жінки частіше використовують соціальні ресурси під час подолання стресу ($M = 20,95$), ніж чоловіки ($M = 17,24$). Інші стратегії не показали статистично значущих відмінностей, хоча жінки переважно демонструють вищі середні значення за всіма шкалами, крім фізіологічної.

Загалом, аналіз за статтю дозволив виявити загальні тенденції у рівнях тривожності, резильєнтності та копінг-стратегії. Хоча більшість відмінностей між чоловіками і жінками не виявили статистичної значущості, соціальна стратегія виявилась винятком. Це свідчить про обмежений, але все ж наявний вплив статі на деякі аспекти переживання тривоги та подолання стресу.

Таблиця 2.4

Середні значення (M) та стандартні відхилення (SD) показників залежно від статі респондентів

	Жінки ($M \pm SD$)	Чоловіки ($M \pm SD$)
Реактивна тривожність (RT)	$42,84 \pm 6,40$	$39,82 \pm 6,01$
Особистісна тривожність (OT)	$42,84 \pm 8,84$	$40,41 \pm 7,66$
Психологічна стійкість (CD-RISC)	$27,26 \pm 5,89$	$24,23 \pm 6,52$
Стратегія переконань (B)	$20,58 \pm 7,33$	$19,36 \pm 5,02$

Емоційна стратегія (А)	17,11 ± 6,08	14,00 ± 6,56
Соціальна стратегія (S)	16,58 ± 6,73	12,86 ± 6,70
Стратегія уяви (І)	16,32 ± 7,24	13,82 ± 7,69
Когнітивна стратегія (С)	23,58 ± 7,39	22,91 ± 6,48
Фізіологічна стратегія (Ph)	17,79 ± 6,540	15,86 ± 5,914

З метою виявлення вікових відмінностей у рівнях тривожності та психологічної стійкості було проведено одно факторний дисперсійний аналіз для показників реактивної (RT) та особистісної (OT) тривожності, а також резильєнтності (CD-RISC). Результати аналізу не виявили статистично значущих відмінностей між віковими групами: для RT – $F(3,56) = 1,94$, $p = 0,133$; для OT – $F(3,56) = 1,46$, $p = 0,235$; для психологічної стійкості – $F(3,56) = 1,47$, $p = 0,707$.

Отже, можна зробити висновок, що в межах вибірки не зафіксовано істотного впливу віку на рівень тривожності чи здатності до адаптації. Проте зафіксовані тенденції можуть слугувати підґрунтям для подальшого дослідження із залученням ширшої вибірки.

Таблиця 2.5

Середні значення (M) та стандартні відхилення (SD) показників тривожності й психологічної стійкості в різних вікових групах респондентів

	Реактивна тривожність (RT) M ± SD	Особистісна тривожність (OT) M ± SD	Психологічна стійкість (CD-RISC) M ± SD	К-сть респондентів
18-25	44,19 ± 6,49	44,38 ± 7,35	27,05 ± 6,26	21
26-35	39,62 ± 6,16	39,67 ± 8,23	26,05 ± 6,80	21
36-45	41,7 ± 5,38	40,00 ± 7,01	24,2 ± 3,12	10
46-50	40,88 ± 6,69	44,00 ± 12,08	26,5 ± 8,04	8

У межах порівняльного аналізу було здійснено оцінку відмінностей у рівнях реактивної та особистісної тривожності, психологічної стійкості та використання допінг стратегій за статтю та віковими групами респондентів. Отримані результати не виявили статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками, а також між віковими групами. Водночас спостерігались

певні тенденції: жінки продемонстрували дещо вищі середні показники тривожності та нижчий рівень резильєнтності порівняно з чоловіками. Окрім того, було виявлено незначну, але помітну різницю у використанні соціальної копінг-стратегії: жінки частіше звертаються до соціальних ресурсів під час подолання стресу. У віковому розрізі найвищі показники тривожності були зафіксовані у групі 18-25 років, що може вказувати на вразливість молодших респондентів до ситуативних стресових чинників.

Висновки до 2-го розділу

У другому розділі представлено емпіричну частину, що охоплює опис вибірки, характеристику методик, а також результати описового, кореляційного та порівняльного аналізів.

Після описового аналізу було встановлено, що загалом у вибірки переважає середній рівень як реактивної так і особистісної тривожності, при цьому деякі респонденти демонструють підвищені показники. Рівень психологічної стійкості переважно знаходиться на середньому рівні, але з достатньо широким розкидом, що свідчить про індивідуальні відмінності у здатності до адаптації. У структурі копінг-стратегій найчастіше респонденти використовували когнітивну та перекональну стратегії, рідше – фізичну та соціальну, що вказує на переважання внутрішніх способів опрацювання стресу і схильність до логічного осмислення.

За даними кореляційного аналізу, було виявлено статистично значущі взаємозв'язки між рівнем тривожності, психологічною стійкістю та копінг-стратегіями. Зокрема, реактивна тривожність позитивно корелює з використанням емоційної та тілесної копінг-стратегії, а також обернено – з когнітивною та поведінковою. Натомість особистісна тривожність показала обернений зв'язок із рівнем резильєнтності, що свідчить про зниження адаптаційного ресурсу в осіб із хронічно підвищеною тривожністю. Отримані

зв'язки дозволяють зробити висновок про взаємозалежність між інтенсивністю тривоги, ресурсом стресостійкості та обраними стратегіями подолання.

У рамках порівняльного аналізу було досліджено відмінності в досліджуваних показниках залежно від статі та віку. Статистично значущих відмінностей не виявлено, однак спостерігалися тенденції до вищих рівнів тривожності серед жінок, а також дещо нижчих показників резильєнтності. Крім того, жінки частіше, ніж чоловіки, вдаються до соціальної копінг-стратегії, що може свідчити про більшу схильність до використання підтримки з боку оточення. У віковому аспекті найвищі рівні тривожності спостерігалися у групі 18-25 років, проте загальні відмінності не досягли статистичної значущості.

Отримані результати дозволяють підтвердити висунуту гіпотезу про те, що рівень тривожності в українців може залежати від рівня стресостійкості та використання копінг-стратегій. Результати кореляційного аналізу свідчать про те, що тривожні стани тісно пов'язані як з індивідуальними адаптаційними ресурсами, так і з обраними механізмами подолання стресу.

ВИСНОВКИ

Метою даного дослідження було вивчення схильності до тривожних розладів серед українського населення в умовах війни, з урахуванням рівня психологічної стійкості та особливостей застосування копінг-стратегій. У роботі було висуното гіпотезу про те, що рівень тривожності залежить від рівня стресостійкості (резильєнтності) та обраних людиною стратегій подолання стресу. У процесі дослідження ця гіпотеза підтвердилась: встановлено наявність кореляційних зв'язків між тривожністю, психологічною стійкістю окремими копінг-стратегіями, що свідчать про взаємозалежність цих психологічних конструкцій.

У першому розділі було здійснено огляд теоретичних джерел, присвячених проблематиці тривожності, її проявів та чинників, які впливають на її формування. Висвітлено вплив тривожності на різні сфери життя, зокрема на фізичне та психічне здоров'я, а також на міжособистісні стосунки, професійну діяльність і загальне функціонування особистості. Особлива увага приділяється дослідженню тривожних розладів у контексті воєнної травматизації, порушень адаптаційних механізмів і впливу стресу на психічне здоров'я. Наголошено, що війна є потужним тригером розвитку тривожних і стресових розладів як у цивільних, так і у військових. Особливо вразливими до дії травматичних факторів є внутрішньо переміщені особи, діти та молодь, люди похилого віку.

У другому розділі описано організацію емпіричного дослідження, яке проводилося на вибірці населення України віком від 18 до 50 років. Застосовано три методики: шкалу тривожності Спілберга-Ханіна (для вимірювання реактивної та особистісної тривожності), шкалу Коннора-Девідсона (оцінка рівня психологічної стійкості) та опитувальник BASIC Ph (виявлення провідних копінг-стратегій).

Описовий аналіз засвідчив, що більшість респондентів демонструють середній рівень тривожності, помірну резильєнтність та переважне використання когнітивної та перекональної копінг-стратегії, що свідчить про наявність адаптаційного ресурсу навіть в умовах хронічного стресу. Серед компонентів моделі BASIC Ph найчастіше використовуваною стратегією виявилась когнітивна (C), а найменш застосовуваною – соціальна (S) та фізична (Ph).

Кореляційний аналіз дозволив виявити суттєві зв'язки між тривожністю, резильєнтністю та копінг-стратегіями. Зокрема, було встановлено обернений зв'язок між особистісною тривожністю та психологічною стійкістю, що вказує на зниження адаптаційного потенціалу при хронічно високій тривозі. Також реактивна та особистісна тривожність показали прямі зв'язки з емоційною та фізичною копінг-стратегіями, а також негативні зв'язки з когнітивною та перекональною, що підтверджує гіпотезу про важливість конструктивних стратегій у регуляції тривожних станів.

Порівняльний аналіз за статтю показав відсутність статистично значущих відмінностей у рівнях тривожності, резильєнтності та більшості копінг-стратегій між чоловіками та жінками. Проте було виявлено тенденцію до частішого використання жінками соціальної копінг-стратегії. Аналіз за віковими групами також не виявив статистично значущих відмінностей, що може свідчити про універсальний характер тривожних проявів незалежно від віку в умовах хронічної травматизації.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило взаємозв'язки між тривожністю, психологічною стійкістю та копінг-стратегіями. Отримані результати можуть бути використані при розробці психопрофілактичних і психокорекційних програм, спрямованих на зниження рівня тривожності, розвиток конструктивних стратегій подолання стресу та зміцнення особистісної резильєнтності в умовах війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Азарова О. Наслідки та вплив тривоги на життя [Електронний ресурс] // azarova-aleks.com. 2021. URL: <https://azarova-aleks.com/uk/naslidky-ta-vplyv-tryvogy-na-zhittja/>
2. Барна О. М., Аліфер О. О. Тривожні розлади як новий виклик сучасному суспільству // Ліки України. 2022. № 1(257). С. 17–22. URL: [10.37987/1997-9894.2022.1\(257\).264284](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2022.1(257).264284)
3. Ван дер Колк Б. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому / пер. з англ. А. Цвіра. Харків: Віват, 2022. 624 с.
4. Вноченко Н. М. Тривожність як чинник негативного впливу на життєдіяльність молоді в умовах воєнного стану / наук. кер. Шпортун О. М. Вінниця: КЗВО «Вінницька академія безперервної освіти», 2023. 7 с.
5. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
6. Дядюра Т. М. Вплив війни та вимушеного переселення на психічне здоров'я дітей і підлітків // NeuroNews: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2024. № 8(153). С. 16–19. URL: [https://neuronews.com.ua/ua/archive/2024/8\(153\)/pages-16-19](https://neuronews.com.ua/ua/archive/2024/8(153)/pages-16-19)
7. Животовська А.І., Ісаков Р.І., Рудь В.О., Мартиненко Я.П. Клінічні прояви тривожних розладів із диссомнічними порушеннями в залежності від рівня психологічного стресу // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. 2023. № 4 (55). С. 20–22.
8. Заболоцька С. І. Особливості тривожних розладів // Інклюзивна освіта: проблеми, досвід, перспективи: зб. тез наук.-практ. конф. Хмельницький, 2024. С. 37–39.
9. Зеленська К. О., Толстая Т. Ю. Тривожні розлади у структурі стрес-асоційованих розладів у вимушених переселенців // Експериментальна і клінічна

медицина. 2021. Т. 90, № 3. С. 64–69. [URL: https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.3.zet](https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.3.zet)

10. Кирашек Н. О., Ковальова О. В. Тривожні стани особистості // Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції (25–26 жовтня 2024 р.). Київ: Ліра-К, 2024. С. 126–128.

11. Мартинюк В. Ю. Нейробіологічні основи депресії та тривожного розладу. Принципи консервативного лікування // NeuroNews: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2019. № 10 (111). С. 34–36. URL: [https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/10\(111\)/pages-34-36](https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/10(111)/pages-34-36)

12. Мартинюк О. Особливості корекції тривожних станів у молодших школярів // Scientific Opinions on Modern Methods of Solving Problems. Psychology. 2023. С. 236–237.

13. Медведєва О. Тривога і тривожність [Електронний ресурс] // Простір Психологів. 2023. 28 лютого. URL: <https://psychology.space/psypedia-post/tryvoga-i-tryvozhnist/>

14. Настанови щодо лікування розладів тривожного спектра // НейроNEWS. – 2019. № 4 (105). С. 44–49. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/4%28105%29/pages-44-49/nastanovi-shchodo-likuvannya-rozladiv-trivozhnogo-spektra>

15. Омельченко А., Ткаченко В. Тривожні розлади: особливості перебігу, діагностування та лікування // NeuroNews: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2019. Т. 10, № 111. С. 37–40. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/10%28111%29/pages-37-40>

16. Орос М. М. Вплив війни на людину. Зміни психіки та характеру в умовах воєнного стану // Український медичний часопис. 2023. № 2 (154). С. 1–7.

17. Романюк І. Р. Вплив підвищеної тривожності та тривожних розладів на серцево-судинну систему / наук. кер. О. Р. Бузанова // Фестиваль молодіжної науки 2024: зб. матеріалів (15–17 січня 2024 р.). Харків: ХНМУ, 2024. С. 154–155.
18. Тривожність: причини та вплив на фізичне та психічне здоров'я [Електронний ресурс] // Beautify.com.ua. 2023. 19 липня. URL: <https://beautify.com.ua/psychologia/tryvozhnist-prychyny-ta-vplyv-na-fizychne-ta-psykhichne-zdorov-ia>
19. Тривожність як фактор ризику розвитку серцево-судинних захворювань [Електронний ресурс] // Mozok.ua. 2023. URL: <https://mozok.ua/anxietydisorder/article/3168-trivozhnst-yak-faktor-riziku-rozvitku-sertcevosudinnih-zahvoryuvan>
20. Український психологічний ХАБ. Тривожний розлад і соціальне життя: як тривога впливає на взаємини [Електронний ресурс] // ПСИХОЛОГ. 2024. 20 серпня. URL: <https://www.psykholoh.com/post/тривожний-розлад-і-соціальне-життя-як-тривога-впливає-на-взаємини>
21. Федорець В.М., Шевченко Р.П. Психологічні особливості тривожних розладів та можливості їх корекції // Актуальні проблеми практичної психології: зб. наук. праць міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (17 травня 2024 р., м. Одеса). Одеса: ПДПУ ім. К.Д. Ушинського, 2024. С. 234–236.
22. Юр'єва Л. М., Пшінько І. О. Аналіз феноменів тривоги та депресії у перші тижні війни: гендерно-вікові аспекти // NeuroNews: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2022. № 3–4(134). С. 28–31. URL: [https://neuronews.com.ua/ua/archive/2022/3-4\(134\)/pages-28-31](https://neuronews.com.ua/ua/archive/2022/3-4(134)/pages-28-31)
23. Bürgin D., Anagnostopoulos D., Vitiello B., Sukale T., Schmid M., Fegert J. M., & the Board and Policy Division of ESCAP. Impact of war and forced displacement on children's mental health—multilevel, needs-oriented, and trauma-informed

approaches // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2022. Vol. 31, No. 6. P. 845–853. URL: <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01974-z>

24. Chiu H. T. S., Low D. C. W., Chan A. H. T., Meiser-Stedman R. Relationship between anxiety sensitivity and post-traumatic stress symptoms in trauma-exposed adults: A meta-analysis // *Journal of Anxiety Disorders*. 2024. Vol. 103. Article 102857. URL: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102857>

25. Greenglass E., Begic P., Buchwald P., Karkkola P., Hintsala T. Anxiety and watching the war in Ukraine // *International Journal of Psychology*. 2024. Vol. 59, № 2. P. 340–352. URL: <https://doi.org/10.1002/ijop.13099>

26. Haydabrus A., Santana-Santana M., Lazarenko Y., Giménez-Llort L. Current war in Ukraine: Lessons from the impact of war on combatants' mental health during the last decade // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, № 17. Article ID: 10536. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph191710536>

27. Jain N., Prasad S., Czárth Z. C., Chodnekar S. Y., Mohan S., Savchenko E., Panag D. S., Tanasov A., Betka M. M., Platos E., Świątek D., Krygowska A. M., Rozani S., Srivastava M., Evangelou K., Gristina K. L., Bordeniuc A., Akbari A. R., Jain S., Kostiks A., Reinis A. War psychiatry: Identifying and managing the neuropsychiatric consequences of armed conflicts // *Journal of Primary Care & Community Health*. 2022. Vol. 13. P. 1–11. URL: <https://doi.org/10.1177/21501319221106625>

28. Kurapov A., Danyliuk I., Loboda A., Kalaitzaki A., Kowatsch T., Klimash T., Predko V. Six months into the war: A first-wave study of stress, anxiety, and depression among in Ukraine // *Frontiers in Psychiatry*. 2023. Vol. 14. Article 1190465. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1190465>

29. Marschall A. Ознаки тривожно-залежного стилю прив'язаності [Електронний ресурс] // *Verywell Mind*. 2023. 3 травня. URL: <https://www.verywellmind.com/what-is-preoccupied-attachment-style-5214833>

30. Martsenkovskiy D., Shevlin M., Ben-Ezra M., Bondjers K., Fox R., Karatzias T., Martsenkovska I., Martsenkovskiy I., Pfeiffer E., Sascher C., Vallières F., Hyland P. Mental health in Ukraine in 2023 // *European Psychiatry*. 2024. Vol. 67. Article e18. URL: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.12>

31. Moran J. K., Jesusathan J., Schalinski I., Kumeyer C., Oertelt-Prigione S., Abels I., Stangier U., Starck A., Gutermann J., Zier U., Wollny A., Richter K., Krüger A., Schouler-Ocak M. Traumatic life events and association with depression, anxiety, and somatization symptoms in female refugees // *JAMA Network Open*. 2023. Vol. 6, № 7. Article e2324511. URL: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.24511>

32. Pavlova I., Graf-Vlachy L., Petrytsa P., Wang S., Zhang S.X. Early evidence on the mental health of Ukrainian civilian and professional combatants during the Russian invasion // *European Psychiatry*. 2022. Vol. 65, № 1. Article e79. C. 1–6. URL: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2335>

33. Riad A., Drobov A., Krobot M., Antalová N., Alkasaby M. A., Peřina A., Kořčík M. Mental health burden of the Russian–Ukrainian war 2022 (RUW-22): Anxiety and depression levels among young adults in Central Europe // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, № 14. Article 8418. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph19148418>

34. Rzońca, P., Podgóřski, M., Łazarewicz, M., Gałazkowski, R., Rzońca, E., Detsyk, O., & Włodarczyk, D. (2024). The prevalence and determinants of PTSD, anxiety, and depression in Ukrainian civilian physicians and paramedics in wartime – An observational cross-sectional study six months after outbreak. *Psychiatry Research*, 334, 115836. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115836>

35. Spytka, L. (2024). Anxiety and depressive personality disorders in the modern world. *Acta Psychologica*, 246, 104285. URL: <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104285>

36. Tsybuliak, N., Kolomiets, U., Lopatina, H., Popova, A., & Suchikova, Y. (2024). Anxiety among Ukrainian academic staff during wartime. *Scientific Reports*, 14, 27512. URL: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-78052-8>
37. Wang, S., Barrett, E., Hsiao-Rei Hicks, M., Martsenkovskyi, D., Holovanova, I., Marchak, O., Ishchenko, L., Haque, U., & Fiedler, N. (2024). Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: A cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Research*, 339, 116056. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116056>

ДОДАТКИ

Додаток А

«Методика діагностики рівня тривожності Спілберга-Ханіна»

Опитувальник СХ призначений для оцінки реактивної та особистісної тривожності. Особистісна тривожність розглядається авторами як відносно стійка індивідуальна якість особистості, яка характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційної напруги внаслідок дії стресових факторів.

Реактивна тривожність - це стан спеціаліста, який характеризує ступінь його занепокоєння, турботи, емоційної напруги та розвивається за конкретною стресовою ситуацією. Якщо особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, то стан реактивної тривожності може бути достатньо динамічним і за часом, і за ступенем вираженості.

Опитувальник Ч. Спілбергера складається з 40 питань-суджень, з котрих 1-20 призначені для оцінки реактивної тривожності та 21-40 - для визначення особистісної тривожності. На кожне запитання можливі 4 відповіді за ступенем інтенсивності (ні, не зовсім так; мабуть так; вірно; цілком вірно).

Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюється в таких межах: до 30 балів - низький рівень тривожності, від 31-45 балів - середній, більше 45 балів - високий рівень тривожності.

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених запитань і закресліть ту цифру справа, в залежності від того як Ви себе почуваєте в даний момент. Над запитанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

	Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
	1	2	3	4

Реактивна тривожність (РТ)

1. Я спокійний.
2. Мені нічого не загрожує.
3. Я напружений.
4. Я відчуваю співчуття.
5. Я відчуваю себе вільно.
6. Я прикро вражений.
7. Мене хвилюють можливі негаразди.
8. Я відчуваю себе відпочившим.
9. Я насторожений.
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення.
11. Я впевнений у собі.
12. Я нервую.
13. Я не знаходжу собі місця.
14. Я напружений (накручений в собі).
15. Я не відчуваю напруги і скованості.
16. Я задоволений.
17. Я заклопотаний.
18. Я занадто збуджений і мені ніяково.
19. Мені радісно.
20. Мені приємно.

Особистісна тривожність (ОТ)

21. Я відчуваю задоволення.
22. Я швидко втомлююсь.
23. Я легко можу заплакати.
24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші.
25. Буває, що я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення.
26. Я почуваю себе бадьорим.
27. Я спокійний, холоднокровний і зібраний.
28. Очікувані труднощі дуже непокоять мене.
29. Я занадто переживаю через дрібниці.
30. Я буваю повністю щасливий.
31. Я приймаю все занадто близько до серця.
32. Мені не дістає впевненості у собі.
33. Я почуваю себе в безпеці.
34. Я стараюсь обходити критичні ситуації і труднощі.
35. У мене буває хандра.

- 36. Я задоволений.
- 37. Всякі дрібниці відволікають та хвилюють мене.
- 38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути.
- 39. Я врівноважена людина.
- 40. Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи.

«Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10»

Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10 (Campbell-Sills & Stein, 2007; Школіна та ін., 2020), включає 10 найбільш інформативних пунктів повної шкали з 25 пунктів. Відповідно, вона складається з 10 тверджень, відповіді на які даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «повністю невірно» = 0 до «вірно майже у всіх випадках» = 4).

Інструкція: Вам пропонується оцінити себе за 10 твердженнями, обвівши кружечком відповідну цифру: 0 = повністю невірно 1 = зрідка вірно 2 = вірно час від часу 3 = часто вірно 4 = вірно майже у всіх випадках.

Рівень резильєнтності. Низький 0 – 15, Нижчий за середній 16 – 20, Середній 21 – 25, Вищий за середній 26 – 30, Високий 31 – 40.

1. Я здатен(-на) адаптуватися, коли відбуваються зміни.
2. Я можу справлятися з чим завгодно.
3. Я намагаюся побачити смішне у складних ситуаціях.
4. Справляюся зі стресом завдяки моїй попередній досвіду.
5. Я можу сконцентруватися і діяти ефективно, коли під тиском.
6. Я не здаюся навіть тоді, коли справи йдуть погано.
7. Я думаю про себе як про сильну особистість.
8. Я бачу труднощі як виклик.
9. Я можу залишатися спокійним(-ою), незважаючи на те, що відбувається.
10. Я можу долати неприємності і труднощі.

Шкала «BASIC Ph» для діагностики копінг-стратегій

Віра (Belief and values) акцент на релігійні вірування, віру у вищі сили, на надію, самого себе та людей, що надихають. Вірування будуть різні, але важливий сам факт наявності віри.

Емоції (Affect and emotion) важливість вираження емоцій, уміння їх змішувати, усвідомлювати власні почуття, давати їм вихід через розмови, малювання, музику та інші творчі канали. Можна записувати в щоденник свої почуття чи малювати їх.

Спілкування (Social) прагнення до спілкування. Ми можемо звертатися за підтримкою до сім'ї, до близьких чи до психологів. Ми можемо самі допомагати іншим постраждалим, занурюватися в суспільну роботу чи займати керівні посади. Тобто, важлива соціальна включеність: прагнення бути серед людей, почувати себе частиною системи, організації і т.п. Знайти в інших людях підтвердження, що ти живий, чимось корисний, на щось впливаєш.

Уява (Imagination) базується на творчих здібностях. Можна мріяти, імпровізувати, уявляти собі майбутнє, розвивати інтуїцію тощо. Практикувати рукоділля, гончарство тощо. Фантазія допомагає відволіктися від жорстокої реальності, проявити почуття гумору, знайти креативне рішення актуальних проблем.

Когніції (думки, розважливість) (Cognition and thought) логіка, ризики, планування, вибудовування стратегій – це дуже важливий пункт. Він допомагає скласти список переваг, збирати інформацію, вирішувати проблеми, розставляти пріоритети, вести внутрішній діалог із собою.

Фізична активність (Physiology and activities) спосіб стресодолання, що передбачає звернення до фізичної активності нашого тіла. Цей спосіб пов'язаний із такими можливостями нашого фізичного тіла, як здатність відчувати себе

завдяки органам чуття. Також фізичні навантаження (зарядка чи виконання фізкультурних комплексів, ходьба, прогулянка на природі, походи в гори тощо) та тілесні практики (релаксаційні техніки, дихальні вправи тощо).

Інструкція: Подумайте про себе, коли Ви знаходитеся в кризі чи сильному стресі, що Ви зазвичай робите, щоб допомогти собі впоратися з цим станом? Що, на Вашу думку, допомагає Вам найкраще, а що – незначною мірою? Зважте кожен вислів і поставте хрестик («х») у відповідній клітинці навпроти номера твердження, де цифри означають:

0 – ніколи не користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

1 – я рідко користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

2 – я іноді користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

3 – я періодично користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

4 – я часто користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

5 – я майже завжди користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

6 – я завжди користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

1. Я здаюся і покладаюся на долю у розв'язанні проблеми.

2. Я не говорю про свої емоції прямо, але виражаю їх опосередковано, приміром плачу, коли думаю про себе.

3. Я шукаю підтримки в людей.

4. Я фантазую і даю волю своїй уяві, наприклад уявляю себе у спокійному, безтурботному місці.

5. Я збираю інформацію, щоб переконатися, що у мене є найліпший варіант розв'язання проблеми.

6. Я їм або сплю менше/більше, ніж зазвичай.

7. Я вірю у власні сили і здатність долати перешкоди.

8. Я висловлюю почуття у власний завуальований спосіб — через натяки, сарказм або навіть флірт.

9. Я спілкуюся з друзями по телефону.

10. Я згадую свої улюблені історії, байки, притчі або казки — як спосіб пошуку розв'язання проблеми.
11. Я аналізую проблеми й намагаюся розв'язати їх.
12. Я постійно займаюсь фізичною працею, наприклад прибираю, готую їжу, працюю з деревом, ремонтую автомобіль тощо.
13. Моє кредо: «Я зможу пережити це, незважаючи ні на що».
14. Я не тримаю почуття всередині й звільняюсь від них через плач, сміх або крик.
15. Я намагаюся знайти підтримку в друга або членів моєї родини.
16. Коли я слухаю музику, то даю волю своїй уяві.
17. Я створюю спеціальний план і дію згідно з ним крок за кроком.
18. Я використовую вправи для релаксації.
19. Я прошу допомоги у Бога в молитві.
20. Я накручую себе емоційно, щоб посилити свою мотивацію.
21. Я глибоко занурююсь у взаємини з членами громади або організації, до якої я належу.
22. Я згадую часи, коли мені було ліпше, ніж зараз, або думаю про час, коли все зміниться на краще.
23. Насамперед, я намагаюся зрозуміти, що, власне, відбувається.
24. Я розслабляюся, коли роблю щось: приймаю душ або ванну, йду на прогулянку або бігаю.
25. Я опираюся на свої духовні переконання або на свою життєву філософію.
26. Я розповідаю або слухаю жарти і смішні історії..
27. Я шукаю людей, з якими можна провести час, нічим особливо не займаючись.
28. Я переглядаю спортивні змагання, фільми або читаю книжки, уявляючи себе на місці дійових осіб.
29. Я зважую всі можливі варіанти розв'язання проблеми і якщо змога — обираю найліпший із них.
30. Я намагаюся постійно займатися якоюсь фізичною діяльністю.
31. Моє кредо: «Те, що не вбиває мене, робить мене сильнішим».
32. Я даю вихід власним емоціям.
33. Я пишу листи та e-mail друзям і сподіваюсь отримати відповідь.
34. Я мрію та думаю про ліпші часи, уявляю їх.
35. Я намагаюся знайти розв'язання проблеми у найліпший спосіб, з тих, які знаю, обмірковую кожен з них.
36. Я виходжу з дому або намагаюся бути активним (-ою), аби позбутися надлишку енергії.

Опрацювання результатів. Чим більша сума балів, тим більш розвинутою є відповідна стратегія: В – віра, переконання, цінності; А – емоції, почуття; S – соціальні зв'язки, соціальна підтримка; І – уява, мрії, спогади; С – когнітивні стратегії; Ph – тілесні ресурси, фізична активність.

В	А	С	І	С	Ph
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36

Кореляційний аналіз

[illegible]

Порівняльний аналіз

Таблиця А.1

	group _sex	N	Середнє	Стд. відхилення	Стд. помилка середнього
rt	1	38	42,84	6,399	1,038
	2	22	39,82	6,013	1,282
ot	1	38	42,84	8,839	1,434
	2	22	40,41	7,657	1,633
resilienc e	1	38	27,26	5,894	0,956
	2	22	24,23	6,51	1,388
b	1	38	20,58	7,325	1,188
	2	22	19,36	5,019	1,07
a	1	38	17,11	6,08	0,986
	2	22	14	6,561	1,399
s	1	38	16,58	6,725	1,091
	2	22	12,86	6,7	1,428
l	1	38	16,32	7,241	1,175
	2	22	13,82	7,694	1,64
c	1	38	23,58	7,387	1,198
	2	22	22,91	6,48	1,382
ph	1	38	17,79	6,54	1,061
	2	22	15,86	5,914	1,261

Таблиця А.2

		Критерій рівності дисперсії Лівиня		t- критерій рівності середніх						
		F	Знач.	t	ст. св.	Значимість (2- стороня)	Різниця середніх	Стд. помилка відміннос ті	95% довірливий інтервал різниці середніх	
									Нижня границя	Верхня границя
rt	Передбачається рівність дисперсії	0,009	0,926	1,803	58	0,077	3,024	1,678	-0,334	6,382
	Рівність дисперсії не передбачається			1,833	46,275	0,073	3,024	1,65	-0,296	6,344

ot	Передбачається рівність дисперсії	1,886	0,175	1,077	58	0,286	2,433	2,259	-2,088	6,954
	Рівність дисперсії не передбачається			1,12	49,261	0,268	2,433	2,173	-1,933	6,799
resilience	Передбачається рівність дисперсії	0,033	0,857	1,85	58	0,069	3,036	1,641	-0,248	6,32
	Рівність дисперсії не передбачається			1,801	40,489	0,079	3,036	1,685	-0,369	6,441
b	Передбачається рівність дисперсії	3,134	0,082	0,689	58	0,494	1,215	1,764	-2,316	4,746
	Рівність дисперсії не передбачається			0,76	56,21	0,45	1,215	1,599	-1,988	4,418
a	Передбачається рівність дисперсії	0,19	0,664	1,852	58	0,069	3,105	1,677	-0,251	6,461
	Рівність дисперсії не передбачається			1,814	41,278	0,077	3,105	1,712	-0,351	6,561
s	Передбачається рівність дисперсії	0,212	0,647	2,065	58	0,043	3,715	1,799	0,114	7,317
	Рівність дисперсії не передбачається			2,067	44,123	0,045	3,715	1,797	0,093	7,337
l	Передбачається рівність дисперсії	0,136	0,714	1,258	58	0,213	2,498	1,985	-1,475	6,471
	Рівність дисперсії не передбачається			1,238	41,818	0,223	2,498	2,018	-1,575	6,57
c	Передбачається рівність дисперсії	0,135	0,715	0,354	58	0,725	0,67	1,895	-3,123	4,462
	Рівність дисперсії не передбачається			0,366	48,808	0,716	0,67	1,829	-3,006	4,346
ph	Передбачається рівність дисперсії	0,082	0,776	1,137	58	0,26	1,926	1,693	-1,464	5,315
	Рівність дисперсії не передбачається			1,169	47,688	0,248	1,926	1,648	-1,388	5,24

Таблиця А.3

Однофакторний дисперсійний аналіз						
		Сумма квадратів	ст.св.	Середній квадрат	F	Знч.
rt	Між групами	226,568	3	75,523	1,944	0,133
	Всередині груп	2175,165	56	38,842		
	Всього	2401,733	59			
ot	Між групами	305,231	3	101,744	1,461	0,235
	Всередині груп	3899,619	56	69,636		
	Всього	4204,85	59			
resilience	Між групами	56,145	3	18,715	0,466	0,707
	Всередині груп	2247,505	56	40,134		
	Всього	2303,65	59			

Таблиця А.4

group_age		rt	ot	resilience
1	Середнє	44,19	44,38	27,05
	N	21	21	21
	Стд.Відхилення	6,493	7,352	6,257
2	Середнє	39,62	39,67	26,05
	N	21	21	21
	Стд.Відхилення	6,16	8,23	6,801
3	Середнє	41,7	40	24,2
	N	10	10	10
	Стд.Відхилення	5,376	7,008	3,12
4	Середнє	40,88	44	26,5
	N	8	8	8
	Стд.Відхилення	6,686	12,083	8,036
Всього	Середнє	41,73	41,95	26,15
	N	60	60	60
	Стд.Відхилення	6,38	8,442	6,249