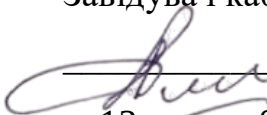


МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова
Навчально-науковий гуманітарний інститут

Кафедра Психології

«Допущений до захисту»

Завідувач кафедри

 Карсканова С. В.
«_12_» __06__ 2025 р.

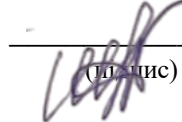
КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття рівня вищої освіти «бакалавр»

зі спеціальності 053 «Психологія»

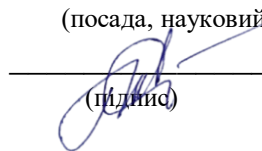
**на тему «ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ, ЩО ВИНИКАЮТЬ
У ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙНИ»**

Виконала: студент(ка) групи

 Шликова М.В.
(підпис)

Керівник роботи:

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології

(посада, науковий ступень вчене звання)
 Чугуєва І.Є.
(підпис)

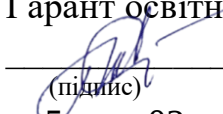
Миколаїв 2025 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

Навчально науковий гуманітарний інститут

Кафедра психології
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Гарант освітньої програми

(підпис) Чугуєва І.Є.
«5» 02 2025 р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

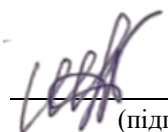
Студента **Шликової Марії Володимирівни**

1. Тема роботи: **«Особливості тривожних станів, що виникають у осіб, які постраждали від війни»**
Керівник роботи канд. психол. наук, доцент Чугуєва Інна Євгенівна
Затверджені наказом ректора №148-уч від «3» лютого 2025 року
2. Термін подання роботи: 3.06.2025.
3. Вихідні дані по роботі: спеціальна наукова і методична література та інші матеріали з психології, передовий практичний досвід.
4. Перелік питань, що належать до розробки (найменування розділів):
Уявлення студентів про майбутню професію як чинник психологічної готовності до професійної діяльності. Емпіричне дослідження уявлення студентів про майбутню професію.
5. Перелік презентаційних матеріалів: презентація доповіді по роботі у форматі Microsoft Power Point загальною кількістю 11 слайдів, з висвітленням таких питань як об'єкт предмет, мета і завдання роботи (2 слайди), використані методи емпіричного дослідження (1 слайд), теоретичні узагальнення з теми дослідження (2 слайди), результати емпіричного дослідження, їх демонстрація (рисунки, таблиці), аналіз та інтерпретація (5 слайдів), висновки (1 слайд).
6. Дата видачі завдання 5 лютого 2025 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

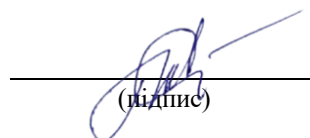
Номер	Назва етапів роботи	Терміни виконання етапів роботи	Примітка
1.	Формулювання теми роботи	01.01.2025	
2.	Опрацювання літератури з теми дослідження. Визначення мети, завдань, об'єкта, предмета дослідження.	10.01.2025	Список використаної літератури має включати не менше 30 позицій (передусім сучасні актуальні із яких не менше 25% - за останні п'ять років).
3.	Написання вступу. Визначення методів і бази дослідження.	15.01.2025	Вступ (обсяг 3 – 4 сторінки)
4.	Написання Розділу 1. Подання на перевірку	15.02.2025	Розділ 1. (14-16 сторінок)
5.	Підготовка та проведення емпіричного дослідження.	31.01.2025 - 28.03.2025	
6.	Статистична обробка отриманих результатів	01.04.2025- 07.04.2025	
7.	Написання Розділу 2. Подання на перевірку	10.04.2025	Розділ 2 (20-26 сторінок)
8.	Оформлення тексту роботи. Подання керівнику на перевірку.	15.04.2025	Загальний обсяг основного тексту роботи 40 – 50 сторінок.
9.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	01.06.2025	
10.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	09.06.2025	
11.	Подання роботи для перевірки на академічну доброчесність	10.06.2025	
12.	Подання кваліфікаційної роботи на рецензування	15.06.2025	
13.	Захист роботи	16.06.2025- 20.06.2025	

Студент


 (підпис)

Шликова М.В.

Керівник роботи


 (підпис)

Чугуєва І.Є.

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі представлено теоретичні основи та емпіричне дослідження особливостей тривожних станів, що виникають у осіб, які постраждали від війни. Проведено аналіз сучасних підходів до вивчення даної проблематики з використанням надійних психодіагностичних методик та методів математичної статистики для підтвердження достовірності отриманих результатів.

Ключові слова: тривожність, тривожні стани, постраждалі від війни, травматичний досвід.

Шликова, М.В. Особливості тривожних станів, що виникають у осіб, які постраждали від війни: кваліфікаційна робота бакалавра зі спеціальності 053 «Психологія». Миколаїв : НУК ім. адм. Макарова, 2025. 52 сторінки.

ANNOTATION

The qualification work presents theoretical foundations and empirical research on the features of anxiety states that arise in people who have suffered from war. An analysis of modern approaches to studying this issue is carried out using reliable psychodiagnostic techniques and methods of mathematical statistics to confirm the reliability of the results obtained.

Keywords: anxiety, anxiety states, war victims, traumatic experience.

Shlikova, M. V. Features of anxiety states that occur in people affected by war: bachelor's qualification work in specialty 053 "Psychology". Mykolaiv: Admiral Makarov National University of Shipbuilding. 2025. 52 pages.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ЛЮДЕЙ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ВІЙНУ	8
1.1. Психологічна природа тривожності: поняття, види, прояви	8
1.2. Травматичні події та їхній вплив на розвиток тривожних станів.....	17
1.3. Особливості тривожності у постраждалих від війни: вікові та соціальні чинники.....	21
Висновки до розділу 1	27
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙНИ	29
2.1. Організація та методологія дослідження тривожності.....	29
2.2. Аналіз отриманих результатів та характеристика виявлених тривожних станів.....	32
2.3. Рекомендації щодо зниження тривожності у постраждалих	41
Висновки до розділу 2.....	44
ВИСНОВКИ	46
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	49

ВСТУП

У період збройного конфлікту в Україні мільйони людей зіткнулися з раптовою втратою домівок, близьких, стабільності й передбачуваності. Внаслідок цього почастишали випадки психоемоційних розладів, зокрема тривожних станів, які істотно впливають на якість життя та функціонування людини. Війна не лише руйнує інфраструктуру, а й глибоко вражає психіку — особливо це стосується цивільного населення, яке не було підготовлене до подібних стресових навантажень. Зростання звернень до психологів, поширення ПТСР, панічних атак, хронічної тривожності вказують на актуальність системного вивчення психоемоційного стану постраждалих.

Тривожність — це природна реакція на загрозу, але в умовах війни вона часто переходить у хронічну або патологічну форму. Водночас саме тривожні стани можуть слугувати маркером глибших психотравм. Сучасна психологія має у своєму розпорядженні інструменти для вивчення таких станів, однак їх адаптація до контексту війни та аналіз змін у психологічному портреті українців в умовах затяжного конфлікту потребують подальшого дослідження.

Актуальність дослідження полягає в необхідності вивчення тривожних станів як одного з найпоширеніших психоемоційних наслідків війни, що дозволяє глибше зрозуміти психологічні потреби постраждалих та розробити ефективні механізми психосоціальної підтримки.

Об'єкт дослідження — тривожні стани.

Предмет дослідження — особливості прояву тривожних станів у постраждалих внаслідок воєнних дій.

Мета дослідження — проаналізувати особливості тривожних станів у осіб, які постраждали від війни.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення тривожності та її форм.
2. Визначити психологічні чинники виникнення тривожних станів у постраждалих від війни.
3. Дослідити рівень тривожності в осіб, які пережили травматичні події, пов'язані з воєнними діями.
4. Запропонувати психологічні рекомендації для зменшення рівня тривожності.

Для досягнення мети дослідження було застосовано **комплекс методів**. **Теоретичні методи:** аналіз, синтез, порівняння, узагальнення наукової літератури з тематики дослідження. **Емпіричні методи:** шкала тривожності Спілбергера – Ханіна (STAI), шкала тривожності Бека (BAI) та госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

Вибірка дослідження охопила 60 осіб віком від 20 до 50 років, які були внутрішньо переміщеними особами або мешкали в зоні активних бойових дій протягом останнього року.

Наукова новизна дослідження полягає в уточненні специфіки проявів тривожних станів у різних категоріях постраждалих від війни та в адаптації психодіагностичних методик до контексту воєнної травматизації.

Практична значущість дослідження полягає в можливості використання отриманих результатів у роботі психологів, волонтерів, соціальних працівників та кризових консультантів для виявлення ризиків поглиблення тривожних розладів і формування первинної профілактики.

Структура роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел містить 36 найменування. Обсяг основного змісту роботи складає 45 сторінок. Робота містить 8 таблиць..

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ЛЮДЕЙ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ВІЙНУ

1.1. Психологічна природа тривожності: поняття, види, прояви

Тривожність як психічний феномен — одна з ключових тем у сучасній психології, що охоплює дослідження емоційного стану особистості, механізмів реагування на загрозові ситуації та впливу цих реакцій на поведінку. В умовах війни тривожність перестає бути лише абстрактною категорією і набуває гострої актуальності, оскільки стосується мільйонів людей, які втратили стабільність, безпеку й упевненість у майбутньому. Її природа не зводиться лише до страху — це багатовимірне явище, що охоплює як психофізіологічні, так і соціально-поведінкові компоненти [2].

У психологічному контексті поняття тривожності розглядається як відносно стабільна індивідуальна характеристика, що відображає схильність людини до частого переживання занепокоєння у відповідь на життєві виклики. Цей тип емоційної чутливості зазвичай визначають як особистісну тривожність. Натомість термін «тривога» використовується для позначення ситуативного емоційного стану, що виникає у відповідь на конкретну загрозу або стресову подію та супроводжується внутрішнім напруженням і неспокоєм [20].

Для опису короточасних психоемоційних реакцій, які виникають на тлі кризових життєвих ситуацій, дослідники дедалі частіше застосовують поняття «деморалізація» або «гнітючий емоційний фон». Під деморалізацією мається на увазі глибоке розчарування, втрата впевненості у власних силах і зниження мотивації до діяльності. Гнітючий настрій, у свою чергу, виявляється в переважанні емоцій смутку, апатії, зниженого життєвого тону.

Аналізуючи психологічну природу тривожності, важливо диференціювати її як особистісну схильність і як реакцію на зовнішні чи

внутрішні загрози. Такий підхід дозволяє розглядати тривожність не просто як фіксований стан, а як процес, що формується в результаті взаємодії суб'єкта з подразниками різної інтенсивності. Як зовнішні, так і внутрішні чинники (наприклад, думки, спогади або уявлення про можливу небезпеку) можуть запускати ланцюг когнітивних, емоційних та поведінкових реакцій, що й складають феномен тривожного реагування.

У цьому контексті тривожність є результатом інтерпретації інформації про загрозу: коли ситуація сприймається як потенційно небезпечна, мозок активує захисні механізми, що включають підвищення настороженості, прискорення мисленнєвих процесів та тілесне напруження. Тобто сам факт оцінки певного чинника як загрозового вже запускає емоційно-фізіологічну реакцію, яка формує тривожний стан. Такий стан, зазвичай, є лише фрагментом ширшої динамічної структури тривожності, яка може розгортатися за схемою: стресовий вплив → сприйняття загрози → когнітивна інтерпретація → емоційна напруга → тривожна реакція [5].

Провідні науковці, серед яких К. Спілбергер, Ю. Ханін, Р. Мей, відзначають двоїсту природу тривожності: з одного боку, вона є важливою адаптивною реакцією, що сигналізує про небезпеку, з іншого — може перетворитися на деструктивний фактор, що заважає людині функціонувати в соціальному середовищі [20]. Особливо чітко ця межа простежується в умовах соціальних катастроф або збройних конфліктів, де рівень тривожності підвищується навіть у тих, хто раніше не мав вираженої схильності до тривожних станів.

У науковій літературі представлено кілька підходів до класифікації тривожності, кожен з яких дозволяє глибше зрозуміти механізми її виникнення та впливу на особистість. Найбільш уживаним і водночас фундаментальним є поділ на особистісну та ситуативну тривожність, який набув широкого застосування завдяки роботам Ч. Спілбергера та інших послідовників когнітивно-біхевіорального підходу [3].

Особистісна тривожність трактується як відносно стабільна властивість індивіда, що формується в процесі розвитку особистості та є частиною емоційного темпераменту або когнітивного стилю. Вона виявляється у постійній настороженості, схильності до гіперреакції на потенційні загрози, навіть за відсутності реальної небезпеки. Такі індивіди часто демонструють підвищений рівень внутрішньої напруги та самоконтролю.

Ситуативна тривожність, навпаки, має короткотривалий характер і залежить від зовнішніх обставин. Вона виникає в результаті конкретної події або подразника — наприклад, вибуху, повідомлення про втрату домівки, примусової евакуації чи тривоги за життя близьких. Після завершення події цей тип тривоги зазвичай знижується, але за умови хронічного стресу може трансформуватися в стійку форму тривожності (Психологічні причини виникнення тривожності у дорослих [8]).

Проблема співвідношення понять «тривога» та «тривожність» неодноразово ставала предметом наукової уваги як вітчизняних, так і зарубіжних психологів. Зокрема, такі дослідники як Г. Гулко, В. Кисловська, А. Лукасик, А. Малолеткова, А. Пригожан, М. Скворцова, а також класики західної психології Ч. Спілбергер і Р. Лазарус у своїх працях зверталися до розмежування цих понять на концептуальному рівні. Їхні підходи демонструють широкий спектр трактувань — від чіткого розділення до взаємопереплетених інтерпретацій [12].

У межах когнітивно-поведінкової парадигми тривога часто розглядається як безпосередня емоційна реакція на загрозу, актуальну або уявну, тоді як тривожність — як особистісна схильність частіше переживати подібні стани [20]. У своїй двошкальній моделі Ч. Спілбергер чітко розділяє ситуативну (state) і особистісну (trait) тривожність, наголошуючи, що перша є тимчасовим емоційним переживанням, а друга — стабільною індивідуальною характеристикою.

Згідно з позицією Дж. Тейлора, тривожність розглядається як своєрідна рушійна сила, що діє як стійка індивідуальна характеристика особистості. Вона виконує стимулюючу функцію не лише на рівні мислення, але й на тілесному рівні, впливаючи одночасно на когнітивні процеси та соматичні реакції організму. Такий підхід дозволяє трактувати тривожність не просто як емоційний стан, а як глибинний психофізіологічний механізм, який активізується у відповідь на сприйняття небезпеки або невизначеності

Інші дослідники, як-от А. Пригожан, підкреслюють, що тривога є первинним емоційним станом, який може неусвідомлено виникати під впливом внутрішніх конфліктів, тоді як тривожність — це вже вторинне утворення, що формується на ґрунті повторюваного досвіду реагування на страх чи невизначеність.

Натомість в українській психологічній традиції (Гулко, Кисловська, Малолеткова) поширене трактування, згідно з яким тривожність розглядається як форма прояву тривоги у стабільному вигляді, що має як соматичні, так і поведінкові компоненти. Деякі дослідники (Лукасик, Скворцова) наголошують на тому, що поняття «тривога» є ширшим за змістом, охоплюючи як епізодичні стани, так і глибинні екзистенційні переживання, тоді як тривожність — це лише частина цього явища, що фіксується на поведінковому або психофізіологічному рівні [13].

У результаті аналізу поглядів різних науковців можна стверджувати, що розмежування понять «тривога» і «тривожність» не є уніфікованим. Одні автори вбачають у тривожності похідну форму тривоги, інші — навпаки, схильні розглядати тривогу як окремий різновид емоційного реагування в межах ширшого феномена тривожності. У сучасній психодіагностиці частіше застосовується саме дихотомічна модель, яка дозволяє об'єктивно оцінити як ситуативний рівень тривоги, так і особистісну схильність до її переживання, що має практичне значення при роботі з травмованими внаслідок війни особами.

У концептуальних підходах до вивчення тривожних станів чітко простежується прагнення до розмежування понять «тривога» і «тривожність». А. Прихожан акцентує, що тривога може проявлятися як ситуативна емоційна реакція, а також як стійка особистісна характеристика. У межах вітчизняної психологічної традиції, за її словами, цю диференціацію зафіксовано термінологічно: поняття «тривожність» уживається для позначення внутрішньої схильності до тривоги, тоді як термін «тривога» може мати як загальний, так і конкретний ситуаційний зміст [9].

Г. Гулько описує тривогу як «неспокій», що охоплює не лише афективний компонент, а й когнітивно-поведінкові та фізіологічні прояви. Такий підхід дозволяє розглядати тривогу як багатофакторний феномен, у якому переплітаються почуття невизначеності, передчуття небезпеки та психосоматична напруга.

В. Кисловська пропонує використовувати критерій відповідності інтенсивності емоційного переживання до об'єктивної ситуації. Згідно з її позицією, якщо емоційний стан людини не корелює з реальним рівнем загрози, а характеризується стабільністю та дезадаптивністю, мова йде про особистісну тривожність. Вона пов'язана з відчуттям неповноцінності, що проявляється в різних сферах життєдіяльності й знижує здатність до конструктивного подолання труднощів.

Залучення таких підходів до аналізу дає змогу не лише точніше інтерпретувати поведінку осіб, що пережили психотравмуючі події, а й краще обґрунтовувати вибір психологічної допомоги залежно від форми тривожності.

Тривога виконує важливу функцію попередження — саме через неї індивід отримує сигнал про можливу небезпеку ще до її фактичної появи. Цей сигнал має форму внутрішнього напруження, яке супроводжується неясним, але наполегливим відчуттям загрози. У такому стані людина починає активно сприймати довкілля, мимоволі фіксуючись на потенційно тривожних деталях,

намагаючись зрозуміти, що саме викликає дискомфорт. Така підвищена чутливість до контексту дозволяє заздалегідь готуватися до подій, що несуть ризик. [5].

Однак тривога рідко обмежується лише теперішнім моментом. Вона часто змушує думки повертатися до болісного минулого або проектувати небезпеку на майбутнє, ще більше посилюючи емоційне напруження. Через це тривога виходить за межі конкретної ситуації й може підтримуватись навіть тоді, коли об'єктивної загрози немає. У таких випадках знижується здатність мислити раціонально та ухвалювати зважені рішення, що особливо критично для людей, які пережили психотравмуючі події.

Тривога розглядається як складне багаторівневе психоемоційне утворення, основною функцією якого є попередження про потенційну небезпеку. На суб'єктивному рівні вона виявляється через відчуття невизначеності, напруги, загрози, які формують внутрішній сигнал до мобілізації ресурсів. Один із ключових механізмів прояву тривоги — антиципація, тобто передбачення можливих труднощів, які можуть вплинути на добробут або цілісність особистості. Саме ця функція дозволяє людині сканувати навколишнє середовище у пошуках потенційних загроз, навіть якщо їх джерело не є очевидним. Завдяки цьому тривога здатна охоплювати як реальні, так і уявні фактори, переносячи людину у минулі або майбутні сценарії досвіду [4].

Іншою важливою характеристикою тривоги є її здатність до активації адаптивних механізмів. Емоційне напруження, яке виникає внаслідок когнітивної оцінки небезпеки, стимулює зміну поведінки, включення механізмів психологічного захисту, формування стратегій подолання. Це підкреслює сигнально-стимулюючу функцію тривоги, яка виступає у ролі тригера для поведінкової активності. При цьому адаптивний потенціал тривоги залежить від її інтенсивності. За помірного рівня вона сприяє

мобілізації, концентрації та прийняттю рішень, тоді як надмірна або хронічна — гальмує активність і дезорганізовує мислення.

У структурі тривоги виділяють два ключові рівні: первинну (вроджену) та вторинну (набуту). Первинна тривога тісно пов'язана з інстинктивними реакціями виживання, тоді як вторинна — з індивідуальним досвідом, соціальними умовами, ціннісними орієнтирами. Вторинна тривога є більш складною у своїй структурі, оскільки включає культурні й соціальні аспекти, очікування і норми, з якими індивід ідентифікується. На рівні поведінки така тривога може як спонукати до конструктивного вирішення ситуації, так і формувати захисні або унікальні реакції [2].

У типологічному розрізі тривогу поділяють на екзистенційну, соціальну, конструктивну та деструктивну. Екзистенційна пов'язана з глибинним відчуттям уразливості перед життєвими обставинами, соціальна — виникає в контексті міжособистісних контактів і оцінки себе в очах інших. Конструктивна тривога мотивує до пошуку рішень і розвитку, тоді як деструктивна знижує здатність до адаптації, створює відчуття безвиході та супроводжується поведінковим гальмуванням [7].

Залежно від ситуативного контексту тривога може набувати форми нормальної або невротичної. У першому випадку вона зумовлена реальними зовнішніми чинниками і виконує функцію попередження. У другому — формується на основі викривленої оцінки небезпеки або внутрішніх конфліктів. Саме в такому випадку тривога набуває патологічного характеру: стає стійкою, непередбачуваною, не піддається раціональному контролю.

Іншими словами, ефективність функціонування тривоги як психологічного механізму значною мірою залежить від її адаптивного потенціалу [12]. В оптимальних межах вона виконує роль мобілізуючого чинника, а за надлишкової інтенсивності — перетворюється на деструктивну силу, що знижує психологічну стійкість. У цьому контексті надзвичайно важливо розуміти зв'язок між тривогою як станом, що розгортається у

динаміці, і тривожністю як особистісною рисою. Такий підхід дає змогу більш точно діагностувати прояви тривожності в осіб, які перебувають під впливом травматичних або кризових подій.

Розмаїття форм тривожності ускладнює її уніфіковане трактування, оскільки вона може бути як ситуативною емоційною реакцією, так і стійкою особистісною характеристикою. Різні типи тривожності варто розглядати з урахуванням кількох критеріїв: форми прояву, психологічних характеристик, специфіки розладів і поведінкових наслідків. У систематизованому вигляді це подано в таблиці нижче.

Табл. 1.1.

Класифікація тривожності за різними критеріями

Критерій	Вид тривожності	Коротка характеристика
За формою прояву	Особистісна (тривожність як риса)	Схильність сприймати багато ситуацій як загрозові, навіть без об'єктивних підстав. Супроводжується постійним очікуванням небезпеки.
	Ситуативна (реактивна)	Тимчасовий емоційний стан, викликаний конкретною стресовою подією; зникає після завершення ситуації.
За психологічними характеристиками	Нормальна (адаптивна)	Рациональна реакція на реальну загрозу, допомагає мобілізувати ресурси та подолати труднощі.
	Невротична (патологічна)	Ірраціональна, надмірна тривога без чіткої причини; впливає на самопочуття і щоденне функціонування.
За впливом на поведінку	Мобілізуюча	Активізація зусиль, іноді з елементами імпульсивності або агресивності; стимул до вирішення проблем.
	Демобілізуюча	Психічне гальмування, апатія, відмова від активності, дезорганізація діяльності.

Продовження табл. 1.1.

За специфікою розладів	Генералізований тривожний розлад	Постійне переживання за майбутнє, перебільшення загрозливих сценаріїв.
	Панічний розлад	Напади паніки з інтенсивними соматичними проявами (серцебиття, тремор, страх смерті).
	Соціальний тривожний розлад	Стійкий страх соціальних ситуацій, пов'язаних з оцінкою з боку інших.
	Фобічні розлади	Інтенсивний страх у конкретних ситуаціях (висота, замкнений простір, тварини тощо).
	Посттравматичний стресовий розлад	Симптоми тривоги після психотравмів, часто супроводжується флешбеками та уникненням нагадувань.

Тривожність — це багатокомпонентне психоемоційне явище, що проявляється на рівні емоцій, тіла, мислення та поведінки. Її прояви охоплюють всі аспекти функціонування людини, особливо у стресогенних умовах, таких як війна, втрати, переміщення [27]. У таблиці 1.2. наведено основні форми прояву тривожності за ключовими рівнями.

Табл.1.2.

Прояви тривожності на різних рівнях функціонування

Рівень прояву	Основні характеристики
Психологічний (емоційний)	Напруженість, страх, дратівливість, нестійкий настрій, вразливість, очікування загрози.
Фізіологічний (вегетативний)	Серцебиття, тремтіння, пітливість, запаморочення, м'язова скутість, порушення дихання та ШКТ.
Поведінковий	Уникнення ситуацій, метушливість, прокрастинація, компульсії, контроль, перфекціонізм.
Когнітивний	Нав'язливі думки, катастрофізація, румінації, труднощі з концентрацією, самокритика.

У психологічному плані тривожність виявляється через постійне внутрішнє напруження, дратівливість, емоційну лабільність, очікування

негативних подій. Часто людина переживає стан безпорадності, що посилює відчуття загрози.

На фізіологічному рівні тривожність активує вегетативну нервову систему, що проявляється у прискореному серцебитті, порушенні дихання, м'язовій напрузі, треморі, розладах ШКТ. Ці реакції є вродженими механізмами виживання, проте за високого рівня тривоги стають дезадаптивними.

Поведінкові реакції включають уникання, захисні ритуали, тривожну гіперактивність або, навпаки, заціпеніння. Часто людина стає надмірно відповідальною, обмежує соціальні контакти, прагне контролювати обставини та інших людей, щоб знизити відчуття непередбачуваності.

На когнітивному рівні домінують негативні мисленнєві сценарії, зниження концентрації, самозвинувачення, румінації — повторне «прокручування» тривожних думок. Увага спрямована переважно на загрози, що порушує здатність до об'єктивного оцінювання ситуацій [26].

Загалом, розуміння цих рівнів прояву тривожності дозволяє точніше ідентифікувати потреби особи у психологічній підтримці та підібрати відповідні методи допомоги.

1.2. Травматичні події та їхній вплив на розвиток тривожних станів

Травматичні події мають глибокий вплив на психіку людини, часто спричиняючи розвиток різноманітних тривожних станів та розладів. Ці події порушують відчуття безпеки та стабільності, викликаючи довготривалі психологічні наслідки, що можуть проявлятися у вигляді патологічної тривожності [30].

Тривога, що виникає внаслідок травматичного досвіду, є не просто реакцією на стрес, а глибоко вкоріненою емоційною відповіддю на втрату контролю, втручання в особисті кордони чи порушення базового уявлення про

світ як безпечне середовище. У багатьох випадках вона набуває форми хронічного тривожного стану, що триває навіть після завершення самої події, і стає ключовим маркером посттравматичних переживань.

Особливо руйнівного впливу набувають ті травматичні обставини, які пов'язані з прямою загрозою життю, втратою близьких, руйнуванням домівки, вимушеним переселенням або тривалим перебуванням у зоні бойових дій. У таких ситуаціях психіка людини переходить у режим постійного сканування небезпеки, і навіть у відносно безпечному середовищі тривога не згасає, а продовжує підтримуватись через спогади, тригери та фізіологічну напругу [22].

Травматична подія — це ситуація, яка викликає надмірну емоційну реакцію, перевищує можливості психіки до саморегуляції та спричиняє довготривалий вплив на внутрішній стан особистості. Такі події здатні порушити базове відчуття безпеки, стабільності та довіри до світу. У результаті змінюється не лише емоційна реактивність, а й структура сприйняття, поведінкові стратегії, механізми самозахисту [21].

До найбільш поширених видів психотравмувальних подій належать:

- спостереження за смертю іншої людини або особисте зіткнення з реальною загрозою смерті;
- досвід фізичного, сексуального або психологічного насильства;
- участь у серйозних аваріях, катастрофах, пожежах;
- переживання наслідків стихійних лих — землетрусів, повеней, ураганів;
- інформування про тяжке захворювання, що загрожує життю;
- участь у бойових діях або тривале перебування у зоні збройного конфлікту;
- вимушена міграція, евакуація, розлука з близькими;

- непряма травматизація через свідчення, новини, фото- або відеоматеріали, які містять зображення насильства, руйнувань або людських втрат [15].

Унаслідок дії травматичних чинників психіка не завжди встигає або здатна ефективно опрацювати пережите. Емоційне напруження накопичується, витісняється або блокується, що призводить до поглиблення симптомів тривожності та погіршення загального психоемоційного стану. Особливо ризикованими є ситуації, коли пережите не знаходить виходу в словах, поведінці або підтримці з боку інших. У таких випадках невідреагована травма здатна набувати хронічного характеру, спричиняючи низку стійких психологічних та психосоматичних наслідків [16].

Невідреагована травма з часом може перетворитися на хронічне емоційне виснаження. Типові прояви включають:

- Повторювані сни або флешбеки події;
- Уникнення всього, що нагадує про травму;
- Втрата інтересу до життя, соціальна ізоляція;
- Відчуття провини, сорому, емоційної притупленості;
- Труднощі у формуванні близьких стосунків;
- Соматичні симптоми: безсоння, головний біль, серцебиття.

Особливу увагу варто приділити впливу війни в Україні, яка з 2014 року і з особливою жорстокістю з 2022 року спричинила масову психотравматизацію населення. Тисячі людей стали свідками або безпосередніми учасниками бойових дій, втратили житло, рідних, були змушені залишити свої громади та жити в умовах невизначеності. Для значної частини громадян війна стала джерелом хронічного стресу — обстріли, сирени, повідомлення про втрати й руйнування перетворилися на щоденний фон життя, що підживлює тривожні реакції навіть у відносно безпечному просторі [11].

У таких умовах навіть непряма інформаційна взаємодія з травмуючим контентом (новини, соціальні мережі, історії переселенців) може мати серйозні наслідки для психіки. Дослідження вказують на те, що непряма травматизація (vicarious trauma) має потенціал формувати клінічні прояви тривоги, депресії або ПТСР на рівні, співмірному з безпосереднім травматичним досвідом [31].

У процесі переживання психотравмівної події відбувається активація ряду фізіологічних і психологічних механізмів, які формують основу для виникнення тривожних станів. Найхарактерніші зміни стосуються як тілесної реакції на загрозу, так і внутрішнього способу її переживання [25].

На біологічному рівні реакція організму зумовлена активізацією симпатичної нервової системи, вивільненням гормонів стресу (адреналін, кортизол), що запускають реакцію «бийся або тікай». Цей механізм є адаптивним у момент небезпеки, але у випадку повторюваних або хронічних травм може викликати надмірне фізіологічне виснаження, що супроводжується тривожними симптомами навіть за відсутності загрози.

Психічні наслідки не менш значущі. Травматична подія часто не вкладається у звичні когнітивні схеми людини, перевантажує її здатність до осмислення та інтеграції досвіду. Внаслідок цього виникають порушення сприйняття, афективна дезорієнтація, розрив часової послідовності подій, що є підґрунтям для розвитку тривожності, ПТСР або інших розладів [19].

Загальні етапи впливу травматичної події на виникнення тривожного стану узагальнено у табл. 1.3.

Табл. 1.3.

Етапи впливу травматичної події на формування тривожності

Етап впливу	Суть процесу	Наслідки для психіки та поведінки
Активація стресової реакції	Гостра мобілізація організму (гормональна та вегетативна реакція)	Підвищена пильність, гіперактивність, тремор, тахікардія

Продовження табл. 1.3.

Перевантаження психіки	Неможливість обробити інтенсивну інформацію та емоції	Сплутаність свідомості, втрата почуття контролю
Стан безсилля та заціпеніння	Відсутність реакції «боротися/тікати», наявність «замороження»	Формування первинної травми, що закріплюється
Патологічна фіксація травми	Повторне «програвання» травматичної події у спогадах, снах, реакціях	Хронічна тривога, нав'язливі думки, флешбеки
Захисні механізми психіки	Дисоціація, деперсоналізація, емоційне «від'єднання»	Втрата цілісного сприйняття себе та світу, відчуженість

Таке поєднання опису й таблиці дозволяє глибше висвітлити процес впливу травматичного досвіду на психоемоційний стан людини, демонструючи як біологічні, так і психологічні компоненти формування тривожних реакцій. За хронічного впливу ці реакції можуть трансформуватись у клінічну тривожність або посттравматичний стресовий розлад, особливо у випадках, коли індивід залишається без підтримки або без можливості інтегрувати досвід.

1.3. Особливості тривожності у постраждалих від війни: вікові та соціальні чинники

Тривожність у постраждалих від війни є поширеним психологічним явищем, яке набуває різних форм залежно від віку, попереднього досвіду, соціального статусу й рівня підтримки. Воєнні події чинять значний тиск на психіку людини, активізуючи реакції страху, дезадаптації, почуття безпорадності та емоційного виснаження. В умовах хронічного стресу й невизначеності тривожність перестає виконувати свою захисну функцію, поступово перетворюючись на деструктивний чинник, що порушує повсякденне функціонування та соціальні зв'язки [17].

Вікові особливості відіграють ключову роль у тому, як саме проявляється тривожність у різних категорій осіб, які постраждали внаслідок воєнних дій. Залежно від віку, відрізняється не лише клінічна картина, а й механізми подолання, рівень саморегуляції та доступність соціальної підтримки.

Діти та підлітки вирізняються підвищеною чутливістю до травматичних подій через ще не сформовану здатність до критичного мислення, обмежену емоційну зрілість і залежність від дорослого середовища. Психіка дитини часто не справляється з навантаженням, що проявляється у вигляді порушень сну, страху залишатися наодинці, гіперактивності, агресії або, навпаки, замкненості. У дітей поширені також соматизовані форми тривожності — болі в животі, нудота, серцебиття — без об'єктивної фізичної причини. Тривога у підлітків часто маскується за поведінковими порушеннями: протестами, ризикованими вчинками, відмовою від навчання. У підлітковому віці на перший план виходить також екзистенційна тривожність, пов'язана із втратою відчуття сенсу, цінностей і віри в майбутнє.

Молодь (18–30 років) стикається з іншим типом викликів. Це вік соціального становлення, самовизначення, формування професійної та особистої ідентичності. Війна часто руйнує плани, обмежує доступ до освіти, праці, стабільного житла. На тлі цього загострюються симптоми тривожності: зростає рівень нервового напруження, з'являється дратівливість, емоційне вигорання, відчуття безперспективності. Особливо складно реагують особи, які водночас є внутрішньо переміщеними та не мають підтримки в новому середовищі. У жінок цієї вікової групи додатковим фактором ризику є наявність малолітніх дітей і переживання за їхню безпеку.

Дорослі віком 30–60 років зазвичай несуть більшу відповідальність за сім'ю, фінансовий добробут і життєву стабільність. У цієї групи тривожність часто переплітається з хронічним стресом і психосоматичними симптомами. Страх втратити роботу, неможливість планування, тиск через необхідність

приймати складні рішення — усе це створює сприятливий ґрунт для розвитку тривожних розладів. Чоловіки частіше за жінок приховують тривогу або реалізують її через агресію, алкоголізацію, замикаються в собі. Жінки, навпаки, частіше звертаються по допомогу, однак і схильні до глибших емоційних переживань, особливо у разі втрати домівки чи близьких.

Особи похилого віку зіштовхуються з тривожністю, пов'язаною з фізичною вразливістю, хронічними захворюваннями, втратою звичного середовища та соціальної ролі. Війна для них стає не лише джерелом фізичної небезпеки, а й травмою втрати сенсу життя. Ізоляція, погіршення здоров'я, втрата контакту з родиною — ці фактори підсилюють почуття безпорадності та тривожності. Нерідко симптоми тривожних розладів у літніх людей залишаються непоміченими через сприйняття їх як «нормального старіння» або супровід хронічних хвороб [2].

У підсумку, тривожні стани у постраждалих від війни мають яскраво виражену вікову специфіку. Важливо враховувати ці особливості при наданні допомоги — від вибору комунікативних стратегій до підбору терапевтичних інструментів. Тільки чутливе ставлення до вікових потреб і досвіду здатне забезпечити ефективне психоемоційне відновлення в умовах війни.

Подолання тривожних станів після пережитої травми потребує комплексного підходу, що охоплює як професійне лікування, так і підтримку з боку соціального оточення. Ефективність відновлення залежить від індивідуальних особливостей людини, глибини травматичного досвіду та своєчасності надання допомоги. У сучасній психотерапевтичній практиці застосовуються перевірені методи, які показали високу результативність у роботі з наслідками психологічної травми [7].

Табл. 1.4.

Методи подолання тривожності після психотравмуючих подій

Метод	Опис
Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)	Перенавчання способів мислення, формування адаптивних моделей реагування

Продовження табл. 1.4.

Експозиційна терапія	Безпечне відтворення травмуючих подій з метою зниження їхнього емоційного впливу
EMDR	Терапія переробки травми через рухи очей
Медикаментозна підтримка	Антидепресанти, анксіолітики, засоби регуляції сну
Самодопомога	Сон, фізична активність, соціальні зв'язки, практика усвідомленості

Використання наведених підходів дозволяє не лише зменшити інтенсивність тривожних проявів, а й відновити емоційну стабільність та здатність до саморегуляції. Особливу роль відіграє поєднання терапевтичного втручання з підтримкою на рівні громади, сім'ї та освітніх інституцій, що створює умови для стійкого психологічного відновлення. У підсумку, своєчасне розпізнавання симптомів, індивідуальний підхід до пережитої травми й міждисциплінарна допомога є ключовими чинниками у подоланні тривожних станів, які виникають після психотравмуючих подій.\

Тривожні стани в умовах воєнного конфлікту формуються не лише під впливом особистих переживань або психофізіологічних особливостей, а й у тісному зв'язку з соціальним контекстом, у якому перебуває людина. Соціальні чинники значною мірою модулюють інтенсивність тривоги, її тривалість і стійкість до психокорекційних впливів [9].

До найвагоміших *факторів ризику* належать передусім безпосередні загрози, пов'язані з воєнними діями. Люди, які проживають у зоні активних бойових дій або були свідками руйнувань, виявляють підвищений рівень тривожності внаслідок постійного відчуття небезпеки, втрати контролю та неможливості гарантувати власну безпеку [5]. Часті повітряні тривоги, необхідність перебування в укриттях, близькість до лінії фронту стають хронічним джерелом психоемоційного напруження.

Другою критичною групою чинників є *матеріальні втрати*: руйнування житла, втрата роботи, нестача засобів до існування. Фінансова нестабільність

ускладнює адаптацію, посилює почуття безпорадності й загострює переживання майбутнього. Особливо вразливими в цьому контексті є багатодітні сім'ї, внутрішньо переміщені особи, жінки, які залишилися з дітьми без підтримки партнера [8].

Соціальна ізоляція — ще один потужний тригер тривожності. Розрив соціальних зв'язків, вимушене переміщення, життя в новому середовищі без відчуття приналежності чи підтримки з боку громади підвищує ризик формування тривожних розладів. У переселенців це нерідко поєднується з культурною дезадаптацією, втратою ритуалів повсякденності та звичних моделей поведінки [9].

Не менш значущим є *вплив інформаційного середовища*. Постійний потік новин, емоційно насичених повідомлень, драматичних кадрів і дезінформації викликає так званий інформаційний стрес. Особливо чутливими до цього є підлітки та особи похилого віку, які сприймають події через емоційні фільтри, не завжди вміючи критично оцінити достовірність інформації [2].

Суттєвим наслідком війни стає *втрата життєвих орієнтирів*. Руїнування планів, неможливість прогнозування майбутнього, переоцінка життєвих цінностей створюють фон для екзистенційної тривоги, що супроводжується глибоким емоційним виснаженням. Це особливо відчутно в осіб, які втратили стабільне середовище, професійну ідентичність або звичний соціальний статус [6].

Водночас варто підкреслити й захисні соціальні чинники, які знижують інтенсивність тривожності. Одним із ключових буферів є соціальна підтримка — наявність емоційно значущих осіб, доступ до спільнот, які здатні надати допомогу або хоча б слухання. Підтримка з боку родини, друзів, волонтерів та місцевої громади чинить потужний стабілізуювальний вплив на психіку, особливо в дітей та людей старшого віку [13].

Також до захисних чинників належать:

- *високий рівень освіти батьків* — як маркер загального рівня обізнаності та навичок саморегуляції в родині;
- *чіткий розпорядок дня* — як інструмент створення відчуття стабільності й передбачуваності;
- *регулярна фізична активність та творча діяльність* — які сприяють зниженню рівня кортизолу й підвищують резистентність до стресу;
- *адаптивні копінг-стратегії* — зокрема дихальні техніки, релаксація, ведення щоденника емоцій або щоденні ритуали самоусвідомлення [13].

У сукупності, соціальні чинники виступають як каталізаторами або буферами тривожних станів. Їхній вплив варто враховувати під час планування психосоціальної підтримки, розробки програм для ВПО, родин із дітьми, людей, які зазнали втрати або проживають на деокупованих територіях. Адекватна соціальна інтеграція, підкріплена чутливим ставленням до індивідуальних переживань, здатна значно знизити ризик довготривалої тривожності після травматичних подій [18].

Поширеність тривожних станів серед постраждалих від війни є надзвичайно високою та залежить від віку й соціального контексту. Діти та молодь виявляють підвищену емоційну вразливість через незрілість психологічних механізмів, що підвищує ризик розвитку тривожних і депресивних розладів. У дорослих частіше спостерігається емоційна нестабільність, дратівливість і почуття безнадії. До основних соціальних чинників, що посилюють тривожність, належать постійна загроза життю, матеріальні втрати, розрив соціальних зв'язків та інформаційне перевантаження. Натомість соціальна підтримка, стабільний ритм життя й адаптивні стратегії подолання знижують рівень тривоги.

Для ефективної допомоги постраждалим необхідно враховувати вікові й соціальні особливості, поєднувати психологічну підтримку з медикаментозним втручанням за потреби та зміцнювати соціальні ресурси.

Доступ до психотерапії, психоосвіта та підтримка громади відіграють ключову роль у зниженні емоційного навантаження та відновленні внутрішньої стійкості.

Висновки до розділу 1

У першому розділі ми комплексно розкрили психологічну природу тривожності як багаторівневого феномену, що охоплює як ситуативні реакції, так і глибинні особистісні риси. Проаналізували класифікації тривожності, механізми її виникнення, функціональне значення та вплив на психоемоційний стан особистості в умовах воєнного стресу. Показано, що тривожність виконує сигнально-адаптивну функцію, однак за надмірної інтенсивності набуває деструктивного характеру, порушуючи здатність до саморегуляції, концентрації та ухвалення рішень.

Окрему увагу було приділено впливу психотравмуючих подій на розвиток тривожних станів. Наведено динаміку впливу травматичного досвіду, включно з активацією біологічних механізмів, когнітивним перевантаженням, порушенням базового відчуття безпеки та формуванням хронічної тривожності. Систематизовано типові наслідки невідреагованої травми: флешбеки, уникнення, ізоляція, емоційне притуплення, психосоматичні розлади. На цьому фоні обґрунтовано ефективність підходів до подолання тривожності: когнітивно-поведінкової терапії, експозиційної терапії, EMDR, медикаментозної підтримки та практик самодопомоги. Підкреслено важливість поєднання професійного втручання з соціальною підтримкою.

Проаналізовано вікові та соціальні чинники, що впливають на формування тривожних станів у постраждалих від війни. Виявлено підвищену вразливість дітей, підлітків і молоді через недостатньо сформовані механізми емоційної регуляції. У дорослих тривога частіше проявляється через емоційне

виснаження, гнів, пригнічення. Соціальні детермінанти — розрив зв'язків, економічні втрати, інформаційне перевантаження — поглиблюють симптоматику, тоді як підтримка родини, громади, регулярність у повсякденні та копінг-стратегії мають захисний ефект.

Підсумовуючи, розділ 1 дозволив сформулювати цілісне уявлення про природу, механізми й прояви тривожності в умовах війни. Отримані теоретичні положення стали підґрунтям для подальшого емпіричного аналізу особливостей тривожних станів у постраждалих і формування практичних рекомендацій щодо їхньої психосоціальної підтримки.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙНИ

2.1. Організація та методологія дослідження тривожності

Війна чинить глибокий вплив не лише на фізичне, а й на психічне здоров'я людей. Особливо вираженою реакцією на пережите стає тривожність — стан напруженого очікування небезпеки, що нерідко зберігається і після зникнення реальної загрози. Вивчення цього стану у контексті воєнних подій потребує не лише загального опису явища, а й конкретного аналізу того, як саме тривожність проявляється у людей, які втратили житло, були змушені покинути рідне місто, стали свідками бойових дій чи втрат.

У фокусі емпіричної частини роботи — емоційний стан людей, що пережили досвід війни, зокрема особливості їхньої тривожності. Враховано, що ці прояви можуть бути як явними (панічні напади, безсоння, напруженість), так і прихованими (пригнічення, уникнення, емоційна відстороненість). Завдяки комплексному підходу дослідження дозволяє виявити не лише наявність тривоги, а й її форми, інтенсивність, психологічну структуру та супутні емоційні порушення.

У логіці аналізу закладено чітке спрямування:

- по-перше, уточнити теоретичні основи поняття тривожності та його значення в умовах психотравми;
- по-друге, виявити основні чинники, що сприяють розвитку тривожних станів у постраждалих;
- по-третє, емпірично зафіксувати специфіку переживань у цільовій групі;
- по-четверте, сформулювати практичні підходи до надання психологічної підтримки.

Для вивчення особливостей тривожних станів у осіб, які постраждали від війни, було застосовано комплекс емпіричних методів, спрямованих на виявлення рівня, структури й інтенсивності тривожності. Добір інструментарію ґрунтувався на принципах валідності, надійності, простоти застосування в кризовому середовищі та релевантності до досвіду психотравми. Було обрано три психодіагностичні методики, які в сукупності дозволяють отримати глибоке уявлення про психоемоційний стан респондентів: шкала тривожності Спілбергера – Ханіна (STAI), шкала тривожності Бека (BAI) та госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

Першим етапом організації дослідження стало визначення цільової вибірки. Було охоплено 60 осіб віком від 20 до 50 років, які мають статус внутрішньо переміщених осіб або проживають у населених пунктах, що постраждали від бойових дій. Усі учасники дали усну згоду на участь, заповнення анкет проводилося в онлайн формі. Дослідження проводилося анонімно, з дотриманням етичних стандартів і принципів конфіденційності.

Шкала тривожності Спілбергера – Ханіна (STAI) є універсальним діагностичним інструментом для вивчення двох різних форм тривожності — ситуативної (СТ) та особистісної (ОТ). Ситуативна тривожність характеризує реакцію особи на конкретну стресову ситуацію, тоді як особистісна описує загальну схильність до тривожного реагування.

Методика складається з 40 тверджень, розділених на два блоки по 20. Учасник оцінює кожне твердження за чотирибальною шкалою, яка відображає інтенсивність переживання. Підрахунок балів здійснюється окремо для кожної шкали. Високий рівень ситуативної тривожності свідчить про підвищену реактивність на актуальні події (наприклад, повітряні тривоги, переміщення, втрату житла), а високий рівень особистісної — про внутрішню нестійкість, емоційну лабільність, схильність до генералізованої тривоги.

Обґрунтованість застосування STAI у контексті війни підтверджується низкою наукових праць, де дана методика використовується для діагностики

постстресових станів [Масlach/Переживання стресу; Zeidner, 1996]. Її перевага — можливість виявити як реакцію на актуальний стрес, так і довготривалі тривожні тенденції.

Шкала тривожності Бека (BAI) використовується для визначення інтенсивності прояву тривожності, з особливим акцентом на соматичні симптоми. Методика включає 21 пункт, у кожному з яких респондент вказує, наскільки часто відчуває певний симптом (наприклад, серцебиття, тремтіння, пітливість, утруднене дихання, напруга в м'язах). Відповіді оцінюються за чотирибальною шкалою (від 0 до 3), що дозволяє отримати загальний бал тривожності.

BAI особливо важлива для діагностики посттравматичних проявів у контексті війни, коли тілесні симптоми можуть домінувати в загальному емоційному фоні. Наприклад, людина може скаржитися на безсоння, прискорене дихання або болі в тілі, не пов'язуючи ці прояви з психологічним станом. Методика дає змогу виявити саме соматизовану тривожність, яка є типовою для осіб, що зазнали тривалого стресу чи втрати базової безпеки.

Клінічна валідність BAI підтверджена численними дослідженнями, зокрема в умовах травматичного досвіду [Beck, Epstein, Brown]. Застосування цієї шкали дозволяє також розрізнити тривожні та депресивні стани, що важливо для подальшої психологічної допомоги.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) — коротка самозвітна методика, яка дозволяє оцінити як рівень тривожності, так і депресивні прояви. Вона складається з 14 пунктів: 7 на шкалу тривожності (HADS-A) і 7 на шкалу депресії (HADS-D). Респонденти оцінюють твердження за чотирибальною шкалою від 0 до 3. Результати дозволяють класифікувати стан як нормальний (0–7 балів), прикордонний (8–10) або клінічно виражений (11 і більше).

HADS є дуже корисною у кризовому контексті, оскільки дозволяє швидко й без перевантаження респондента виявити як приховану тривожність,

так і ознаки пригніченості, що можуть бути наслідком травматизації. Методика уникає питань про тілесні симптоми (на відміну від BAI), що робить її незамінною в комбінації з іншими інструментами для багатогранної оцінки емоційного стану.

Особливістю HADS є її ефективність у роботі з людьми, які пережили госпіталізацію, втрату, вимушене переміщення або відчують соціальну ізоляцію. Методика адаптована для різних вікових груп і визнана в усьому світі як надійний інструмент скринінгу тривожності у кризових умовах [Zigmond & Snaith, 1983].

Комплексне застосування трьох описаних методик — STAI, BAI та HADS — дозволяє не лише фіксувати загальний рівень тривожності, а й розділити її на ситуативну, хронічну, соматизовану та пригнічену форми. Це значно підвищує точність отриманих результатів і дає змогу зробити диференційовані висновки щодо психологічних потреб постраждалих. У наступному підпункті буде проаналізовано кількісні результати за кожною з методик.

2.2. Аналіз отриманих результатів та характеристика виявлених тривожних станів

Для вивчення особливостей тривожних станів у осіб, які постраждали від війни, було застосовано комплекс емпіричних методів, спрямованих на виявлення рівня, структури й інтенсивності тривожності. Спершу було проведено оцінювання за шкалою тривожності Спілбергера – Ханіна (STAI), що дозволяє роздільно оцінити ситуативний (СТ) та особистісний (ОТ) компоненти тривожності, що дає змогу глибше зрозуміти, чи пов'язані переживання респондентів із конкретною ситуацією, чи є стійкою характеристикою особистості. Цей інструмент виявився особливо корисним у роботі з людьми, що пережили наслідки війни, адже дозволяє встановити, чи

сформувалась у них тривожна реакція як постійний емоційний фон.

У дослідженні взяли участь 60 осіб віком від 20 до 50 років. Усі респонденти мають досвід переживання прямих чи опосередкованих наслідків бойових дій: втрата житла, поранення близьких, евакуація, обстріли, життя в окупації або підвищений рівень небезпеки. Застосування STAI дозволило виявити розподіл рівнів тривожності у вибірці та простежити особливості переживання ситуативних і хронічних емоційних реакцій.

Перед представленням кількісних результатів доцільно уточнити принципи інтерпретації шкали. Ситуативна тривожність (СТ):

- 20–30 балів — низький рівень;
- 31–45 балів — середній рівень;
- 46 і більше — високий рівень.

Особистісна тривожність (ОТ):

- 20–30 балів — низький рівень;
- 31–45 балів — середній рівень;
- 46 і більше — високий рівень.

Розподіл отриманих результатів наведено у таблиці 2.1.

Табл. 2.1.

Рівень ситуативної та особистісної тривожності у вибірці (за STAI)

Рівень тривожності	Ситуативна тривожність (СТ)	Особистісна тривожність (ОТ)
Низький	7 осіб (11,7%)	9 осіб (15%)
Середній	18 осіб (30%)	22 особи (36,7%)
Високий	35 осіб (58,3%)	29 осіб (48,3%)

Отримані дані свідчать про переважання високого рівня ситуативної тривожності, що характерно для ситуацій із високим ступенем невизначеності та ризику. Більше половини учасників (58,3%) вказали на значне емоційне напруження у момент опитування, що узгоджується з реаліями їхнього

повсякденного життя — загрозою ракетних обстрілів, втратою близьких, труднощами адаптації на новому місці.

При цьому високий рівень особистісної тривожності також зафіксовано майже в половині респондентів (48,3%). Це вказує на формування стійкої тривожної реакції, що не зникає після завершення безпосередньо небезпечної ситуації. Іншими словами, тривожність переходить у фонове відчуття напруги, яке супроводжує людину незалежно від контексту.

Цікаво, що середній рівень тривожності (31–45 балів) переважає в особистісній шкалі (36,7%) більше, ніж у ситуативній (30%). Це свідчить про поступове внутрішнє «вростання» тривожності в структуру особистості, що є типовим наслідком тривалого стресу або повторюваного травматичного досвіду.

Низький рівень тривожності виявлено лише у 7–9 осіб. Частина з них можуть бути людьми з високим рівнем психологічної стійкості, або ж тими, хто схильний до витіснення емоцій, що не завжди означає їхнє реальне благополуччя. Такі результати потребують подальшого уточнення в контексті інших методик.

Важливо зазначити, що у кількох респондентів виявлено розбіжність між рівнем ситуативної та особистісної тривожності. Наприклад, частина осіб, які мали високий показник ситуативної тривожності, водночас демонстрували середній або навіть низький рівень особистісної. Це може свідчити про те, що події останніх днів (наприклад, повітряна тривога, новини про бойові дії) були вирішальними для їхнього емоційного стану під час проходження опитування. Інша частина демонструє зворотний ефект — високий особистісний рівень при середньому ситуативному — що натякає на тривожну готовність як стійку рису особистості.

Загалом результати свідчать про те, що більшість учасників перебувають у стані емоційного напруження, що має як реактивний, так і хронічний характер. Виявлені показники тривожності підтверджують необхідність

розробки цілеспрямованих програм підтримки, які враховують не лише кризові обставини, а й довготривалі наслідки війни для психіки.

Другим діагностичним інструментом, використаним у рамках емпіричного дослідження, стала шкала тривожності Бека (BAI). Ця методика дозволяє оцінити інтенсивність тривожних симптомів, зокрема соматичних та когнітивних проявів. Особливо актуальною вона є у випадках, коли тривожність проявляється через тілесні відчуття, що трапляється досить часто у людей, які перебувають у стані хронічного стресу або пережили травматичні події.

BAI складається з 21 твердження, що описують типові симптоми тривоги: серцебиття, запаморочення, тремор, пітливість, напруження м'язів, страх втрати контролю тощо. Респондент оцінює, наскільки сильно його турбував кожен із цих симптомів протягом останнього тижня. Відповіді варіюються від 0 (не турбувало зовсім) до 3 (турбувало сильно). Згідно з методикою, сумарна кількість балів інтерпретується наступним чином:

- 0–9 балів — мінімальний рівень тривожності;
- 10–18 балів — помірний рівень тривожності;
- 19–29 балів — високий рівень тривожності;
- 30–63 бали — дуже високий рівень тривожності.

Результати діагностики наведено у таблиці 2.2.

Табл. 2.2.

Рівень тривожності за шкалою Бека

Рівень тривожності	Кількість осіб	Відсоток (%)
Мінімальний (0–9)	6	10,0 %
Помірний (10–18)	14	23,3 %
Високий (19–29)	22	36,7 %
Дуже високий (30–63)	18	30,0 %

Аналіз результатів свідчить про високий рівень тривожних симптомів у більшості учасників. Зокрема, дві третини вибірки (66,7%) мають високий або дуже високий рівень тривожності, що виражається у відчутті напруження, страху, тілесного дискомфорту. Ці результати доповнюють дані, отримані за шкалою Спілбергера – Ханіна, підтверджуючи, що тривожні стани в учасників дослідження не є тимчасовими або незначними — навпаки, мають соматизований і глибоко інтегрований характер.

Високий рівень (19–29 балів) було виявлено у 22 осіб (36,7%). Це свідчить про наявність постійного фізіологічного напруження, яке знижує якість життя, впливає на працездатність, здатність до концентрації та сну. Ще 18 осіб (30%) показали дуже високий рівень тривожності, що вказує на ризик розвитку гострих тривожних розладів, включно з панічними атаками або ПТСР.

Помірний рівень тривожності виявлено у 14 респондентів (23,3%). У цій групі прояви тривоги менш інтенсивні, проте все одно можуть негативно впливати на емоційний стан. Часто це — особи, які частково адаптувалися до нових умов, але залишаються емоційно вразливими.

Мінімальний рівень тривожності мають лише 6 осіб (10%). Варто зазначити, що низький бал за цією шкалою не завжди означає відсутність проблем — у частини респондентів могли бути механізми витіснення або недовіра до опитування, що призвело до занижених відповідей.

Якісне опрацювання анкет показало, що найчастіше серед симптомів респонденти відзначали:

- відчуття «роздратованих нервів»;
- труднощі з диханням або «здавлювання» у грудях;
- м'язову напругу, особливо в ділянці шиї й плечей;
- труднощі зі сном;
- «внутрішній тремор», не пов'язаний із зовнішніми факторами.

Ці симптоми, за відсутності медичних причин, можуть бути індикатором психологічної перенапруги, що виникає внаслідок хронічного страху, невизначеності та втрати відчуття контролю над життям — типових переживань у постраждалих від війни.

Завершальним етапом емпіричного дослідження стала діагностика за допомогою госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) — інструменту, спеціально адаптованого для оцінки психоемоційного стану людей у кризових або медичних умовах. Ця методика виявилася надзвичайно доречною в контексті роботи з людьми, що постраждали від війни, оскільки дозволяє одночасно виявити ознаки тривожних і депресивних реакцій без фокусування на тілесних симптомах, які можуть маскувати психологічні проблеми.

HADS включає 14 тверджень: 7 з них утворюють шкалу тривоги (HADS - A), ще 7 — шкалу депресії (HADS - D). Респонденти оцінювали частоту або інтенсивність кожного з проявів за шкалою від 0 до 3.

Рівні інтерпретуються наступним чином:

- 0–7 балів — норма;
- 8–10 балів — прикордонний рівень (сумнівний);
- 11 і більше балів — клінічно виражений рівень тривоги або депресії.

Результати представлено у табл. 2.3.

Табл. 2.3.

Рівні тривоги та депресії за шкалою HADS

Рівень емоційного стану	Тривожність (HADS-A)	Депресія (HADS-D)
Норма (0–7 балів)	13 осіб (21,7%)	18 осіб (30,0%)
Прикордонний (8–10)	19 осіб (31,7%)	21 особа (35,0%)
Клінічний (11 і більше)	28 осіб (46,6%)	21 особа (35,0%)

Аналіз даних свідчить про те, що майже половина респондентів (46,6%) демонструють клінічно значущий рівень тривожності, який вимагає професійної уваги. Ще 31,7% перебувають у прикордонній зоні — їхній емоційний стан може легко перейти в більш тяжкий, особливо за відсутності підтримки. Загалом лише 1 з 5 учасників має тривожність у межах норми — тобто стан, який не потребує втручання.

Рівень депресивних проявів виявився трохи нижчим: клінічну депресію показали 35% респондентів, ще стільки ж — на межі норми. Однак ці показники не менш тривожні, адже свідчать про емоційне виснаження, втрату енергії, песимізм, знижену мотивацію до дії — типові для людей, які довго перебувають у стані невизначеності чи втрати.

Особливо важливим є факт, що частина респондентів одночасно продемонструвала високі бали і за шкалою тривоги, і за шкалою депресії. Це свідчить про коморбідність — тобто співіснування двох порушень в одному емоційному просторі. Така комбінація ускладнює процес саморегуляції, призводить до ще глибших порушень сну, підвищеного рівня внутрішнього напруження, і в перспективі може мати негативні наслідки для соціального функціонування.

У якісному аспекті варто зазначити, що найчастіше респонденти позитивно відповідали на твердження з таких пунктів:

- «Я часто напружений/напружена і не можу розслабитися»;
- «Я відчуваю страх без видимої причини»;
- «Мені важко зосередитися на чомусь приємному»;
- «У мене знизився інтерес до того, що раніше приносило задоволення».

Ці відповіді свідчать не лише про наявність актуального емоційного дискомфорту, а й про втрату внутрішніх джерел підтримки — позитивних емоцій, натхнення, надії. У поєднанні з травматичним досвідом це формує ризик стійкої психоемоційної дезадаптації.

З метою виявлення зв'язків між показниками різних методик було проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона. Оскільки всі три інструменти вимірюють тривожність, але з різних боків — емоційного (STAI), соматичного (BAI) та комплексного (HADS) — важливо було з'ясувати, наскільки отримані показники узгоджуються між собою.

Аналіз охопив такі шкали:

- **СТ** — ситуативна тривожність (STAI),
- **ОТ** — особистісна тривожність (STAI),
- **BAI** — загальний бал за шкалою Бека,
- **HADS-A** — шкала тривожності госпітального опитувальника,
- **HADS-D** — шкала депресії госпітального опитувальника.

Результати кореляційного аналізу подано у таблиці 2.4.

Табл. 2.4.

Кореляційні зв'язки між шкалами STAI, BAI та HADS

Шкала	СТ (STAI)	ОТ (STAI)	BAI	HADS-A	HADS-D
СТ	—	0.62	0.67	0.69	0.41
ОТ	0.62	—	0.59	0.64	0.52
BAI	0.67	0.59	—	0.71	0.48
HADS-A	0.69	0.64	0.71	—	0.55
HADS-D	0.41	0.52	0.48	0.55	—

Кореляційний аналіз дозволив простежити взаємозв'язки між показниками тривожності, отриманими за різними методиками. У ході дослідження було встановлено, що найбільш тісно взаємопов'язаними є шкали тривожності за методикою Бека (BAI) та госпітальною шкалою HADS-A ($r = 0,71$). Це свідчить про те, що фізіологічні симптоми тривоги (тремор, порушення сну, м'язове напруження), які фіксуються в BAI, тісно переплітаються з суб'єктивним відчуттям тривоги, що оцінюється за HADS.

Іншими словами, чим вищий рівень соматичних проявів, тим сильніше людина переживає внутрішнє емоційне збудження, пов'язане з тривожністю.

Також підтверджено сильну позитивну кореляцію між ситуативною та особистісною тривожністю за шкалою Спілбергера – Ханіна ($r = 0,62$). Це вказує на те, що у більшості респондентів реакція на зовнішню небезпеку (ситуаційну загрозу) є тісно пов'язаною зі стійкою емоційною структурою особистості. Особи, схильні до підвищеної тривожності в повсякденному житті, демонструють ще більш виражену емоційну реакцію у відповідь на воєнні події, що й обумовлює високі показники за обома шкалами.

Показники особистісної тривожності також достовірно корелюють із загальним рівнем тривожності за шкалою HADS-A ($r = 0,64$), що підтверджує: особистісна тривожність не є ізольованим феноменом, а активно включена в загальну структуру емоційного реагування. Це дозволяє розглядати її як прогностичний чинник, який визначає чутливість людини до загрозливих впливів, зокрема у контексті війни.

Варто звернути увагу на помірний, але стабільний зв'язок між усіма шкалами тривожності та шкалою депресії HADS-D. Найтісніше вона корелює з особистісною тривожністю ($r = 0,52$), дещо слабше — з тривожністю за шкалою Бека ($r = 0,48$) та ситуативною тривожністю ($r = 0,41$). Це підтверджує психологічну закономірність: тривожний стан, особливо хронічний, нерідко супроводжується зниженням настрою, емоційною виснаженістю, втратою внутрішніх ресурсів. У багатьох респондентів виявлено одночасно високі показники і за шкалою тривоги, і за шкалою депресії, що вказує на розвиток коморбідних емоційних станів. Така взаємозалежність поглиблює ризики дезадаптації, ускладнює процес відновлення та потребує комплексного психологічного втручання.

Отримані результати засвідчили, що всі три методики — STAI, BAI та HADS — хоч і вимірюють різні аспекти тривожності, але формують узгоджений емоційний профіль. Найбільш тісно взаємодіють показники,

пов'язані з емоційним та тілесним реагуванням, тоді як депресивні прояви посідають окрему, хоч і пов'язану з тривожністю, нішу. Кореляційні зв'язки між шкалами підтверджують надійність діагностичного інструментарію та дають підстави для глибшого розуміння емоційного стану осіб, які постраждали від війни.

2.3. Рекомендації щодо зниження тривожності у постраждалих

Після аналізу отриманих емпіричних даних виявлено, що більшість учасників дослідження демонструють високий рівень тривожності, який має як ситуативну, так і стійку особистісну форму, нерідко супроводжуючись соматичними симптомами та ознаками депресивного стану. У контексті війни такі емоційні порушення не є патологічними, але потребують кваліфікованої психологічної підтримки та реалізації системи інтервенцій, спрямованих на стабілізацію психоемоційного стану. Зниження тривожності є пріоритетним завданням у роботі з постраждалими цивільними особами, оскільки саме тривога часто перешкоджає адаптації, соціалізації та поверненню до активного життя [2].

Одним із найбільш досліджених і практично випробуваних підходів є кризове втручання, ефективність якого обґрунтовують Л. Романовська та К. Олійник. Вони акцентують на важливості оперативної психологічної реакції — створення безпечного середовища, вербальної підтримки, зменшення рівня невизначеності та забезпечення базових емоційних потреб постраждалого у перші години після травматичної події [3].

Паралельно з цим, тіло відіграє критичну роль у процесах тривоги, а отже — тілесно-орієнтовані техніки, зокрема дихальні вправи, є фундаментальним інструментом відновлення. Дослідниці О.І. Боровик, Н.П. Вовк та Ю.А. Митник рекомендують інтегрувати у щоденну практику

дихальні методики («дихання по квадрату», діафрагмальне дихання), які мають доказову ефективність у зниженні фізіологічної напруги [4].

Серед немедикаментозних підходів значне місце посідає арт-терапія. Роботи Віталія Данкевича, Алли Литвинчук та їхніх колег підкреслюють, що заняття з глиною або вільне малювання дозволяють опрацювати емоції без необхідності вербалізації, що особливо важливо у роботі з людьми, які не готові говорити про свій досвід. Арт-терапія також сприяє розвитку рефлексії та стабілізації образу «Я» [8].

Одним із найбільш ефективних і водночас структурованих підходів до зниження тривожності є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Її застосування у воєнному контексті обґрунтовують Лариса Рахман, Оксана Плевачук та Ірина Шпильова. Вони розробили адаптовані протоколи, що допомагають виявити деструктивні мисленнєві схеми, навчитися керувати страхами та формувати навички емоційної саморегуляції [16].

Для роботи з глибоко вкоріненою травмою, зокрема у випадках посттравматичного стресового розладу, ефективною є EMDR-терапія (десенсибілізація та репроцесинг за допомогою руху очей). Її досліджував В.С. Воронцов, який відзначає значне зниження рівня тривожності вже після кількох сесій, зокрема у цивільних осіб, які пережили обстріли, втрати, насильство [23].

Інший вектор втручань стосується розвитку емоційного інтелекту та соціально-емоційного навчання, що має особливу цінність у роботі з дітьми та підлітками. Ліліт Лачініян і Марі Газарян у своїх дослідженнях наголошують, що формування навичок розпізнавання емоцій, саморегуляції, емпатії та позитивної комунікації сприяє зниженню тривожності і формує стійкість до стресу навіть у контексті травматизації [6].

Значну увагу дослідниці Л.В. Засекіна та М.А. Козігора приділяють груповим формам підтримки, які дозволяють відновити відчуття приналежності, обмінятися досвідом, отримати підтвердження, що

пережите — не унікальне. Групи є простором, де безпечно експериментувати з новими копінг-стратегіями та отримувати зворотний зв'язок у середовищі прийняття [5].

У контексті доступності, зокрема для внутрішньо переміщених осіб, особливу роль відіграє онлайн-психоедукація, яку активно впроваджує Марина Дворник. Вона розробила модулі дистанційної підтримки, які включають вправи на заземлення, пояснення природи тривожності, цифрові щоденники самоспостереження. Такий підхід забезпечує безперервність психологічної підтримки у віддалених або обмежених умовах [17].

Серед інноваційних підходів — зоотерапія та медіатерапія, ефективність яких у роботі з дітьми доводять О.П. Буцик і Н.І. Череповська. Їхні підходи спрямовані на активацію позитивного емоційного досвіду через контакт з тваринами, музикою або інтерактивними медіа — як спосіб зниження гіпертривожності та відновлення відчуття контролю [20; 22].

Важливе місце також займають інтегровані тренінги розвитку психологічної стійкості, які описують Вікторія Готич та Ольга Ігумнова. Вони пропонують поєднання тілесно-орієнтованих вправ, арт-терапевтичних технік і когнітивного тренування для розвитку посттравматичного зростання та підвищення витривалості до стресових факторів [15; 16].

Таким чином, найефективнішими є ті підходи, які поєднують кілька векторів — емоційний, когнітивний, поведінковий і тілесний, орієнтовані на довгострокову підтримку та мають гнучкість адаптації до конкретних умов. Принципи індивідуалізації, поетапності та міждисциплінарної взаємодії стають ключовими для забезпечення стійкого відновлення психоемоційного стану осіб, які постраждали внаслідок війни [1; 5; 10]. Зниження тривожності в цьому контексті виступає не лише як психотерапевтична мета, а як основа повернення людини до відчуття суб'єктності, безпеки й життєвої перспективи.

Висновки до розділу 2

Емпіричне вивчення особливостей тривожних станів у осіб, які постраждали внаслідок війни, дало змогу глибше проаналізувати емоційні наслідки пережитих подій, зокрема тих, що супроводжувалися загрозою життю, втратою житла, близьких, тривалим перебуванням у небезпечних умовах. Дослідження проводилось з використанням трьох психодіагностичних методик: шкали тривожності Спілбергера – Ханіна (STAI), шкали тривожності Бека (BAI) та госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), що дозволило охопити як когнітивний, так і соматичний аспекти тривожності.

Аналіз результатів за шкалою Спілбергера – Ханіна виявив переважання високого рівня як ситуативної, так і особистісної тривожності. Такий емоційний фон свідчить про глибоку вразливість до зовнішніх подразників, у тому числі пов'язаних із воєнним досвідом, та про сформовану емоційну напруженість як стійку внутрішню характеристику. Це вказує на те, що навіть за відсутності негайної загрози постраждалі особи схильні інтерпретувати навколишню дійсність як потенційно небезпечну.

Результати шкали Бека засвідчили наявність широкого спектру фізичних симптомів тривожного стану — тремор, біль у грудях, відчуття нестачі повітря, запаморочення. У багатьох респондентів ці симптоми мають стабільний характер, що дозволяє розглядати їх як частину психосоматичного реагування на травму. Високі значення за шкалою BAI є показовими для хронічної тривоги, яка закріплюється у тілі та впливає на загальне самопочуття людини.

Застосування госпітальної шкали HADS дозволило простежити не лише рівень тривоги, але й прояви депресивних станів. Виявлено, що у значної частини респондентів показники за обома шкалами перевищують нормативні значення. Це свідчить про наявність емоційної коморбідності — поєднання

тривожних і депресивних симптомів, що значно ускладнює адаптацію, посилює почуття безнадійності та може спричиняти втрату життєвої мотивації. Особливу тривогу викликає той факт, що у частини опитаних відзначено підвищену емоційну відстороненість, втомленість, втрату інтересу до повсякденного життя, що вимагає негайного реагування з боку системи психологічної допомоги.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність значущих статистичних взаємозв'язків між шкалами. Так, сильна позитивна кореляція між показниками за STAI та BAI свідчить про узгодженість когнітивних і фізіологічних проявів тривоги. Значуща кореляція між особистісною тривожністю та рівнем тривоги за HADS демонструє стійкий вплив особистісних рис на сприйняття та інтерпретацію стресових ситуацій. Водночас помірна кореляція з депресивними проявами вказує на те, що навіть за умов підвищеної тривожності не у всіх випадках відбувається перехід до депресії, однак ризик такого розвитку подій залишається високим.

Узагальнюючи результати всіх трьох методик, можна стверджувати, що емоційний стан осіб, які постраждали від війни, характеризується високою інтенсивністю тривоги, наявністю тривожних думок, тілесних симптомів і зниженням енергетичного ресурсу. Ці показники формують єдиний психологічний профіль, типовий для людини в умовах хронічної нестабільності та емоційного виснаження.

Результати дослідження вказують на необхідність системного підходу до надання психологічної допомоги цій групі населення. Йдеться не лише про кризове втручання, а й про довгострокову підтримку, яка має включати когнітивну корекцію тривожних переконань, роботу з тілом, нормалізацію фізіологічного стану, зміцнення почуття безпеки та стабілізацію повсякденного життя. Важливо, щоб втручання були різноманітними – індивідуальними, груповими, особистими та дистанційними – з урахуванням доступності, мобільності та культурного контексту постраждалих осіб.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило комплексно проаналізувати феномен тривожних станів, що виникають у осіб, які постраждали від війни, з урахуванням як психологічної природи цього явища, так і впливу зовнішніх травматичних чинників, соціального контексту та вікової специфіки.

У теоретичному розділі науково обґрунтовано, що тривожність не є однорідним або статичним явищем — вона постає як динамічний, багаторівневий психоемоційний процес, що розгортається у відповідь на реальні або уявні загрози. Проаналізовано класифікації тривожності за формами прояву (ситуативна, особистісна), за адаптивністю (нормальна, невротична), за специфікою розладів (панічна, соціальна, генералізована, фобічна, посттравматична) та за впливом на поведінку (мобілізуюча, демобілізуюча). Уточнено, що в умовах війни тривожність переважно набуває хронічного характеру й переплітається з іншими емоційними порушеннями.

Окрему увагу приділено психотравмуючим чинникам, зокрема досвіду втрати житла, безпосереднього перебування у зоні бойових дій, вимушеного переселення, загрози життю або здоров'ю близьких. Показано, що такі події формують глибокі зрушення в емоційній та когнітивній сферах, провокують виникнення патологічної тривожності, флешбеків, уникнення, емоційного відчуження та психосоматичних симптомів. На цьому тлі обґрунтовано застосування адаптивних моделей терапії, зокрема когнітивно-поведінкового підходу, EMDR, експозиційної терапії та методів саморегуляції.

Важливою аналітичною лінією роботи стало вивчення вікових та соціальних чинників, що модифікують прояви тривожності. Установлено, що діти та підлітки виявляють підвищену емоційну вразливість через недостатньо сформовані механізми саморегуляції. Молодь демонструє тривожність, що переплітається з фрустрацією майбутніх очікувань. У дорослих домінують емоційне виснаження, страх втрати стабільності та відповідальності за інших.

Особи похилого віку переживають тривогу як екзистенційне відчуття беззахисності. Соціальні фактори, як-от розрив соціальних зв'язків, матеріальні втрати, інформаційне перенасичення, значною мірою посилюють тривожні стани, тоді як наявність соціальної підтримки, структурованість повсякденного життя й адаптивні копінг-стратегії діють як захисні буфери.

У другому розділі роботи реалізовано емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення рівня, форми та структури тривожності в осіб, які постраждали від війни. Дослідження охопило 60 респондентів віком від 20 до 50 років, які мали досвід втрат, переміщення або перебування у зоні підвищеної небезпеки. Застосовано три валідні психодіагностичні методики — шкалу тривожності Спілбергера – Ханіна (STAI), шкалу тривожності Бека (BAI) та госпітальну шкалу тривоги й депресії (HADS), що дозволило здійснити диференційований аналіз ситуативної, особистісної, соматизованої та депресивно-модифікованої тривожності.

Отримані результати засвідчили високий рівень тривожності у значної частини вибірки: переважна більшість учасників виявляли підвищені або клінічно значущі показники за всіма шкалами. Особливо вираженою виявилася соматизована тривожність (BAI), що свідчить про домінування тілесних симптомів у структурі емоційного реагування. За шкалою HADS значна частина респондентів також мала прикордонні або клінічні прояви депресивності, що вказує на коморбідність тривожних і депресивних станів у постраждалих. Дані STAI підтвердили як високу ситуативну реактивність (наслідок актуального воєнного контексту), так і стійку особистісну тривожність — наслідок довготривалого травматичного впливу.

На основі аналізу результатів розроблено систему психологічних рекомендацій, що включає психоосвітні, когнітивно-поведінкові та тілесно-орієнтовані втручання, а також поради щодо зміцнення соціальної підтримки. Підкреслено необхідність індивідуалізації допомоги з урахуванням віку, попереднього досвіду та типу прожитої травми. Рекомендовано розширення

програм первинної профілактики тривожних розладів у громадах, що постраждали від війни, із залученням ресурсів освітніх, медичних і громадських інституцій.

Таким чином, результати дослідження підтверджують актуальність проблеми тривожних станів у воєнному контексті, виявляють їх багатофакторну природу та демонструють необхідність комплексного підходу до виявлення, профілактики й психокорекції тривожних реакцій у постраждалого населення. Практична цінність дослідження полягає в можливості використання його результатів у діяльності психологів, соціальних працівників, волонтерів та кризових інтервентів, що працюють у зоні конфлікту або з внутрішньо переміщеними особами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 1. Алексенко Є.А. Тривога. Історії наднеспокійних людей. Київ. 2018. 156 с.
2. Ахмедов Т. І. Психологічні проблеми тривожності. 2019. С. 23–30.
3. Барінов Д. Н. Соціоструктурні джерела тривожності. Вип. 10. 2020. С. 147–150.
4. Барсукова Є. У. Реактивна тривожність – природне чи набутий стан організму. Сучасна педагогіка. 2019. № 10 (47). С. 73–78.
5. Березін Ф. Б. Психічна та психофізіологічна адаптація людини. 2016. 121 с.
6. Беляєв В. П. Тривоги прожитого дня. Київ 2018. 488 с.
7. Бігун Н. І. Профілактична робота в практичній психології : навч.-метод. комплекс дисципліни. Кам'янець-Подільський 2019. 96 с.
8. Бізюк О. П. Особистість та тривога : навч. посіб. 2019. 236 с.
9. Білова М. Е. Психологічні особливості осіб з різним рівнем стресостійкості (на прикладі працівників стресогенних професій). Одеса 2020. 320 с.
10. Буцик О. П. Анімалотерапія як засіб подолання тривожності в умовах війни. *Актуальні задачі сучасних технологій : зб. тез доповідей XIII міжнар. наук.-практ. конф. молодих учених та студентів (Тернопіль, 11–12 грудня 2024) / М-во освіти і науки України, Терн. нац. техн. ун-т ім. І. Пулюя [та ін.]. Тернопіль : ФОП Паляниця В. А., 2024. С. 385–386. URL: https://tntu.edu.ua/storage/pages/00001070/TNTU_Aktualni_zadachi_suchasnyh_tehnologiy_2024.pdf (дата звернення: 31.05.2025).*
11. Виноград О. В. Основи службової кінології : навч. посіб. Хмельницький : Меркьюріті-Поділля, 2011. 192 с.
12. Гічан І. С. Порівняльна психологія. Зоопсихологія : конспект лекцій. Київ : НАУ, 2003. 73 с.

13. Готич В. О. Зміст інтегрованої соціально-психологічної програми розвитку посттравматичного зростання як чинника формування психологічної стійкості студентів в умовах війни. *Психологічні студії*. 2024. № 1. С. 33–41. URL: <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2024.1.4> (дата звернення: 31.05.2025).
14. Дворник М. Онлайн-модулі психологічної підтримки громадян України у воєнний час. *Herald of the national academy of educational sciences of ukraine*. 2022. Т. 4, № 2. С. 1–5. URL: <https://doi.org/10.37472/v.naes.2022.4217> (дата звернення: 31.05.2025).
15. Дельфінотерапія. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/Дельфінотерапія> (дата звернення: 31.05.2025).
16. Емоційно-психологічний стан українців : звіт за результатами онлайндослідження “Емоційно-психологічний стан українців” / Український інститут майбутнього. 22.02.2023. URL: <https://uifuture.org/publications/emoczijno-psyhologichnyj-stanukrayincziv%E2%82%AC%91%BC/> (дата звернення: 31.05.2025).
17. Зливков В. Л. Психологічні аспекти організації системи реабілітації військових, що повернулися із зони АТО. Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. пр. Харків 2020. № 4 (38). С. 177–184.
18. Кіндратець О. М. Розмежування українського суспільства в процесі демократизації. Політичний менеджмент. 2021. № 6. С. 31–41.
19. Клименко І. С. Особливості, що впливають на медико-психологічний супровід постраждалих осіб: аналіз даних та практичні рекомендації. *Інклюзія і суспільство*. 2024. № 2. С. 74–81. URL: <https://doi.org/10.32782/2787-5137-2024-2-11> (дата звернення: 31.05.2025).
20. Методика «Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) тривожності» (Ч. Д. Спілберг, Ю. Л. Ханін). URL: <http://surl.li/efjir> (дата звернення: 20.05.2025).

21. Романовська Л., Олійник К. Методи ефективної психологічної допомоги постраждалим під час війни в Україні. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2024. С. 54–61. URL: [https://doi.org/10.31392/udu-nc.series12.2024.25\(70\).06](https://doi.org/10.31392/udu-nc.series12.2024.25(70).06) (дата звернення: 31.05.2025).
22. Шевченко С. В. Психологічні аспекти розвитку емоційної стійкості осіб, постраждалих під час війни. *Слобожанський науковий вісник. серія: психологія*. 2024. № 2. С. 102–106. URL: <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.2.19> (дата звернення: 31.05.2025).
23. Altemus M., Sarvaiya N., Neill Epperson C. Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2014. Vol. 35, no. 3. P. 320–330.
24. Approaches to restoring the mental health of the war-affected population of Ukraine: art therapy as a method of rehabilitation for veterans and civilians / V. Dankevych et al. *Věda a perspektivy*. 2024. No. 7(38). URL: [https://doi.org/10.52058/2695-1592-2024-7\(38\)-174-185](https://doi.org/10.52058/2695-1592-2024-7(38)-174-185) (date of access: 31.05.2025).
25. Apsche J. Mediation analysis of Mode Deactivation Therapy (MDT). *The Behavior Analyst Today*. 2018. Vol. 13(2). P. 2–10.
26. Apsche J. Mode Deactivation Therapy (MDT): Case conceptualization. *The Behavior Analyst Today*. 2019. Vol. 4(1). P. 47–58.
27. Baer R. Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*. 2019. Vol. 11(3). P. 191–206.
28. Baer R. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*. 2020. Vol. 15(3). P. 329–342.
29. Bem S. L. Gender schema theory: a cognitive account of sex typing. *Psychological Review*. 1981. Vol. 88. P. 354.

30. Bishop S. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2018. Vol. 11. P. 230–241.
31. Brown K. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*. 2019. Vol. 18(4). P. 211–237.
32. Brown K. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2019. Vol. 84. P. 822–848.
33. Calleja N. Book review: Mode deactivation therapy for aggression and oppositional behavior in adolescents. *The Family Journal*. 2020. Vol. 22. P. 135–136.
34. Cardaciotto L. The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia mindfulness scale. *Assessment*. 2018. Vol. 15(2). P. 204.
35. Creswell J. Mindfulness Interventions. *Annual Review of Psychology*. 2018. Vol. 68. P. 240–251.
36. Samara O. Psychological aid to victims of war and the COVID pandemic-19 in Ukraine. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2022. Vol. 13, No. 4. P. 227–241. ISSN 2067-3957.