

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ ДЗВО
«УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ
Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»

Рішенням засідання кафедри
педагогіки, психології та менеджменту
Протокол № 6 від 08 травня 2026 р.

завідувачка кафедри

Юлія ГЕРАСИМЕНКО

підпис

**«ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ В
УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ»**

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність 053 Психологія

Освітньо-професійна програма «Психологія»

Здобувачка вищої освіти
групи ПС-24-13-ЗМ

МАРТИНЕНКО Ірина Григорівна

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук, доцент

ІНЖИЄВСЬКА Леся Анатоліївна

Біла Церква – 2026

Протокол аналізу звіту подібності

Заявляю, що я ознайомився (-лась) з Повним звітом подібності, який був згенерований Системою виявлення і запобігання щодо роботи:

Автор: Мартиненко Ірина Григорівна, група ПС-24-13-зМ

Назва: ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Керівник: Інжигєвська Леся Анатоліївна

Підрозділ: Bila Tserkva institute of continuous professional education

Коефіцієнт подібності 1: 0.8%

Мікропробіли: 0

Заміна букв: 0

Інтервали: 0

Після аналізу Звіту подібності констатую наступне:

Запозичення, виявлені в роботі є законними і не є плагіатом. Рівень подібності не перевищує допустимої межі. Таким чином робота незалежна і приймається.

Запозичення не є плагіатом, але перевищено граничне значення рівня подібностей. Таким чином робота повертається на доопрацювання.

Виявлено запозичення і плагіат або навмисні текстові спотворення (маніпуляції), як передбачувані спроби укриття плагіату, які роблять роботу невідповідною вимогам законодавства (Ст. 26. ЗУ Про фахову передвищу освіту, пункт 3.1, Ст. 42. ЗУ Про освіту) та вимог НАЗЯВО (Критерій 5), а також кодексу етики і процедурам. Таким чином робота не приймається.

Висновок:

Відсутність оригінальності за системою Strike Plagiarism 0,8% вказує на
встановлений вишом. Високий рівень оригінальності. Допускається
до захисту/рецензування.

Дата 01.05.2026 р.

Відповідальний за антиплагіатну технічну експертизу у Білоцерківському інституті неперервної професійної освіти ДЗВО «Університет менеджменту освіти» НАПН України:

Підпис _____

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ ДЗВО
«УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ
Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 Психологія

Освітньо-професійна програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри

Сіме

« 19 » *січня* 2026 року

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу здобувачці освіти

Мартиненко Ірина Григорівна

Тема роботи: «Психологічні механізми подолання тривожності в умовах воєнного стану»

Науковий керівник: ІНЖИЄВСЬКА Леся Анатоліївна, кандидат психологічних наук, доцент. Затверджені наказом БІНПО від «12» січня 2026 року №01-06/03

Строк подання здобувачем освіти роботи 04 травня 2026 року.

Вихідні дані до роботи: дослідження психологічних механізмів подолання тривожності в умовах воєнного стану ґрунтується на аналізі нормативно-правових актів, наукових праць, публікацій у фахових періодичних виданнях, монографій вітчизняних і зарубіжних учених, власних спостережень.

Перелік питань, які потрібно розробити:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння тривожності, стресу, травматичного досвіду та копінг-стратегій, визначити специфіку їх прояву у матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану.
2. Охарактеризувати психологічні механізми подолання тривожності відповідно до психотілесного підходу Дж. С. Гордона та обґрунтувати його застосовність для роботи з досліджуваною категорією осіб.
3. Організувати та провести емпіричне дослідження рівня тривожності, стресового навантаження, емоційного вигорання, матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану.

4. Розробити та апробувати корекційну програму на основі підходу Дж. С. Гордона, спрямовану на зниження тривожності, розвиток адаптивних копінг-стратегій і формування психологічної стійкості у досліджуваних.

Консультанти розділів роботи

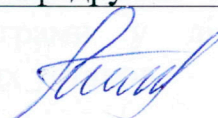
Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	ІНЖИЄВСЬКА Леся Анатоліївна, кандидат психологічних наук, доцент	13.01.2026 р.	13.01.2026 р.
2	ІНЖИЄВСЬКА Леся Анатоліївна, кандидат психологічних наук, доцент	10.02.2026 р.	10.02.2026 р.
3	ІНЖИЄВСЬКА Леся Анатоліївна, кандидат психологічних наук, доцент	17.03.2026 р.	17.03.2026 р.

Дата видачі завдання 13.01.2026 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Узгодження теми, складання змісту	січень	Виконано
2	Вивчення літературних джерел	січень	Виконано
3	Збирання матеріалу на підприємстві	січень	Виконано
4	Обробка матеріалу	лютий	Виконано
5	Виконання розділу 1	лютий	Виконано
6	Виконання розділу 2	березень	Виконано
7	Виконання розділу 3	квітень	Виконано
8	Формулювання висновків	квітень	Виконано
9	Оформлення роботи, одержання відгуку та рецензії	травень	Виконано
10	Подання роботи на кафедру	травень	Виконано

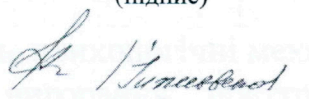
Здобувачка освіти



 (підпис)

Ірина МАРТИНЕНКО

Керівник роботи



 (підпис)

Леся ІНЖИЄВСЬКА

АНОТАЦІЯ

Мартиненко І. Г. Психологічні механізми подолання тривожності в умовах воєнного стану. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр» за спеціальністю 053 Психологія. Білоцерківський інститут неперервної професійної освіти ДЗВО «Університет менеджменту освіти» НАПН України. Біла Церква, 2026. 114 с.

Роботу присвячено теоретичному обґрунтуванню та емпіричному вивченню психологічних механізмів подолання тривожності у матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану, а також розробленню й апробації корекційної програми «Архітектура стійкості». Об'єктом дослідження є тривожність особистості, предметом — психологічні механізми її подолання у зазначеної категорії жінок. У роботі систематизовано теоретичні підходи до розуміння тривожності в межах когнітивно-поведінкового, психоаналітичного, екзистенційного, нейробиологічного та ресурсного напрямів, а також охарактеризовано психотілесну модель Дж. С. Гордона як методологічну основу корекційної роботи. Визначено специфіку психологічної вразливості матерів, чий емоційний стан формується під одночасним впливом воєнних загроз та безперервного доглядового навантаження.

Емпіричне дослідження проведено на базі Центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю Васильківської міської ради «Здоров'я» за участю 70 жінок, розподілених на експериментальну та контрольну групи по 35 осіб. Застосовано методики Спілбергера, Бека, Холмса та Раге, Бойка, PCL-5 та опитувальник копінг-стратегій Лазаруса. На констатувальному етапі у більшості учасниць зафіксовано високий рівень особистісної тривожності, стресового навантаження, ознаки емоційного вигорання та посттравматичного стресу, а в структурі копінг-стратегій переважали уникнення і дистанціювання. На основі отриманих даних розроблено й апробовано корекційну програму «Архітектура стійкості», що складалася з 8 групових занять упродовж 2 місяців і охоплювала психоедукацію, дихальні практики, сенсорне заземлення, роботу з емоціями, кризове планування та формування індивідуального плану самопомоги. Контрольна діагностика засвідчила суттєве зниження рівнів тривожності, емоційного вигорання та посттравматичних симптомів в експериментальній групі порівняно з контрольною. Практичне значення результатів полягає у можливості впровадження програми у діяльність центрів реабілітації, психологічних служб та соціальних установ.

Ключові слова: тривожність, психологічні механізми подолання, воєнний стан, копінг-стратегії, емоційне вигорання, посттравматичний стрес, корекційна програма, психотілесний підхід, резильєнтність.

ABSTRACT

Martynenko I. H. Psychological mechanisms of overcoming anxiety under martial law. Master's thesis in specialty 053 Psychology. Bila Tserkva Institute of Continuous Professional Education, State Higher Education Institution "University of Educational Management", National Academy of Educational Sciences of Ukraine. Bila Tserkva, 2026. 114 p.

The thesis is devoted to the theoretical substantiation and empirical investigation of psychological mechanisms of overcoming anxiety in mothers raising children with disabilities under martial law, as well as to the development and approbation of the correctional program "Architecture of Resilience". The object of the study is personal anxiety; the subject is the psychological mechanisms of its overcoming in the specified category of women. Theoretical approaches to anxiety are systematized within cognitive-behavioral, psychoanalytic, existential, neurobiological, and resource-based frameworks. The mind-body model of J. S. Gordon is characterized as the methodological foundation of the correctional work. The specific psychological vulnerability of mothers whose emotional state is shaped by the simultaneous impact of wartime threats and continuous caregiving demands is identified.

The empirical study was conducted at the Vasylykiv City Comprehensive Rehabilitation Center for Children with Disabilities "Zdorovia" involving 70 women divided into experimental and control groups of 35 persons each. The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, Beck Anxiety Inventory, Holmes and Rahe Stress Scale, Boyko Emotional Burnout Technique, PCL-5, and Lazarus Coping Strategies Questionnaire were applied. At the ascertaining stage the majority of participants demonstrated high levels of trait anxiety, stress load, emotional burnout, and posttraumatic stress, with avoidance and distancing dominating the coping profile. The eight-session correctional program "Architecture of Resilience", implemented over 2 months and comprising psychoeducation, breathing practices, sensory grounding, emotional processing, crisis planning, and individual self-help plan development, produced significant reductions in anxiety, emotional burnout, and posttraumatic stress in the experimental group compared to the control group. The practical significance lies in the applicability of the program in rehabilitation centers, psychological services, and social institutions supporting families of children with disabilities.

Keywords: anxiety, psychological coping mechanisms, martial law, coping strategies, emotional burnout, posttraumatic stress, correctional program, mind-body approach

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ» НАПН УКРАЇНИ
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ
Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

В І Д Г У К

**наукового керівника на кваліфікаційну роботу здобувача вищої освіти
другого (магістерського) рівня**

Мартиненко Ірини Григорівни
(прізвище, ім'я та по батькові здобувача)

за темою:

**«ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ В
УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ»**
(назва теми роботи)

Актуальність запропонованої теми дослідження полягає у зростанні психологічного навантаження на населення України в умовах воєнного стану, коли тривала небезпека, невизначеність, інформаційне перевантаження, порушення звичного способу життя та необхідність постійної адаптації істотно підвищують ризик формування стійких тривожних станів. Особливої наукової і практичної значущості проблема набуває щодо матерів, які виховують дітей з інвалідністю, оскільки їхній психоемоційний стан формується під одночасним впливом воєнних загроз, відповідальності, доглядового навантаження, потреби в організації лікування, реабілітації, безпеки та соціальної підтримки.

У кваліфікаційній роботі магістра розкрито теоретичні засади вивчення тривожності як складного психологічного явища, що охоплює емоційні, когнітивні, тілесні, поведінкові та соціальні прояви. Авторкою проаналізовано основні наукові підходи до розуміння тривожності, стресу, травматичного досвіду, емоційного вигорання та копінг-стратегій, а також обґрунтовано доцільність використання психотілесного підходу Джеймса С. Гордона для подолання тривожності в умовах тривалого стресового впливу. Значущим є те, що в роботі тривожність розглядається не ізольовано, а у взаємозв'язку зі стресовим навантаженням, посттравматичними проявами, емоційним виснаженням, особливостями саморегуляції та соціальної підтримки.

Здобувачка продемонструвала належний рівень підготовленості до виконання наукового дослідження, уміння працювати з джерельною базою, систематизувати теоретичний матеріал, зіставляти різні наукові позиції та формувати власні узагальнення. У роботі використано комплекс теоретичних і

емпіричних методів дослідження, зокрема аналіз, узагальнення, систематизацію, психодіагностичне обстеження, кількісний і якісний аналіз результатів. Емпірична частина роботи є достатньо обґрунтованою, оскільки охоплює дослідження 70 матерів дітей з інвалідністю, розподілених на експериментальну та контрольну групи, що дало змогу порівняти результати до і після реалізації корекційної програми.

Науково-практичну цінність роботи становить розроблення й апробація корекційної програми «Архітектура стійкості», спрямованої на зниження тривожності, послаблення емоційного напруження, розвиток навичок саморегуляції, формування адаптивних копінг-стратегій і підтримання психологічної стійкості матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. Програма має прикладний характер і може бути використана практичними психологами, фахівцями центрів комплексної реабілітації, соціальними працівниками та консультантами батьківських груп підтримки.

Матеріал кваліфікаційної роботи викладено логічно, послідовно й аргументовано. Структура роботи відповідає її меті та завданням, а висновки випливають із результатів теоретичного аналізу й емпіричного дослідження. Здобувачка виявила достатній ступінь самостійності під час добору наукових джерел, організації емпіричного дослідження, аналізу отриманих результатів і формулювання практичних рекомендацій. Робота містить елементи наукової новизни, які полягають в уточненні психологічних механізмів подолання тривожності у матерів дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану та в адаптації психотілесного підходу до потреб цієї цільової групи.

Відсоток оригінальності кваліфікаційної роботи за результатами перевірки в системі StrikePlagiarism становить 0.8 %. Після внесення цього показника зі звіту перевірки відгук може бути поданий у завершеному вигляді.

Вважаю, що кваліфікаційна робота Мартиненко Ірини розкрита на належному теоретичному та практичному рівнях, містить елементи наукової новизни, оформлена згідно зі встановленими вимогами та рекомендується до захисту на засіданні екзаменаційної комісії. Кваліфікаційна робота заслуговує 92 бали: оцінка ECTS — А, оцінка за національною шкалою — відмінно.

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук, доцент,
посада, науковий ступінь, вчене звання



Лєся ІНЖИЄВСЬКА

підпис

«04» травня 2026 р.

ЗМІСТ

ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	14
1.1. Феномен тривожності у психологічній науці: поняття, види, теоретичні підходи.....	14
1.2. Психологічні механізми подолання тривожності за Дж. С. Гордона	21
1.3. Психологічні особливості переживання тривожності в умовах воєнного стану.....	25
Висновки до розділу 1	32
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	34
2.1. Організація емпіричного дослідження психологічних механізмів подолання тривожності в умовах воєнного стану	34
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних механізмів подолання тривожності в умовах воєнного стану	44
2.3. Практичні рекомендації щодо подолання тривожності у матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану.....	55
Висновки до розділу 2	61
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБЛЕННЯ ТА АПРОБАЦІЯ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ «АРХІТЕКТУРА СТІЙКОСТІ» ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	64
3.1. Методологічне обґрунтування корекційної програми «Архітектура стійкості» на основі підходу Джеймса С. Гордона	64
3.2. Структура та зміст корекційної програми «Архітектура стійкості»	70
3.3. Аналіз ефективності адаптованої корекційної програми	79
Висновки до розділу 3	91
ВИСНОВКИ.....	94
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ.....	97
ДОДАТКИ.....	106

ВСТУП

Актуальність дослідження зумовлена посиленням психологічного навантаження на населення України в умовах воєнного стану, коли тривала невизначеність, загроза життю, порушення звичного способу життя, інформаційне перевантаження та необхідність постійної адаптації стають чинниками хронічного стресу. Особливої уваги в такій ситуації потребують матері, які виховують дітей з інвалідністю, оскільки їхній психоемоційний стан формується під впливом загальної воєнної небезпеки і постійної відповідальності за дитину, необхідності забезпечення догляду, реабілітації, лікування, безпеки, побутової організації та соціальної підтримки. У таких умовах тривожність може набувати стійкого характеру, поєднуватися з емоційним виснаженням, посттравматичними проявами, зниженням ресурсу саморегуляції та використанням не завжди адаптивних стратегій подолання стресу. Проблема тривожності в умовах воєнного стану є складною, оскільки вона не обмежується ситуативним хвилюванням або короткочасною реакцією на небезпеку. У матерів, які виховують дітей з інвалідністю, тривожність часто пов'язана з постійним очікуванням загрози, страхом за майбутнє дитини, складністю планування, порушенням сну, тілесним напруженням, відчуттям безпорадності та перевантаженням доглядовими обов'язками. Ця категорія жінок потребує діагностики психологічного стану, а також практичних засобів підтримки, які можуть бути використані в реальних умовах повсякденного життя. Тому актуальним є вивчення психологічних механізмів подолання тривожності та розроблення корекційної програми, спрямованої на формування стійкості, саморегуляції, соціальної підтримки та адаптивних копінг-стратегій.

Аналіз наукової літератури свідчить, що проблема тривожності в умовах воєнного стану розглядається в межах психології стресу, психотравматології, кризової психології та теорії копінг-поведінки. Теоретичні засади дослідження тривожності представлені у працях Ч. Спілбергера, А. Бека, З. Фройда, К. Горні, Р. Мея, А. Елліса та А. Бандури. Ч. Спілбергер розмежував ситуативну й

особистісну тривожність, А. Бек акцентував увагу на когнітивних і тілесних проявах тривоги, а представники психоаналітичного, екзистенційного та когнітивного напрямів пов'язували тривожність із загрозою, внутрішнім конфліктом, невизначеністю, втратою контролю та неадаптивними переконаннями. Проблема стресу та способів його подолання розкривається у працях Г. Сельє, Р. Лазаруса, С. Фолкман, Т. Холмса, Р. Раге, А. Антоновського, Н. Ендлера, Дж. Паркера, Ч. Карвера та М. Шейєра. Г. Сельє обґрунтував загальний адаптаційний синдром, Р. Лазарус і С. Фолкман розробили транзакційну модель стресу й копіngu, а Т. Холмс і Р. Раге запропонували оцінювати життєві події як чинники стресового навантаження. У межах цієї роботи зазначені підходи важливі тому, що тривожність матерів дітей з інвалідністю формується під впливом воєнної загрози і через постійне накопичення доглядових, побутових, соціальних і медичних труднощів.

Питання психологічної травми та посттравматичних симптомів висвітлено у працях Дж. Германа, Б. ван дер Колка, Е. Фоа, Ф. Шапіро, П. Левіна, В. Франкла та Дж. С. Гордона. Особливе значення для дослідження має психотілесний підхід Джеймса С. Гордона, викладений у праці «Трансформація травми: шлях до надії та зцілення». Автор розглядає травму як досвід, що охоплює психіку, тіло, емоції, соціальні зв'язки й здатність людини відновлювати сенс життя. Запропонована ним модель зцілення передбачає дихальні практики, рух, усвідомлення емоцій, письмо, групову підтримку, самопіклування та відновлення внутрішніх ресурсів. Саме ці ідеї покладено в основу програми «Архітектура стійкості».

Проблема емоційного вигорання досліджувалася Г. Фройденбергером, К. Маслач, С. Джексон, В. Бойком та А. Пайнс. У їхніх працях вигорання трактується як наслідок тривалого емоційного напруження, виснаження ресурсів і формування захисного дистанціювання. Для матерів, які виховують дітей з інвалідністю, ця проблема виявляється гостріше, ніж у загальній популяції, оскільки доглядова праця часто має безперервний характер, а в умовах воєнного стану посилюється страхом за дитину, нестачею відпочинку, фінансовими труднощами та обмеженням соціальної підтримки. У контексті сімей, які

виховують дітей з інвалідністю, важливими є праці Л. Виготського, В. Синьова, Т. Сак, А. Колупаєвої, Н. Софій та дослідження батьківського стресу й підтримки доглядальників. У них підкреслюється, що батьки дітей з інвалідністю потребують інформаційної, психологічної, соціальної та ресурсної допомоги.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні психологічних механізмів подолання тривожності у матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану, а також у розробленні й апробації корекційної програми «Архітектура стійкості».

Об'єктом дослідження є тривожність особистості.

Предмет дослідження: психологічні механізми подолання тривожності у матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану.

Відповідно до мети та гіпотези було визначено такі завдання дослідження:

1. проаналізувати теоретичні підходи до розуміння тривожності, стресу, травматичного досвіду та копінг-стратегій;
2. охарактеризувати психологічні особливості матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану;
3. організувати та провести емпіричне дослідження рівня тривожності, стресового навантаження, емоційного вигорання, посттравматичних симптомів і копінг-стратегій;
4. здійснити порівняльний аналіз показників експериментальної та контрольної груп на констатувальному етапі; розробити корекційну програму на основі психотілесного підходу Джеймса С. Гордона;
5. перевірити ефективність програми шляхом контрольної діагностики;
6. сформулювати практичні рекомендації щодо подолання тривожності у матерів, які виховують дітей з інвалідністю.

Для розв'язання поставлених завдань було використано **комплекс методів** дослідження. Теоретичні методи включали аналіз, узагальнення, систематизацію та порівняння наукових підходів до проблеми тривожності, стресу, травми, емоційного вигорання та копінг-поведінки. Емпіричні методи охоплювали психодіагностичне обстеження за методикою дослідження особистісної

тривожності Ч. Спілбергера, шкалою тривоги Бека, шкалою Холмса Раге, методикою діагностики рівня емоційного вигорання В. Бойка, шкалою посттравматичного стресу PCL 5 та опитувальником копінг-стратегій Лазаруса. Для оброблення результатів застосовувалися кількісний і якісний аналіз, порівняння показників експериментальної та контрольної груп, а також узагальнення отриманих емпіричних даних у таблицях.

Емпіричною базою дослідження став Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю Васильківської міської ради «Здоров'я». У дослідженні взяли участь 70 жінок, які є матерями дітей з інвалідністю. Респонденток було поділено на експериментальну та контрольну групи по 35 осіб у кожній. Експериментальна група брала участь у корекційній програмі «Архітектура стійкості», що складалася з 8 занять і реалізовувалася протягом 2 місяців із частотою 1 раз на тиждень. Контрольна група отримала лише практичні рекомендації без проходження повної програми, що дало змогу порівняти ефективність системного формувального впливу та інформаційно-рекомендаційної підтримки. Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що тривожність матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану, пов'язана з поєднанням особистісної тривожності, тривожного стану, стресового навантаження, емоційного вигорання, посттравматичних симптомів і домінування неадаптивних копінг-стратегій. Передбачається, що впровадження корекційної програми, побудованої на основі підходу Джеймса С. Гордона, сприятиме зниженню тривожності, послабленню емоційного напруження, зменшенню уникнення та розвитку адаптивних стратегій подолання стресу.

Наукова новизна дослідження полягає в уточненні психологічних механізмів подолання тривожності у матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. У роботі тривожність розглянуто як комплексне явище, пов'язане з актуальною небезпекою, стресовим навантаженням, емоційним вигоранням, посттравматичними симптомами та копінг-стратегіями. Також запропоновано адаптовану психотілесну корекційну програму «Архітектура

стійкості», побудовану на основі підходу Джеймса С. Гордона та спрямовану на стабілізацію психоемоційного стану матерів дітей з інвалідністю.

Практичне значення полягає в тому, що його результати можуть бути використані практичними психологами, фахівцями центрів комплексної реабілітації, соціальними працівниками, консультантами батьківських клубів і спеціалістами психологічних служб для організації підтримки матерів дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. Запропонована програма може застосовуватися як короткострокова групова форма психологічної допомоги, спрямована на зниження тривожності, профілактику емоційного вигорання, розвиток саморегуляції, кризового планування та адаптивного подолання стресу.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження були оприлюднені й обговорені на науково-практичних конференціях, зокрема: XXI Міжнародній науково-практичній конференції «Методологія сучасних наукових досліджень» (м. Харків, 27–28 березня 2025 р.), де авторка виступила з доповіддю на тему «Інноваційні методи дослідження ментального здоров'я»; XI Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Психологічні та педагогічні аспекти освіти дорослих у системі неперервної освіти» (м. Біла Церква, 11 грудня 2025 р.).

Структура роботи зумовлена її метою та завданнями. Робота складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. У першому розділі розкрито теоретичні засади вивчення тривожності, стресу, травматичного досвіду та копінг-стратегій. У другому розділі описано організацію емпіричного дослідження, охарактеризовано психодіагностичні методики, проаналізовано результати констатувального етапу та сформульовано практичні рекомендації. У третьому розділі обґрунтовано, описано й апробовано корекційну програму «Архітектура стійкості», а також проаналізовано її ефективність шляхом порівняння експериментальної та контрольної груп. Основний обсяг роботи складає 95 сторінок комп'ютерного набору. Загальний обсяг роботи: 114 сторінок. Список джерел і літератури налічує 68 позицій.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

1.1. Феномен тривожності у психологічній науці: поняття, види, теоретичні підходи

Феномен тривожності посідає важливе місце у психологічній науці, оскільки стосується одразу кількох сторін життя людини. У найпростішому розумінні тривожність пов'язана з переживанням невизначеності, очікуванням небажаних подій, ризиком втрати контролю або передбаченням можливої небезпеки. У помірному прояві таке переживання може бути природним і навіть корисним, бо допомагає людині уважніше ставитися до ситуації. Проблема виникає тоді, коли тривога стає надмірною, триває довго або поширюється на багато життєвих обставин. У таких випадках вона вже не допомагає адаптуватися, а, радше, заважає мислити спокійно, діяти послідовно, підтримувати стосунки з іншими людьми і зберігати нормальне самопочуття. Тому для психологічного аналізу важливо розрізняти тривогу як тимчасовий стан і тривожність як більш сталу схильність до такого реагування.

О. Галієва пропонує розмежовувати тривогу і тривожність за їхньою тривалістю, ситуативною зумовленістю та місцем у структурі особистості. Тривога розглядається як тимчасовий емоційний стан, що виникає у відповідь на конкретні обставини, які суб'єктивно сприймаються людиною як загрозові або невизначені. Натомість тривожність є стійкішою особистісною характеристикою, що виявляється у схильності сприймати широкий спектр життєвих ситуацій як потенційно небезпечні та реагувати на них підвищеним емоційним напруженням [5]. Таке розмежування є принциповим для психологічного аналізу, оскільки дає змогу відокремити короткочасну реакцію на конкретний стресор від більш стабільної індивідуальної схильності до тривожного реагування. У психології тривожність розглядають як багаторівневий феномен, що охоплює емоційні, когнітивні, фізіологічні та

поведінкові прояви. На емоційному рівні вона виявляється у внутрішньому напруженні, занепокоєнні, страху, очікуванні небезпеки та відчутті невизначеної загрози. На когнітивному рівні тривожність пов'язана зі схильністю до негативного прогнозування, катастрофізації, перебільшення ймовірності небажаних подій, труднощами концентрації уваги та надмірною фіксацією на потенційно загрозованих сигналах [34]. На фізіологічному рівні вона може супроводжуватися прискореним серцебиттям, м'язовим напруженням, порушенням сну, підвищеною втомлюваністю, тремтінням, пітливістю або відчуттям загальної тілесної напруги. На поведінковому рівні тривожність проявляється через уникнення певних ситуацій, обмеження активності, надмірний контроль, повторні перевірки, потребу в запевненнях або, навпаки, імпульсивні дії, спрямовані на швидке зниження внутрішнього напруження [32].

Комплексне розуміння тривожності, на нашу думку, є важливим для розмежування тимчасової реакції на конкретний чинник стресу і більш глибокої особистісної схильності до тривожного реагування. У межах нашого дослідження ця різниця має особливе значення, адже воєнний стан може підвищувати ситуативну тривогу майже в усіх груп населення, оскільки люди перебувають під впливом реальних загроз, невизначеності, інформаційного навантаження та порушення звичного способу життя. Водночас у частини осіб ці обставини можуть не лише викликати тимчасове напруження, а й посилювати особистісну тривожність, особливо за наявності нижчої толерантності до невизначеності, дефіциту соціальної підтримки, попереднього травматичного досвіду або виснаження адаптаційних ресурсів. Тому типологічний аналіз проявів тривожності потребує врахування різних критеріїв її класифікації, зокрема тривалості, інтенсивності, джерела виникнення, рівня усвідомлення, провідних симптомів і впливу на поведінку людини (див. таблицю 1.1) [6; 17; 67].

Таблиця 1.1

Типологія та психологічний зміст проявів тривожності

Критерій класифікації	Види та прояви тривожності	Психологічний фокус та зміст аналізу
------------------------------	-----------------------------------	---

За часовою стабільністю	Ситуативна, особистісна	Оцінка тривалості стану та його залежності від конкретного моменту чи рис характеру
За відповідністю загрозі	Адаптивна, дезадаптивна	Ступінь адекватності реакції на реальну небезпеку та її функціональність для індивіда
За предметною спрямованістю	Загальна, соціальна, навчальна, професійна, пов'язана зі здоров'ям, екзистенційна	Конкретна сфера життєдіяльності, на яку спрямований емоційний дискомфорт
За клінічною логікою	Симптом або компонент тривожних розладів	Опис тривоги як складової клінічної картини (без виходу за межі психологічної компетенції)

Джерело: сформовано самостійно автором на основі [4; 6; 41]

У межах даного дослідження ці класифікації застосовуються для уточнення критеріїв, за якими тривожність перестає бути короткочасною реакцією і набуває ознак стійкого порушення адаптації. [33].

Відповідно до такого підходу тривога може розглядатися не лише як безпосередня відповідь на зовнішню подію, а й як сигнал глибшого переживання незахищеності, втрати опори, невизначеності або безпорадності. У цьому значенні вона виходить за межі простої реакції на конкретний подразник і відображає спосіб, у який людина переживає власну вразливість перед обставинами, які не може повністю контролювати. Саме тому в екзистенційній традиції тривога пов'язується з досвідом вибору, відповідальності, майбутнього, втрати стабільності та усвідомленням можливих загроз для особистісної цілісності [50]. В умовах воєнного стану реальна небезпека може активізувати не лише актуальний страх, пов'язаний із конкретною ситуацією, а й попередній життєвий досвід людини. Загроза обстрілів, вимушене переміщення, порушення звичного способу життя, втрата соціальних зв'язків, інформаційне перевантаження та постійне очікування небезпеки можуть посилювати вже наявні психологічні вразливості. Тому інтенсивність тривожності не завжди прямо відповідає об'єктивній складності конкретної ситуації [50].

В одних випадках людина може реагувати відносно стримано навіть на значний зовнішній стресор, якщо має достатній рівень життєстійкості, підтримку

та сформовані навички саморегуляції. В інших випадках навіть відносно помірний сигнал небезпеки може викликати сильну тривожну реакцію, якщо він пов'язаний із попередніми втратами, травматичним досвідом, виснаженням або відчуттям неможливості впливати на події [9]. Когнітивно-поведінкова та нейробіологічна традиції сходяться в тому, що тривожність підтримується специфічними патернами оцінки загрози, уваги до небезпечних сигналів і психофізіологічної активації. З когнітивної позиції тривожність посилюється тоді, коли людина схильна перебільшувати ймовірність негативних подій, недооцінювати власні ресурси, катастрофізувати можливі наслідки та фіксувати увагу переважно на сигналах небезпеки. З нейробіологічного погляду тривала тривожність пов'язана з активацією систем реагування на стрес, підвищеною чутливістю до загрозливих стимулів і труднощами повернення організму до стану відносної рівноваги після напруження. Унаслідок цього формується замкнений цикл: тривожна оцінка ситуації посилює тілесну активацію, тілесне напруження підтверджує суб'єктивне відчуття небезпеки, а це, своєю чергою, підтримує подальше тривожне реагування [32; 49].

Після зіставлення різних теоретичних підходів стає помітно, що тривожність не може бути пояснена однією причиною або зведена лише до зовнішньої загрози, індивідуальної риси характеру чи порушення емоційної регуляції. Вона виникає внаслідок складної взаємодії кількох рівнів: того, як людина оцінює небезпеку; як реагує її тіло; який попередній досвід вона має; наскільки виснаженими є її адаптаційні ресурси; чи доступна їй соціальна підтримка; чи має вона практичні способи впливу на ситуацію. Саме тому у межах даного дослідження найбільш переконливим є інтегративне розуміння тривожності, у якому ситуативний стан, особистісна схильність, когнітивна оцінка, тілесне напруження, емоційна регуляція та соціальний контекст розглядаються як взаємопов'язані рівні одного психологічного явища (див. таблицю 1.2).

**Теоретичні підходи до пояснення тривожності та їх значення для дослідження
механізмів подолання**

Підхід	Ключове пояснення тривожності	Значення для теми подолання
Диференційно-психологічний	Розмежовує ситуативну тривогу і тривожність як відносно стійку особистісну схильність.	Дає змогу відокремити реакцію на воєнний стресор від сталого тривожного стилю реагування.
Когнітивно-поведінковий	Пояснює тривожність через переоцінку загрози, селективну увагу до небезпеки і недооцінку ресурсів.	Окреслює механізми зміни тривожних інтерпретацій, уникання і катастрофічного прогнозування.
Екзистенційний	Пов'язує тривожність із невизначеністю, крихкістю життя, відповідальністю і втратою смислової опори.	Дозволяє пояснити переживання тривоги в умовах війни як реакцію на зміну життєвої перспективи.
Нейробиологічний	Розглядає тривожність як багаторівневу реакцію підтриманої загрози, тілесної активації та хронічного стресу.	Підкреслює потребу в тілесній саморегуляції, стабілізації дихання, сну і психофізіологічного відновлення.
Ресурсний	Аналізує роль життестійкості, резильєнтності, підтримки і навичок саморегуляції у збереженні адаптації.	Спрямовує увагу на розвиток особистісних і соціальних ресурсів як умов подолання тривожності.

Джерело: сформовано самостійно автором на основі [7; 41]

Поряд із тривожністю доцільно розглядати також феномен занепокоєння, який у когнітивній психології пов'язують із повторюваними думками про можливі загрози, небажані наслідки або ситуації, що можуть вийти з-під контролю. Якщо тривожність охоплює ширший емоційний, когнітивний, фізіологічний і поведінковий стан, то занепокоєння переважно виявляється на рівні мислення й пов'язане з постійним прокручуванням імовірних негативних сценаріїв. У цьому контексті занепокоєння та тривожність взаємно підсилюють одне одного: тривожний стан активізує негативні прогнози, а повторювані думки про загрозу підтримують внутрішнє напруження, тілесну активацію та відчуття небезпеки. Унаслідок цього може формуватися замкнений цикл, який складно перервати без спеціальних стратегій емоційної, когнітивної та тілесної саморегуляції [5; 10]. У період воєнного стану підвищення ситуативної тривоги може виникати майже у будь-якої людини, і саме по собі воно не свідчить про стійку психологічну дезадаптацію. Така реакція є закономірною відповіддю на

об'єктивну небезпеку, невизначеність, інформаційне навантаження, порушення звичного способу життя та необхідність постійно враховувати ризики.

Проте повторювані стресові ситуації можуть поступово закріплювати тривожний спосіб реагування, особливо тоді, коли людина не має достатнього часу, безпечного простору й соціальних умов для відновлення. У такому разі ситуативна тривога, яка спочатку виникала як реакція на конкретну подію, може поступово набувати більш стійкого характеру й ставати звичним способом сприйняття реальності. Саме тому ситуативна й особистісна тривожність перебувають у постійній взаємодії. З одного боку, тривожний стан може закріплюватися як типовий спосіб реагування на невизначені або складні обставини. З іншого боку, уже сформована особистісна тривожність здатна посилювати переживання в конкретній ситуації, оскільки людина схильна швидше помічати загрози, перебільшувати ймовірність негативних наслідків і недооцінювати власні ресурси для подолання труднощів. У практичному вимірі це може проявлятися через надмірний контроль, залежність від зовнішнього схвалення, труднощі в ухваленні рішень, уникання контактів, надмірну обережність або потребу постійно перевіряти інформацію й дії інших людей [6].

У сімейному, освітньому чи професійному середовищі висока тривожність може створювати додаткову напругу, оскільки вона впливає не лише на внутрішній стан людини, а й на характер її взаємодії з іншими. Людина з високим рівнем тривожності може частіше очікувати критики, болісніше реагувати на невизначеність, уникати відповідальності або, навпаки, брати на себе надмірний контроль, щоб знизити відчуття небезпеки. Водночас підтримувальні стосунки здатні пом'якшувати тривожні реакції, оскільки дають людині відчуття належності, передбачуваності, прийняття й емоційного відгуку. Соціальна підтримка в цьому разі виконує не лише комунікативну, а й регулятивну функцію, допомагаючи зменшити почуття ізольованості та повернути людині відчуття психологічної опори [1]. Отже, дослідження тривожності має враховувати не лише індивідуальні особливості людини, а й умови її щоденного життя, характер спілкування, наявність або дефіцит підтримки, рівень

навантаження та можливості для відновлення. На функціональному рівні тривожність може виконувати сигнальну, мобілізаційну, прогностичну, захисну та дезорганізаційну ролі. Сигнальна функція полягає в тому, що тривожність попереджає людину про можливу небезпеку. Мобілізаційна функція допомагає зібрати ресурси для дії в складній ситуації. Прогностична функція пов'язана з передбаченням можливих ризиків і підготовкою до них. Захисна функція виявляється у прагненні уникнути потенційно небезпечних обставин. Водночас за надмірної інтенсивності тривожність може набувати дезорганізаційного характеру, порушуючи концентрацію уваги, сон, ухвалення рішень, емоційну стабільність і здатність до продуктивної взаємодії з іншими.

- сигнальна функція полягає у приверненні уваги до небезпеки або невіршеної проблеми; мобілізаційна функція передбачає підготовку до дії;
- прогностична охоплює моделювання можливих наслідків;
- захисна функція проявляється в униканні надмірного ризику;
- дезорганізаційна функція з'являється тоді, коли інтенсивність тривоги перевищує здатність людини переробляти інформацію і призводить до дезадаптації [18].

Тривожність зростає через саму загрозу і тоді, коли людина не відчуває власного впливу, втрачає участь у звичному житті або не бачить способів частково впоратися із ситуацією. Тому подолання тривожності не обмежується короточасним заспокоєнням. Воно передбачає також відновлення життєвої стійкості, тобто здатності залишатися включеною в життя навіть за умов тривалої небезпеки. Тривожність доцільно розуміти як складне психологічне явище, у якому поєднуються тимчасовий стан людини, її стійкіша схильність до тривожного реагування і спосіб пояснення можливої небезпеки. У межах даного дослідження особливо важливим є розмежування тривоги як актуального переживання і тривожності як більш сталої особистісної характеристики. Різні теоретичні підходи пояснюють окремі сторони цього явища, тому їх доцільно розглядати не як взаємовиключні, а як такі, що доповнюють один одного. Саме

інтеграція когнітивного, тілесного, емоційного, соціального і ресурсного підходів створює основу для подальшого аналізу механізмів подолання тривожності в умовах воєнного стану [45].

1.2. Психологічні механізми подолання тривожності за Дж. С. Гордона

Модель Дж. С. Гордона не зводить допомогу до вербального аналізу переживань, а розглядає подолання тривожності як процес відновлення здатності людини регулювати власний рівень психофізіологічної активації, витримувати інтенсивні емоційні стани, повертатися до контакту з тілом і соціальним середовищем [37]. У цьому контексті Центр медицини розуму і тіла (СМВМ) розробив систему доказово обґрунтованих технік, що поєднують дихальні практики, рухові вправи, медитацію та групову роботу [44].

У підході Дж. С. Гордона важливою є думка про зв'язок між тривожними думками і станом нервової системи. Людина може оцінювати ситуацію як небезпечну не тільки через саму подію, а й через те, що її тіло вже перебуває у напруженні. У такому стані навіть невизначена або нейтральна інформація легше сприймається як загроза. Тому робота з тривожністю має починатися з пояснення думок та заспокоєння тілесної реакції. Саме на це спрямовані практики СМВМ. Вони допомагають знизити внутрішнє напруження, розширити здатність витримувати емоції і поступово повернути людині відчуття вибору.

Слід зауважити, що у психологічному плані цей механізм знижує інтенсивність афекту, послаблює імпульс уникання і відкриває простір для осмисленішої поведінки [52]. Трясіння і танець у підході Гордона розглядаються як тілесний вихід для накопиченої тривожної активації, оскільки рух допомагає нервовій системі «скинути» напруження, яке не може бути переробленим через розмову або аналіз [53]. Рух допомагає нервовій системі «скинути» напруження, яке не може бути переробленим через розмову або аналіз [39].

Психологічна дія цього механізму полягає у зміні символічного поля переживання. Небезпека не зникає з реальності, але перестає повністю визначати внутрішній простір людини. Зауважимо, що у поєднанні з диханням і груповою

підтримкою образна робота може знижувати рівень тривожного передбачення і сприяти поверненню відчуття перспективи [38]. Ефективність програми СМВМ для медичних працівників підтверджена дослідженнями Стейплз і Гордона, де зафіксовано зниження вигорання і підвищення особистісної стійкості [56].

Дослідження з медичними студентами показало, що участь у групах навичок розуму і тіла знижувала стрес і підвищувала відданість пацієнто-орієнтованому підходу [36]. Наявні емпіричні дані підтверджують, що інтегровані тілесно-психологічні групові втручання мають позитивний ефект для населення, яке переживало воєнний або поствоєнний стрес [55; 60].

Водночас доказовість підходу Дж. С. Гордона потребує критичного тлумачення. Справедливим буде зауважити, що частина досліджень СМВМ має відносно невеликі вибірки, різні дизайни, специфічні культурні контексти та фокус переважно на травматичному стресі, а не на тривожності як окремому конструкті. Тому в межах даного дослідження більш коректним видається говорити про потенційну релевантність моделі для подолання тривожності, а не про автоматично доведену універсальну ефективність для всіх груп населення. Концептуальна сила підходу полягає у тому, що він збігається з сучасним розумінням тривожності як комплексного явища, що включає тілесну активацію, когнітивну оцінку, емоційну регуляцію і соціальний контекст.

Програма «Hope and Healing in Ukraine», реалізована СМВМ, є прикладом практичного застосування підходу Гордона в умовах воєнного конфлікту і підтверджує її потенціал для роботи з тривожністю [20; 40].

Механізми подолання тривожності у концепції Гордона можна систематизувати як послідовність переходів (див. Таблиця 1.3).

Таблиця 1.3

Інтегративна модель зміни тривожних станів за Дж. С. Гордоном

Напрямок трансформації	Зміст психологічного переходу
Тілесна стабілізація	Перехід від некерованої фізіологічної активації до свідомої регуляції тілесних станів.
Когнітивне фокусування	Зміна хаотичної тривожної уваги на зосередженість на конкретних, контрольованих діях.

Соціальна нормалізація	Трансформація ізольованого переживання у досвід спільного групового опрацювання.
Відновлення суб'єктності	Подолання пасивної безпорадності через набуття досвіду активного впливу на власний стан.
Смислова інтеграція	Перехід від фрагментованого травматичного досвіду до його поступового символічного осмислення.

Джерело: сформовано самостійно автором на основі [36; 52; 57]

Зауважимо, що теоретичне значення концепції Гордона полягає у тому, що вона дає операціоналізовані категорії для аналізу подолання тривожності. До таких категорій належать здатність до тілесного заспокоєння, усвідомлення власних емоцій, гнучке переключення уваги, готовність звертатися по підтримку, прийняття нормальності реакцій на стрес, використання образних і смислових ресурсів, регулярність практик самодопомоги. Важливо, що згадані категорії не повинні підміняти собою клінічні діагнози або результати психодіагностики. Їхня функція полягає у побудові теоретичної моделі, яка пояснює, чому одні способи реагування на тривожність сприяють відновленню адаптації, а інші підтримують уникання, гіпернастороженість і виснаження.

Медико-психологічні наслідки дистресу в Україні засвідчують зростання запиту на психологічну допомогу серед різних груп населення та актуалізують необхідність системних рішень у сфері психосоціальної підтримки [16]. Програма «Hope and Healing in Ukraine» є прикладом застосування підходу СМВМ в умовах реальної кризи та підтверджує його прийнятність для роботи з цільовими групами, які перебувають під впливом тривалого стресу й травматичних подій [40]. Відповідно, альтернативні навички саморегуляції потребують не одноразового засвоєння, а регулярного повторення, щоб ставати доступними саме в момент емоційного напруження. Саме тому СМВМ акцентує увагу на навчанні в малих групах, оскільки групова структура підтримує регулярність практики, відповідальність учасників, обмін досвідом і поступове закріплення психотілесних технік. Повторюваність у цьому контексті можна розглядати як механізм переходу від зовнішньо запропонованої вправи до внутрішнього ресурсу саморегуляції [67]. Модель Дж. С. Гордона в її коректному тлумаченні не спрямована на уникнення або витіснення складних переживань, а

навчає безпечного контакту з ними через тіло, дихання, рух, образ, слово та групову підтримку [22]. Організація психосоціальної допомоги в Україні відповідно до Наказу МОЗ № 2118 від 2023 року передбачає системний підхід до надання послуг, що загалом узгоджується з логікою моделі Гордона та принципами психотілесної групової підтримки [13; 20].

Теоретична інтерпретація моделі Дж. С. Гордона дає змогу побачити, що її основним психологічним ефектом слугує відновлення регулятивної цілісності особистості. Тривожність фрагментує досвід, тіло напружене, думки спрямовані в загрозливе майбутнє, емоції переживаються як некеровані, соціальний контакт звужується, а відчуття смислу послаблюється. Інтегрована практика, навпаки, з'єднує ці рівні. Людина помічає тіло, називає емоцію, отримує підтримку, створює внутрішній образ ресурсу, повертається до дії. Відповідно, модель зосереджується на тому, щоб описати подолання тривожності як процес поступового відновлення зв'язків між психофізіологічним, когнітивним, емоційним і соціальним рівнями функціонування.

Концепція Дж. С. Гордона розкриває подолання тривожності як багатокомпонентний процес, у якому тілесна регуляція, емоційне самовираження, керована уява, групові підтримка і повторювані практики самопомоги формують цілісну систему відновлення. Її перевагою для дослідження тривожності є увага до взаємодії психофізіологічної активації, когнітивної оцінки, соціального контексту й суб'єктного досвіду людини. Емпіричні дослідження СМВМ у постконфліктних контекстах підтверджують потенціал груп навичок «розум-тіло», однак український досвід програми потребує подальшої незалежної наукової оцінки. У межах даного дослідження модель Дж. С. Гордона важлива як теоретична основа для аналізу психологічних механізмів подолання тривожності, а не як універсальна готова програма для всіх категорій осіб. Її застосування в умовах воєнного стану має спиратися на принципи безпечності, добровільності, професійного супроводу і відповідності рівню психологічної потреби людини.

1.3. Психологічні особливості переживання тривожності в умовах воєнного стану

Правовий режим воєнного стану в Україні врегульований Законом України від 12 травня 2015 року № 389-VIII, який визначає правові засади запровадження цього режиму та повноваження органів влади в умовах воєнної загрози [21], який визначає правові засади запровадження цього режиму та повноваження органів влади в умовах воєнної загрози [16]. Указ Президента України від 24 лютого 2022 року № 64/2022 ввів у дію режим воєнного стану, який продовжувався у зв'язку з тривалою воєнною агресією Російської Федерації проти України [19; 24].

Психічне здоров'я в Україні у 2023 році залишалося під значним тиском: дані Martsenkovskyi et al. свідчать про зростання депресивних і тривожних розладів [43]. Відповідно, внаслідок повномасштабного вторгнення збільшилась кількість людей, які переживають розрив звичного середовища, втрату житла, зміну роботи, розділення сімейних систем і невизначеність щодо повернення. Тривожність у таких умовах має емоційний та ідентифікаційний аспекти. Людина втрачає безпеку простору та відчуття впорядкованості життєвої історії. Послідовно, психологічна допомога має враховувати відновлення зв'язків, рутин, соціальної належності й доступу до інформації, а не обмежуватися зниженням інтенсивності симптомів [51; 42; 49].

Відтак, у межах психологічного аналізу важливо не знецінювати реалістичний компонент тривоги, але й не залишати поза увагою механізми її генералізації [47]. Важливою особливістю переживання тривожності під час війни є її соціальна заражуваність і залежність від інформаційного середовища. Тривожні повідомлення, невизначеність щодо майбутніх подій, суперечливі прогнози, постійний потік новин і обговорення небезпеки можуть підтримувати стан підвищеної настороженості навіть у відносно безпечні проміжки часу.

Соціальне середовище водночас може виконувати протилежну функцію, коли родина, громада, професійна група або освітній колектив надають людині опору, пояснення, відчуття включеності й можливість діяти. Відповідно,

недостатньо аналізувати лише індивідуальні риси. Необхідно враховувати комунікативні практики, доступність підтримки, довіру до інституцій, рівень соціальної ізоляції та якість повсякденних рутин. Варто зауважити, що досвід служби, тип залучення і сімейні характеристики можуть по-різному співвідноситися з рівнем тривожності. У населення тривожність частіше поєднується з невизначеністю майбутнього, економічними втратами, відповідальністю за близьких, зміною місця проживання і тривалим інформаційним стресом. ВПО, батьки, молодь, працівники критичних сфер і ветерани мають різні конфігурації ризику, тому психологічні механізми подолання повинні враховувати групову специфіку [48]. У такому разі тривожність зближується з екзистенційним переживанням безперспективності, що потребує технік заспокоєння, роботи зі смислами, цінностями, соціальною належністю та досвідом активної участі у житті [2].

Для дорослих умови воєнного стану створюють подвійне тривожне навантаження, оскільки вони одночасно переживають загрозу власній безпеці та несуть відповідальність за емоційний стан дітей. У таких обставинах дорослий має не лише самостійно справлятися з напруженням, страхом, невизначеністю й інформаційним навантаженням, а й залишатися для дитини джерелом стабільності, пояснення та підтримки. Це особливо складно в ситуаціях, коли сама сім'я перебуває в умовах вимушених змін, втрати звичного ритму життя, переміщення, матеріальної нестабільності або обмеженого доступу до освітніх, медичних і соціальних послуг. У сімейних системах тривожність може передаватися не лише через прямі висловлювання про небезпеку, а й через поведінкові сигнали, інтонацію, стиль комунікації, рівень контролю, емоційну доступність або, навпаки, відсторонення дорослих. Діти часто зчитують емоційний стан батьків навіть тоді, коли дорослі намагаються не говорити про власні переживання відкрито. Надмірний контроль, постійні попередження, різкі реакції на невизначеність або тривожне обговорення новин можуть посилювати відчуття небезпеки в дитини. Водночас емоційне відсторонення, мовчання або

уникання розмов про події також не завжди знижують тривогу, оскільки дитина може відчувати напруження, але не мати зрозумілого пояснення його причин.

Саме тому психологічне подолання тривожності в умовах війни передбачає не лише індивідуальну роботу з переживаннями, а й підтримання передбачуваних сімейних рутин, відкритої, вікововідповідної комунікації, збереження стабільних форм взаємодії та доступ до фахової допомоги за потреби. Передбачувані щоденні дії, сталі правила, спільні побутові ритуали, спокійне пояснення подій відповідно до віку дитини та можливість говорити про страх без осуду допомагають зменшити хаотичність досвіду й повертають відчуття часткового контролю. У цьому контексті сім'я виступає не лише простором можливого передавання тривожності, а й важливим середовищем її регуляції [23]. Дані оглядових міжнародних досліджень психічного здоров'я населення, яке постраждало від війни та збройних конфліктів, свідчать про високу поширеність депресивних, тривожних і посттравматичних проявів серед таких груп. Зокрема, узагальнені показники вказують на значну частку людей, які мають симптоми депресії, тривоги та посттравматичного стресу після переживання воєнних подій або вимушеного перебування в умовах конфлікту [29]. Відповідно, тривожність в умовах воєнного стану можна розглядати як очікуваний масовий феномен, зумовлений реальними загрозами, тривалою невизначеністю, соціальними втратами та виснаженням адаптаційних ресурсів.

Водночас такий підхід не означає, що всі прояви тривоги слід автоматично трактувати як психічний розлад. Навпаки, необхідно є диференційована оцінка, яка дозволяє розмежовувати нормативний стрес, клінічно значущі тривожні або посттравматичні розлади та ресурсні форми адаптації, за яких тривога виконує сигнальну й мобілізаційну функцію. Л. М. Карамушка наголошує, що збереження психічного здоров'я під час війни потребує системної психологічної підтримки, підтримання соціальних зв'язків і застосування практик самопомоги [8]. У межах такого підходу важливими є регулярне відновлення, нормалізація емоційних реакцій, доступність психологічної інформації, формування навичок саморегуляції, підтримка спілкування з близькими та

своєчасне звернення по професійну допомогу в разі посилення симптомів. Це дає підстави розглядати подолання тривожності в умовах воєнного стану як багаторівневий процес, що охоплює індивідуальні ресурси людини, сімейну взаємодію, соціальну підтримку та інституційно організовану психологічну допомогу. У межах даного дослідження подолання тривожності в умовах воєнного стану розглядається через взаємодію трьох груп чинників:

- індивідуальні ресурси (життєстійкість, резильєнтність, навички саморегуляції, толерантність до невизначеності, здатність до когнітивної переоцінки та підтримання рутин);
- соціальні ресурси (родинна підтримка, групова належність, професійна спільнота, доступність фахової допомоги та довіра до інформаційних джерел);
- контекстуальні умови (рівень безпеки, наявність переміщення, втрати, доступ до медичних і соціальних послуг, економічну стабільність).

На думку автора, саме перетин цих чинників визначає, чи тривога залишиться адаптивним сигналом, чи перетвориться на дезадаптивну тривожність, яка підтримує уникання і виснаження.

Леженко С. О. наголошує, що емоційні стани людини формуються не ізольовано, а в безпосередньому зв'язку з тими умовами, у яких вона перебуває, зокрема з умовами служби, підвищеною відповідальністю, необхідністю швидко реагувати на загрози, збереженням працездатності в ситуаціях невизначеності та постійною напругою між особистими переживаннями і професійним обов'язком [12]. У цьому контексті тривожність не можна розглядати лише як внутрішній психологічний стан, відірваний від соціального середовища, оскільки вона значною мірою залежить від характеру взаємодії людини з іншими, від наявності підтримки, відчуття безпеки, включеності у спільну діяльність і можливості отримати емоційне підтвердження власного досвіду. Саме тому колективний аспект переживання тривожності може мати не лише травматичне, а й ресурсне значення. Якщо людина відчуває свою причетність до спільної дії, волонтерської активності, професійної допомоги, підтримки інших або участі в суспільно

значущих процесах, її тривога частково втрачає характер безпорадного очікування загрози й трансформується у відповідальність, готовність діяти та прагнення бути корисною. У такому разі активна соціальна позиція знижує відчуття ізоляції, посилює суб'єктивне переживання контролю й допомагає людині не залишатися наодинці з власним напруженням. Отже, соціальна включеність виступає одним із важливих чинників, який визначає, чи тривожність набуде виснажливого, дезорганізуючого характеру, чи, навпаки, частково стане джерелом мобілізації, адаптації та збереження функціональності в складних життєвих обставинах [1].

Переживання тривожності, на нашу думку, доцільно аналізувати не лише крізь призму когнітивних оцінок, очікувань небезпеки або негативних думок, а ширше, у зв'язку з тілесною саморегуляцією, якістю сну, режимом дня, рівнем фізичного виснаження, стабільністю повсякденних ритуалів і доступністю соціальної підтримки [14; 16]. Такий підхід дає змогу уникнути надмірного звуження проблеми до суто раціонального опрацювання переживань, оскільки тривожність часто проявляється не тільки на рівні думок, а й через тілесну напругу, порушення сну, втому, дратівливість, прискорену активацію нервової системи, складність розслаблення та зниження здатності до відновлення. Особливо важливим є те, що в умовах тривалої напруги людина може поступово звикати до підвищеного рівня мобілізації й сприймати його як нормальний стан, хоча насправді організм продовжує функціонувати в режимі перевантаження. Саме тому психологічна допомога має враховувати не лише зміст переживань, а й загальний спосіб життя, активності та відпочинку, наявність підтримувального оточення і здатність людини вчасно помічати власне виснаження.

У короткостроковій перспективі активність справді може виконувати ресурсну функцію, оскільки вона повертає людині відчуття впливу, корисності, суб'єктності й можливості діяти навіть у ситуації зовнішньої невизначеності. Коли людина включена у діяльність, допомагає іншим, виконує професійні або волонтерські завдання, вона нерідко відчуває, що не є пасивною щодо обставин, а здатна впливати хоча б на окремі аспекти ситуації. Проте за відсутності

повноцінного відновлення така активність може поступово втратити адаптивний характер і перетворитися на спосіб уникнення контакту з власними переживаннями. У цьому випадку постійна зайнятість, зовнішня ефективність і готовність брати на себе додаткову відповідальність можуть приховувати високий рівень внутрішньої напруги. Згаданий феномен, описаний Ф. Андерсеном, є важливим для психологічного аналізу, оскільки низький зовнішній рівень скарг, відсутність відкритого прохання про допомогу або збереження працездатності не завжди свідчать про низький рівень тривожності. Людина може виглядати організованою, функціонувати ефективно, підтримувати інших і виконувати значний обсяг завдань, але водночас залишатися у стані постійної внутрішньої мобілізації, що поступово виснажує психічні та фізіологічні ресурси [59].

Справедливим тут буде зауважити, що подолання тривожності не може бути відірваним від провідної діяльності людини. Для студента такою діяльністю є навчання, професійне становлення і соціальне самовизначення; для працівника нею є професійна продуктивність; для батьків центральною є турбота про дітей; для ветеранів провідною стає реадаптація та відновлення життєвих ролей. Тому психологічні механізми подолання завжди набувають конкретного змісту залежно від життєвої ситуації [68]. Відповідно, подолання тривожності слід аналізувати як процес, у якому людина відновлює систему опор, що робить життя більш структурованим і психологічно витримуваним.

Отже, тривожність в умовах воєнного стану формується під впливом комплексу взаємопов'язаних чинників, серед яких ключове значення мають реальні загрози життю і безпеці, хронічна невизначеність майбутнього, соціальні втрати, порушення звичного способу життя, вимушене пристосування до нових умов повсякденного функціонування та постійне інформаційне навантаження. На відміну від ситуативної тривоги, яка виникає як короткочасна реакція на конкретну небезпеку, тривожність у період війни часто набуває тривалого, фоново напруженого характеру. Людина може перебувати у стані очікування загрози навіть тоді, коли безпосередньої небезпеки в конкретний момент немає,

оскільки її психіка продовжує функціонувати в режимі підвищеної готовності до можливих негативних подій. Психологічна специфіка такого стану полягає у складному поєднанні адаптивної мобілізації та ризику генералізованого тривожного реагування. Тривожність може виконувати захисну функцію, підвищуючи уважність, обережність, здатність швидко реагувати на зміни ситуації, планувати дії в умовах небезпеки та підтримувати готовність до самозбереження. У цьому значенні вона є природною відповіддю психіки на обставини, які об'єктивно містять високий рівень загрози. За умов впливу стресу мобілізація поступово виснажує адаптаційні ресурси людини. Тоді тривожність перестає бути лише ситуативною реакцією і може закріплюватися як стійкий спосіб сприйняття реальності, коли небезпека очікується постійно, а відчуття напруження зберігається незалежно від фактичного рівня ризику.

Особливо важливим є те, що в умовах воєнного стану тривожність рідко має лише когнітивний характер. Вона проявляється не тільки у вигляді тривожних думок, побоювань, прогнозування негативних подій або труднощів із прийняттям рішень, а й через тілесні, емоційні та поведінкові реакції. До таких проявів можуть належати порушення сну, підвищена втомлюваність, дратівливість, м'язова напруга, труднощі з концентрацією уваги, емоційна нестійкість, уникнення новин або, навпаки, нав'язливе їх переглядання, зниження відчуття контролю над власним життям. Тому тривожність у воєнний період доцільно розглядати як багаторівневий феномен, у якому поєднуються психофізіологічна активація, емоційне напруження, когнітивна оцінка небезпеки та зміни соціальної поведінки. Аналіз вітчизняних та міжнародних емпіричних досліджень дає підстави стверджувати про значне зростання психічного навантаження населення в умовах війни, що виявляється у поширенні тривожних, депресивних, стресових і посттравматичних проявів.

Водночас ці наслідки не є однорідними, оскільки рівень тривожності залежить від інтенсивності пережитого досвіду, ступеня близькості до бойових дій, наявності втрат, вимушеного переміщення, соціальної підтримки, матеріальної стабільності, професійної зайнятості, стану фізичного здоров'я та

попереднього психологічного досвіду людини. Саме тому оцінювання тривожності в умовах воєнного стану потребує не лише фіксації її симптомів, а й аналізу життєвого контексту, у якому ці симптоми виникають і підтримуються.

Тривожність у період війни не може бути пояснена лише індивідуальними особливостями особистості або схильністю до емоційного реагування. Вона є результатом взаємодії зовнішніх обставин і внутрішніх механізмів адаптації, а її інтенсивність визначається тим, наскільки людина має змогу відновлювати ресурси, підтримувати соціальні зв'язки, зберігати базову передбачуваність повсякденного життя та отримувати своєчасну психологічну підтримку.

Висновки до розділу 1

За результатами аналізу теоретичних напрацювань можна стверджувати, що тривожність становить складний психологічний феномен, який не можна зводити лише до емоційного напруження або тимчасового хвилювання. Явище охоплює ситуативні переживання, відносно стійкі особистісні характеристики, когнітивну оцінку загрози, тілесну активацію, поведінкові реакції та соціальні умови життя людини. Особливо актуальним залишається питання розмежування тривоги як актуального стану і тривожності як схильності до тривожного реагування, оскільки в умовах війни підвищена тривога може бути цілком закономірною реакцією на реальну небезпеку. Дезадаптивна тривожність натомість виявляється у стійкому напруженні, виснаженні, генералізації загрози та погіршенні повсякденного функціонування. Слід зауважити, що жодна окрема концепція не пояснює тривожність вичерпно. Диференційно-психологічний підхід допомагає розмежувати ситуативні й особистісні прояви тривожності. Когнітивно-поведінкова традиція пояснює роль катастрофічних очікувань, селективної уваги до загроз і недооцінки власних ресурсів. Екзистенційний підхід розкриває зв'язок тривоги з втратою смислової опори та невизначеністю майбутнього, а нейробіологічна перспектива уточнює значення тілесної активації та хронічного стресу. Інтеграція згаданих підходів видається продуктивною для цілей даного дослідження, оскільки подолання тривожності

передбачає одночасну роботу з думками, тілесним напруженням, емоційним самовираженням, поведінковими стратегіями, підтримкою з боку інших людей і відновленням відчуття власного впливу на свій стан.

Окремої уваги заслуговує концепція Дж. С. Гордона, яка дозволяє розглядати подолання тривожності як практичний процес поступового відновлення саморегуляції. У межах цієї моделі основними механізмами виступають дихальні практики, тілесне розрядження через рух, керована уява, емоційне самовираження, психоосвіта, групова підтримка та регулярне відпрацювання навичок самодопомоги. Їхня суть полягає в тому, щоб людина навчилася краще розуміти власні реакції, знижувати надмірну активацію, зберігати контакт із реальністю і поступово повертати собі відчуття суб'єктності. Водночас модель Дж. С. Гордона потребує обережного застосування, адже її ефективність залежить від підготовки фасилітаторів, безпечності групового простору, добровільності участі та відповідності рівню психологічної потреби конкретної людини. Умови воєнного стану посилюють тривожність через поєднання реальних загроз, інформаційного навантаження, соціальних втрат, невизначеності майбутнього, порушень сну, зміни звичних рутин і зниження відчуття стабільності. Тривожність у такому контексті має фоновий, хвилеподібний і соціально зумовлений характер. Відповідно, її подолання не може обмежуватися короточасним заспокоєнням. Більш обґрунтованим є розуміння подолання як відновлення системи психологічних опор, до якої входять навички саморегуляції, підтримувальні стосунки, довіра до перевіреної інформації, збереження навчальної або професійної активності, рутинізація повсякденного життя і доступність фахової допомоги.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Організація емпіричного дослідження психологічних механізмів подолання тривожності в умовах воєнного стану

Емпіричне дослідження психологічних механізмів подолання тривожності в умовах воєнного стану було спрямоване на комплексне вивчення психоемоційного стану матерів, які виховують дітей з інвалідністю, а також на визначення тих внутрішніх, поведінкових і соціально зумовлених механізмів, що допомагають або, навпаки, ускладнюють подолання тривожності. Актуальність такого дослідження зумовлена поєднанням кількох взаємопов'язаних чинників. З одного боку, воєнний стан в Україні створює тривалу ситуацію загрози, невизначеності, втрати контролю над майбутнім, інформаційного перевантаження та постійного очікування небезпеки. З іншого боку, материнство в умовах виховання дитини з інвалідністю саме по собі передбачає підвищене емоційне, фізичне, організаційне й соціальне навантаження. У разі поєднання цих обставин тривожність може набувати не лише ситуативного, а й хронізованого характеру, впливаючи на самопочуття жінки, її здатність до саморегуляції, якість взаємодії з дитиною, готовність звертатися по підтримку та ефективність використання копінг-стратегій.

Психологічна значущість проблеми полягає в тому, що матері дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану перебувають у специфічній ситуації подвійної вразливості. Їхній психоемоційний стан визначається не лише особистим переживанням небезпеки, а й постійною відповідальністю за дитину, необхідністю контролювати її безпеку, лікування, реабілітацію, освітню та соціальну підтримку. У таких умовах тривожність може посилюватися через обмеженість ресурсів, порушення звичного режиму життя, складність доступу до спеціалізованих послуг, фінансову нестабільність, вимушену зміну соціальних контактів і недостатність часу для власного відновлення. Відповідно

до позиції Всесвітньої організації охорони здоров'я, надзвичайні ситуації, зокрема збройні конфлікти, супроводжуються значним поширенням психологічного дистресу, а частина людей може мати симптоми тривожних, депресивних і посттравматичних розладів [66]. Особливої уваги в такому контексті потребують групи, які мають підвищену соціальну та психологічну вразливість, зокрема сім'ї, що виховують дітей з інвалідністю.

Базою проведення емпіричного дослідження став Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю Васильківської міської ради, розташований за адресою: м. Васильків, вул. Здоров'я, 8. Дослідження проводила Мартиненко Ірина Григорівна. До участі було залучено 70 жінок, які є матерями дітей з інвалідністю та користуються послугами центру або перебувають у взаємодії з його фахівцями. Вибірка мала цільовий характер, оскільки формувалася відповідно до теми дослідження та передбачала участь саме тих жінок, чий життєвий досвід поєднує материнську відповідальність, догляд за дитиною з особливими потребами, адаптацію до умов воєнного стану та потребу в психологічній підтримці. Такий тип вибірки є доцільним для прикладного психологічного дослідження, оскільки дає змогу вивчати не абстрактну групу дорослих респондентів, а конкретну соціально психологічну категорію, для якої проблема тривожності має практичне значення.

Часові межі дослідження охоплювали період з кінця лютого до початку квітня 2026 року. Практична робота з учасницями тривала 2 місяці та включала 8 занять, що проводилися 1 раз на тиждень. Така тривалість дала змогу організувати дослідження як послідовний процес, що передбачав первинне вивчення стану респонденток, реалізацію психологічної програми та подальше контрольне оцінювання. Періодичність була обрана з урахуванням реальних можливостей матерів, які виховують дітей з інвалідністю, оскільки надмірно інтенсивний графік міг би створити додаткове навантаження, а надто рідкісні зустрічі не забезпечили б необхідної послідовності психологічного впливу.

Метою емпіричного дослідження було виявлення рівня особистісної та актуальної тривожності, стресового навантаження, ознак емоційного вигорання,

симптомів посттравматичного стресу та провідних копінг-стратегій у матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. Досягнення цієї мети передбачало кількісну фіксацію показників за окремими методиками і цілісне пояснення того, які психологічні чинники підтримують тривожність, які посилюють її прояви, а які можуть виконувати компенсаторну або ресурсну функцію. У дослідженні тривожність розглядалася не як ізольований симптом, а як складний психоемоційний феномен, пов'язаний із досвідом стресу, рівнем виснаження, травматичними переживаннями, особистісними особливостями реагування та наявними способами подолання складних життєвих ситуацій.

Гіпотеза дослідження ґрунтувалася на припущенні, що рівень тривожності матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану, залежить від поєднання стійкої особистісної схильності до тривожного реагування, інтенсивності актуальних тривожних симптомів, накопиченого стресового навантаження, проявів емоційного вигорання, посттравматичних симптомів і переважних копінг-стратегій. Передбачалося, що високі показники особистісної тривожності, значний обсяг життєвих стресорів, виражені ознаки виснаження та домінування неадаптивних способів подолання, зокрема уникнення, дистанціювання, пасивного очікування або самозвинувачення, можуть бути пов'язані з вищим рівнем тривожності. Водночас очікувалося, що використання проблемно орієнтованих стратегій, пошук підтримки, самоконтроль і здатність до планування можуть виступати психологічними механізмами зниження тривожності та підвищення адаптаційного потенціалу жінок.

Завдання емпіричного дослідження полягали у визначенні вихідного рівня особистісної тривожності учасниць, оцінюванні актуальних симптомів тривоги, виявленні рівня стресового навантаження, аналізі фаз емоційного вигорання, діагностиці симптомів посттравматичного стресу, визначенні провідних копінг-стратегій і подальшому зіставленні отриманих показників у межах констатувального та контрольного етапів. Така логіка дала змогу побудувати дослідження як послідовне вивчення взаємозв'язку між емоційним станом, стресовим досвідом і способами психологічного подолання. Важливо, що обрані

методики не дублюють одна одну, а доповнюють загальну картину дослідження. Саме тому їх поєднання є методологічно обґрунтованим, оскільки кожна методика виконує окрему діагностичну функцію.

Дизайн дослідження було побудовано за логікою трьох послідовних етапів: констатувального, формувального та контрольного. На констатувальному етапі здійснювалося первинне психодіагностичне обстеження респонденток за 6 методиками. Його завданням було виявлення початкового рівня тривожності, стресу, вигорання, посттравматичних симптомів і копінг-стратегій до початку психологічної програми. Саме на цьому етапі формувалася вихідна емпірична база, яка надалі використовувалася для порівняння з результатами контрольного зрізу. Констатувальний етап мав особливе значення, оскільки дозволив зафіксувати індивідуальні показники кожної учасниці і визначити загальні тенденції, характерні для досліджуваної групи.

Формувальний етап передбачав реалізацію психологічної програми, спрямованої на подолання тривожності в умовах воєнного стану. Програма включала 8 занять, які проводилися 1 раз на тиждень упродовж 2 місяців. Її зміст був орієнтований на психоедукацію щодо природи тривожності та стресових реакцій, розвиток навичок емоційної саморегуляції, опрацювання тілесних проявів напруження, формування здатності розпізнавати власні емоційні стани, активізацію ресурсів соціальної підтримки, розвиток адаптивних копінг-стратегій і підвищення відчуття суб'єктивного контролю. У формувальному етапі особлива увага приділялася тому, щоб учасниці отримали інформацію про тривожність і навчилися використовувати конкретні прийоми стабілізації у повсякденному житті. Це мало значення саме для матерів дітей з інвалідністю, оскільки їхня життєва ситуація часто не дозволяє повністю усунути стресор, однак дає можливість змінити спосіб реагування на нього.

Контрольний етап передбачав повторне психодіагностичне оцінювання після завершення програми. Його метою було виявлення можливих змін у показниках тривожності, стресового напруження, емоційного вигорання, посттравматичних симптомів і копінг-стратегій. Порівняння результатів

констатувального та контрольного етапів дає змогу в подальшому визначити ефективність формувальної програми, а також з'ясувати, які саме показники виявилися найбільш чутливими до психологічного впливу. Ці результати можуть бути представлені через кількісний і якісний аналіз, зокрема через розподіл респонденток за рівнями прояву досліджуваних показників, порівняння середніх значень до і після занять та інтерпретацію динаміки за кожною методикою.

Під час організації дослідження було враховано етичні вимоги до психологічної роботи з дорослими респондентами. Учасницям пояснювалася мета дослідження, його добровільний характер, зміст діагностичних процедур і можливість відмовитися від участі без негативних наслідків. Отримані дані використовувалися в узагальненому вигляді, без розкриття персональної інформації. Особливу увагу було приділено тому, що застосовані методики не використовувалися для встановлення клінічного діагнозу. Їх результати розглядалися як психодіагностичні показники, що допомагають зрозуміти рівень психологічного напруження та потребу в підтримці. Такий підхід узгоджується із загальними етичними принципами психологічної практики, які передбачають повагу до гідності людини, конфіденційність, інформовану згоду та недопущення психологічної шкоди [27].

Для досягнення мети дослідження було використано комплекс із 6 психодіагностичних методик. До нього увійшли методика дослідження особистісної тривожності Ч. Спілбергера, шкала тривоги Бека, тест на схильність до стресу за шкалою Холмса Раге, методика діагностики рівня емоційного вигорання В. Бойка, шкала посттравматичного стресу PTSD Checklist for DSM 5, або PCL 5, та опитувальник копінг-стратегій Лазаруса Ways of Coping Questionnaire, або WCQ. Вибір саме цих інструментів зумовлений потребою комплексного аналізу тривожності. Адже тривожність в умовах війни не може бути повністю пояснена лише одним показником. Вона формується на перетині особистісної схильності до тривожного реагування, актуального психофізіологічного напруження, життєвих стресорів, виснаження, травматичного досвіду та способів психологічного подолання.

Методика дослідження тривожності Ч. Д. Спілбергера, відома як State-Trait Anxiety Inventory, належить до найбільш поширених психодіагностичних інструментів оцінювання тривожності. Її діагностична цінність полягає в тому, що вона дає змогу розмежувати тривожність як актуальний ситуативний стан і тривожність як відносно стійку особистісну характеристику. У класичному варіанті методика містить 40 тверджень, частина з яких спрямована на визначення ситуативної тривожності, тобто емоційного стану людини в конкретний момент, а інша частина – на вимірювання особистісної тривожності як сталої схильності сприймати різні життєві ситуації як потенційно загрозливі та реагувати на них підвищеним емоційним напруженням [54]. Для цього дослідження методика Спілбергера є особливо важливою, оскільки дозволяє з'ясувати, чи тривожність респонденток є переважно реакцією на актуальні умови воєнного стану, чи вона має більш стійкий характер і пов'язана з особистісним способом сприйняття небезпеки.

У контексті вивчення психоемоційного стану матерів, які виховують дітей з інвалідністю, показник особистісної тривожності має особливе значення. У таких жінок тривожність може проявлятися як постійне очікування ускладнень, підвищена настороженість, надмірний контроль за станом дитини, страх втрати доступу до медичної, реабілітаційної або соціальної допомоги, а також схильність прогнозувати негативні наслідки навіть у відносно стабільних ситуаціях. В умовах воєнного стану ці прояви можуть істотно посилюватися, оскільки зовнішнє середовище справді містить значну кількість об'єктивних загроз. Саме тому використання методики STAI дає змогу уникнути спрощеного розуміння тривожності й відокремити її особистісний компонент від ситуативної реакції на конкретні обставини. Отримані результати можуть бути використані для подальшого зіставлення з показниками актуальної тривоги, стресового навантаження, емоційного вигорання, посттравматичних проявів.

Шкала тривоги Бека, або Beck Anxiety Inventory, була використана для вимірювання поточного рівня тривожних симптомів. Методика містить 21 твердження, які описують типові прояви тривоги, зокрема відчуття страху,

внутрішнє напруження, неможливість розслабитися, прискорене серцебиття, тремтіння, запаморочення, пітливість, утруднене дихання, страх втрати контролю та інші соматичні й емоційні симптоми. Респондентка оцінює, наскільки інтенсивно кожен із цих симптомів проявлявся в неї протягом визначеного періоду. Сумарний бал дозволяє встановити загальний рівень актуальної тривожності [28]. Важливість цієї шкали полягає в тому, що вона фіксує не лише суб'єктивне переживання занепокоєння, а й тілесні прояви тривоги, які часто залишаються поза увагою, хоча істотно впливають на повсякденне функціонування людини. Для матерів дітей з інвалідністю шкала Бека є особливо доречною, оскільки тривожність у цій групі може проявлятися не тільки через думки про небезпеку, а й через хронічне тілесне напруження, порушення сну, втому, прискорене серцебиття, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги та відчуття внутрішнього дискомфорту. У воєнний період ці симптоми можуть посилюватися через регулярні повітряні тривоги, невизначеність безпекової ситуації, складність планування майбутнього, необхідність швидко реагувати на зміни та постійну відповідальність за дитину. Шкала Бека дає змогу оцінити саме актуальну інтенсивність тривожних проявів, тому її результати є важливими для визначення безпосереднього психоемоційного стану учасниць на момент проведення дослідження.

Тест на схильність до стресу за шкалою Холмса - Раге було застосовано для оцінювання стресового навантаження, пов'язаного з життєвими подіями. Оригінальна Social Readjustment Rating Scale була запропонована Т. Холмсом і Р. Раге та містить перелік життєвих подій, кожна з яких має певну кількість балів життєвих змін. Основна ідея шкали полягає в тому, що значущі зміни в житті людини потребують адаптаційних зусиль, а накопичення таких змін може підвищувати ризик стресових і психосоматичних реакцій [39]. У межах цього дослідження шкала використовується для того, щоб оцінити, наскільки життєві обставини респонденток створюють додаткове психологічне навантаження та можуть бути пов'язані з підвищенням рівня тривожності. Застосування шкали Холмса - Раге є методологічно виправданим, оскільки воєнний стан часто

супроводжується не однією окремою травмувальною подією, а цілим комплексом змін, які накладаються одна на одну й поступово виснажують адаптаційні ресурси людини. Для матерів, які виховують дітей з інвалідністю, такими змінами можуть бути фінансові труднощі, вимушене переміщення, зміна умов проживання, переривання або ускладнення реабілітаційного процесу, хвороби членів родини, втрата соціальної підтримки, зміна роботи, погіршення сну, зменшення часу на відпочинок і підвищення доглядового навантаження. У цьому сенсі шкала дозволяє проаналізувати не лише внутрішній стан жінки, а й той життєвий контекст, у якому формується її тривожність. Слід враховувати, що шкала Холмса - Раге не встановлює прямої причини психологічного порушення, а дає змогу кількісно оцінити накопичення стресогенних подій і використати цей показник для подальшого психологічного аналізу.

Методика діагностики рівня емоційного вигорання В. Бойка була включена до психодіагностичного комплексу для оцінювання емоційного виснаження, яке може формуватися внаслідок тривалого перебування в умовах напруження, відповідальності та обмежених ресурсів. Методика дозволяє визначити вираженість трьох фаз вигорання: напруження, резистенції та виснаження. Фаза напруження пов'язана з переживанням психотравмувальних обставин, тривогою, незадоволеністю собою та відчуттям безвиході. Фаза резистенції відображає спроби психіки захиститися від надмірного навантаження через емоційну економію, вибірковість реагування та зниження залученості. Фаза виснаження виявляється через емоційний дефіцит, відчуження, психосоматичні прояви та втрату внутрішніх ресурсів [3]. Хоча методика Бойка часто використовується для вивчення професійного вигорання, у цьому дослідженні її застосування є доречним у ширшому значенні, оскільки материнство в умовах виховання дитини з інвалідністю має ознаки тривалої емоційної праці. Жінка постійно включена в процес турботи, контролю, прийняття рішень, взаємодії з фахівцями, реагування на потреби дитини та подолання непередбачуваних ситуацій. В умовах воєнного стану це навантаження посилюється, а можливості для відновлення часто зменшуються. Саме тому високі показники за методикою

Бойка можуть свідчити про виснаження ресурсів саморегуляції, що, у свою чергу, здатне посилювати тривожність і знижувати ефективність копінг-стратегій. Аналіз результатів за цією методикою є важливим для розуміння того, чи має тривожність учасниць зв'язок із накопиченим емоційним виснаженням.

Шкала посттравматичного стресу PTSD Checklist for DSM-5, або PCL-5, була використана для виявлення симптомів, які можуть бути пов'язані з переживанням травматичних подій. PCL-5 є самооцінювальним інструментом, що містить 20 пунктів відповідно до симптомів посттравматичного стресового розладу за DSM-5. Вона дозволяє оцінити загальну вираженість посттравматичних симптомів, а також проаналізувати окремі групи проявів, пов'язані з повторним переживанням травматичної події, уникненням нагадувань, негативними змінами в думках і настрої, а також підвищеною збудливістю [61]. У межах цього дослідження PCL-5 не використовується для встановлення діагнозу, а виконує функцію скринінгового інструменту, що дає змогу виявити рівень посттравматичних проявів у досліджуваній групі.

Застосування PCL-5 є принципово важливим, оскільки умови воєнного стану можуть включати повторювані сигнали небезпеки, загрозу життю, переживання за дитину, вимушені зміни способу життя, втрату стабільності та порушення базового відчуття безпеки. У матерів дітей з інвалідністю посттравматичні симптоми можуть поєднуватися з підвищеною настороженістю, уникненням певних місць або новин, емоційним онімінням, порушенням сну, дратівливістю і постійним очікуванням загрози. Результати PCL-5 є важливими для пояснення того, наскільки тривожність учасниць пов'язана не лише з поточним стресом, а й із травматичним досвідом, який може підтримувати стан внутрішньої напруги навіть за відсутності безпосередньої небезпеки.

Опитувальник копінг-стратегій Лазаруса, або Ways of Coping Questionnaire, було застосовано для аналізу способів, за допомогою яких респондентки долають складні життєві ситуації. У переглянутій версії методика містить 66 тверджень, що описують думки та дії людини у відповідь на стресову ситуацію. Відповіді оцінюються за чотирибальною шкалою, що дозволяє

визначити вираженість окремих стратегій подолання. Концепція Р. Лазаруса та С. Фолкман розглядає копінг як динамічний процес, спрямований на подолання внутрішніх або зовнішніх вимог, які людина оцінює як такі, що перевищують її ресурси [35]. Саме тому WCQ є важливим інструментом для цього дослідження, адже він дозволяє перейти від констатації тривожності до аналізу того, як саме жінки намагаються з нею впоратися.

У межах опитувальника можуть аналізуватися такі копінг-стратегії, як конфронтаційне подолання, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, уникнення, планування розв'язання проблеми та позитивна переоцінка. Для матерів дітей з інвалідністю ці стратегії мають особливе значення, оскільки їхня життєва ситуація часто потребує одночасного використання емоційної саморегуляції, практичного планування, комунікації з фахівцями, пошуку допомоги та прийняття обмежень, які неможливо швидко змінити. Наприклад, стратегія планування розв'язання проблеми може допомагати структурувати дії під час кризової ситуації, пошук соціальної підтримки може зменшувати відчуття ізоляції, а позитивна переоцінка може сприяти збереженню сенсу й внутрішньої стійкості. Водночас домінування уникнення або пасивного дистанціювання може тимчасово знижувати напруження, але в довгостроковій перспективі не завжди сприяє ефективному подоланню тривожності.

Комплексне використання зазначених методик дозволило побудувати багатовимірну модель емпіричного дослідження. Методика STAI забезпечує оцінювання особистісної основи тривожного реагування, шкала ВАІ відображає актуальні симптоми тривоги, шкала Холмса=Раге показує рівень життєвого стресового навантаження, методика Бойка виявляє ступінь емоційного виснаження, PCL-5 дає змогу оцінити посттравматичні прояви, а WCQ розкриває провідні способи подолання стресу. Саме поєднання цих інструментів дає змогу уникнути одновимірного підходу до тривожності та розглядати її як результат взаємодії особистісних, ситуаційних, травматичних, емоційно-виснажувальних і поведінкових чинників. Такий підхід є особливо важливим в умовах воєнного

стану, коли психологічна реакція людини формується під впливом не одного, а багатьох взаємопов'язаних джерел напруження.

Оброблення результатів передбачало підрахунок балів за кожною методикою відповідно до її інструкції, визначення рівнів прояву досліджуваних показників, узагальнення групових результатів і подальше зіставлення даних констатувального та контрольного етапів. Для забезпечення коректності інтерпретації результати розглядалися в сукупності, а не ізольовано. Високий рівень тривожності за шкалою Бека набуває більшого пояснювального значення у поєднанні з високими показниками стресового навантаження, емоційного вигорання або посттравматичних симптомів. За наявності високої тривожності адаптивні копінг-стратегії можуть свідчити про збереження психологічних ресурсів і потенціал до позитивної динаміки після формувального впливу.

Отже, організація емпіричного дослідження забезпечила цілісне вивчення психологічних механізмів подолання тривожності у матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. База дослідження, кількість учасниць, часові межі, етапність роботи та психодіагностичний комплекс відповідають меті дослідження й дають змогу перейти від теоретичного опису проблеми до її емпіричного аналізу. Застосовані методики дозволяють оцінити не лише рівень тривожності, а й ті чинники, які можуть її підтримувати, посилювати або знижувати. Саме тому результати, отримані на констатувальному та контрольному етапах, становитимуть основу для подальшого аналізу ефективності психологічної програми та розроблення практичних рекомендацій щодо подолання тривожності в умовах воєнного стану.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних механізмів подолання тривожності в умовах воєнного стану

На констатувальному етапі емпіричного дослідження було здійснено первинну психодіагностику матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. Метою цього етапу було визначення вихідного рівня особистісної тривожності, актуальної тривоги, стресового навантаження,

емоційного вигорання, посттравматичних симптомів і переважних копінг-стратегій до початку формувального впливу. Констатувальний етап мав принципове значення, оскільки саме його результати дали змогу встановити початковий психологічний стан респонденток, порівняти показники експериментальної та контрольної груп, а також визначити ті проблемні зони, на які надалі була спрямована психологічна програма.

Загальна кількість учасниць дослідження становила 70 жінок. Для подальшого аналізу респонденток було поділено на 2 групи: експериментальну групу (ЕГ), до якої увійшли 35 матерів, і контрольну групу (КГ), до якої також увійшли 35 матерів. Експериментальна група надалі брала участь у формувальній програмі, що включала 8 занять протягом 2 місяців, тоді як контрольна група не проходила цілеспрямованого психологічного впливу в межах програми. Такий розподіл дозволив у подальшому оцінити загальну динаміку показників і відмінності між групами після завершення формувального етапу. Перед аналізом психодіагностичних результатів було здійснено характеристику вікового складу вибірки. Це важливо, оскільки вік матері може впливати на рівень життєвого досвіду, способи реагування на стрес, сформованість навичок саморегуляції, характер сімейного навантаження та здатність користуватися соціальною підтримкою. (див. Таблиця 2.1).

Таблиця 2.1.

Віковий розподіл респонденток експериментальної та контрольної груп

Вікова група	ЕГ, осіб	ЕГ, %	КГ, осіб	КГ %	Загалом, осіб	Загалом, %
25 до 30 років	5	14,3	4	11,4	9	12,9
31 до 35 років	9	25,7	9	25,7	18	25,7
36 до 40 років	10	28,6	11	31,4	21	30,0
41 до 45 років	7	20,0	6	17,2	13	18,6
46 до 50 років	3	8,6	3	8,6	6	8,6
51 рік і старше	1	2,8	2	5,7	3	4,2

Усього	35	100,0	35	100,0	70	100,0
--------	----	-------	----	-------	----	-------

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

Як видно з таблиці 2.1, віковий розподіл респонденток в експериментальній та контрольній групах є відносно рівномірним. Найбільшу частку в обох групах становили жінки віком від 31 до 40 років. В експериментальній групі до цієї вікової категорії належали 19 осіб, що становить 54,3 %, а в контрольній групі 20 осіб, що становить 57,1 %. Це свідчить про те, що обидві групи мають подібну вікову структуру, а отже, вік не створює істотного зміщення під час подальшого порівняння результатів. Переважання жінок зрілого дорослого віку є закономірним, оскільки саме на цей період часто припадає найбільш інтенсивне поєднання материнської, доглядової, побутової, соціальної та професійної відповідальності. Першою методикою, застосованою на констатувальному етапі, була методика дослідження особистісної тривожності Ч. Спілбергера. Її результати дали змогу визначити, наскільки респондентки схильні сприймати життєві обставини як загрозові та реагувати на них внутрішнім напруженням, очікуванням небезпеки, надмірним контролем і тривожним прогнозуванням. (див. Таблиця 2.2).

Таблиця 2.2.

Рівні особистісної тривожності за методикою Ч. Спілбергера на констатувальному етапі

Рівень особистісної тривожності	ЕГ, осіб	ЕГ, %	КГ, осіб	КГ, %	Загалом, осіб	Загалом, %
Низький рівень	2	5,7	2	5,7	4	5,7
Середній рівень	11	31,4	12	34,3	23	32,9
Високий рівень	22	62,9	21	60,0	43	61,4
Усього	35	100,0	35	100,0	70	100,0

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

Результати, наведені в таблиці 2.2, свідчать про переважання високого рівня особистісної тривожності як в експериментальній, так і в контрольній групі. В експериментальній групі високий рівень було виявлено у 22 жінок, що становить 62,9 %, а в контрольній групі у 21 жінки, що становить 60,0 %. Середній рівень особистісної тривожності мали 11 респонденток експериментальної групи, або 31,4 %, і 12 респонденток контрольної групи, або

34,3 %. Низький рівень було зафіксовано лише у 2 жінок у кожній групі, що становить по 5,7 %. Отримані дані показують, що більшість матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану, мають стійку схильність до тривожного реагування. Це означає, що тривожність для значної частини респонденток не є лише короткочасною реакцією на окрему подію, а виступає відносно стабільним способом сприйняття складних життєвих обставин. У практичному вимірі це може проявлятися в постійному очікуванні небезпеки, побоюванні за стан дитини, складності розслаблення, надмірному контролі за побутовими й медичними питаннями, а також у схильності прогнозувати несприятливий розвиток подій. Порівняння експериментальної та контрольної груп показує, що на початку дослідження вони були майже однаковими за рівнем особистісної тривожності, що є важливою умовою для подальшої оцінки ефективності формувальної програми.

Другою методикою була шкала тривоги Бека, яка використовувалася для визначення актуальної вираженості тривожних симптомів. Якщо методика Спілбергера показує більш стійку особистісну схильність, то шкала Бека дає змогу оцінити поточний рівень тривоги, зокрема її тілесні, емоційні та когнітивні прояви. (див. Таблиця 2.3).

Таблиця 2.3.

Рівні актуальної тривоги за шкалою Бека на констатувальному етапі

Рівень актуальної тривоги	ЕГ, осіб	ЕГ, %	КГ, осіб	КГ %	Загалом, осіб	Загалом, %
Мінімальний рівень	2	5,7	3	8,6	5	7,1
Легкий рівень	9	25,7	9	25,7	18	25,7
Помірний рівень	16	45,7	15	42,8	31	44,3
Виражений рівень	8	22,9	8	22,9	16	22,9
Усього	35	100,0	35	100,0	70	100,0

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

За результатами шкали тривоги Бека встановлено, що в обох групах переважав помірний рівень актуальної тривоги. В експериментальній групі його було виявлено у 16 жінок, що становить 45,7 %, а в контрольній групі у 15 жінок, що становить 42,8 %. Виражений рівень тривоги мали по 8 респонденток у кожній групі, тобто по 22,9 %. Легкий рівень було зафіксовано у 9 жінок

експериментальної групи та 9 жінок контрольної групи, що становить по 25,7 %. Мінімальний рівень тривоги спостерігався у 2 респонденток експериментальної групи, або 5,7 %, і 3 респонденток контрольної групи, або 8,6 %. Узагальнені результати свідчать, що 67,2 % усіх респонденток мали помірний або виражений рівень актуальної тривоги. Це означає, що тривожність у досліджуваній вибірці була не тільки особистісною схильністю, а й реально переживаним психоемоційним станом на момент проведення діагностики. Для матерів дітей з інвалідністю така тривога може проявлятися через напруження, труднощі засинання, прискорене серцебиття, втому, дратівливість, відчуття внутрішнього неспокою, страх за безпеку дитини та неможливість повністю відключитися від думок про потенційні загрози. Розподіл показників в експериментальній і контрольній групах підтверджує їхню початкову зіставність.

Далі був тест на схильність до стресу за шкалою Холмса Раге. Цей інструмент дозволив оцінити не саму тривогу, а обсяг життєвих подій і змін, які могли створювати стресове навантаження для респонденток. (див. Таблиця 2.4).

Таблиця 2.4.

Рівні стресового навантаження за шкалою Холмса Раге на констатувальному етапі

Рівень стресового навантаження	ЕГ, осіб	ЕГ, %	КГ, осіб	КГ %	Загалом, осіб	Загалом, %
Низький рівень, до 150 балів	4	11,4	4	11,4	8	11,4
Помірний рівень, 150 до 299 балів	17	48,6	18	51,4	35	50,0
Високий рівень, 300 балів і більше	14	40,0	13	37,2	27	38,6
Усього	35	100,0	35	100,0	70	100,0

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

Дані таблиці 2.4 демонструють, що в обох групах переважав помірний і високий рівень стресового навантаження. В експериментальній групі помірний рівень було виявлено у 17 жінок, що становить 48,6 %, а високий рівень у 14

жінок, що становить 40,0 %. У контрольній групі помірний рівень мали 18 респонденток, або 51,4 %, а високий рівень 13 респонденток, або 37,2 %. Низький рівень стресового навантаження було зафіксовано лише у 4 жінок у кожній групі, тобто по 11,4 %. Загалом 88,6 % респонденток мали помірний або високий рівень стресового навантаження. Це свідчить про те, що тривожність матерів дітей з інвалідністю формується під впливом внутрішньої схильності до хвилювання і на тлі реального накопичення життєвих труднощів. В умовах воєнного стану такими чинниками можуть бути порушення стабільності життя, побоювання за безпеку дитини, фінансові труднощі, проблеми з доступом до медичних і реабілітаційних послуг, зміни режиму дня, перевантаження побутовими обов'язками, вимушені обмеження мобільності та зростання відповідальності за сімейну безпеку. Подібність результатів експериментальної та контрольної груп свідчить, що до початку формування впливу обидві групи перебували в близьких умовах стресового навантаження.

Четвертою методикою була методика діагностики рівня емоційного вигорання В. Бойка. Вона дала змогу оцінити, наскільки в респонденток сформовані фази напруження, резистенції та виснаження. Для цієї вибірки аналіз емоційного вигорання є особливо важливим, оскільки догляд за дитиною з інвалідністю в умовах воєнного стану супроводжується тривалим психоемоційним навантаженням і часто не залишає достатнього простору для відпочинку та відновлення. (див. Таблиця 2.5).

Таблиця 2.5.

Середні показники фаз емоційного вигорання за методикою В. Бойка на констатувальному етапі

Фаза емоційного вигорання	Експериментальна група, середній бал	Контрольна група, середній бал	Загальний середній бал
Напруження	63,1	61,5	62,3
Резистенція	69,2	67,8	68,5
Виснаження	56,4	55,0	55,7

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

Згідно з таблицею 2.5, найбільш вираженою в обох групах була фаза резистенції. В експериментальній групі її середній показник становив 69,2 бала,

а в контрольній групі 67,8 бала. Загальний середній показник за вибіркою становив 68,5 бала. Це свідчить про те, що більшість респонденток перебувала у стані психологічного опору тривалому емоційному навантаженню. Резистенція може проявлятися через емоційну економію, вибіркоче реагування, зниження відкритості до переживань, дратівливість, формальне виконання частини обов'язків і прагнення зберегти залишковий ресурс.

Фаза напруження також мала високі показники. В експериментальній групі середній бал становив 63,1, у контрольній групі 61,5, а загалом 62,3 бала. Це означає, що респондентки переживали значний внутрішній тиск, пов'язаний із психотравмувальними обставинами, тривогою, відчуттям невизначеності, незадоволеністю власними можливостями та складністю впливати на зовнішні події. Фаза виснаження була дещо менш вираженою, але також значущою. Її середній показник становив 56,4 бала в експериментальній групі, 55,0 бала в контрольній групі та 55,7 бала загалом. Це свідчить про наявність у частини матерів ознак емоційного дефіциту, в тому, психосоматичних проявів і зниження здатності до повноцінного відновлення. (див. Таблиця 2.6).

Таблиця 2.6.

Рівні сформованості фаз емоційного вигорання на констатувальному етапі

Фаза	Група	Не сформована, осіб	Формується, осіб	Сформована, осіб	Усього
Напруження	Експериментальна	5	12	18	35
Напруження	Контрольна	6	13	16	35
Напруження	Загалом	11	25	34	70
Резистенція	Експериментальна	3	11	21	35
Резистенція	Контрольна	4	11	20	35
Резистенція	Загалом	7	22	41	70
Виснаження	Експериментальна	7	16	12	35
Виснаження	Контрольна	8	15	12	35
Виснаження	Загалом	15	31	24	70

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

Розподіл, наведений у таблиці 2.6, підтверджує, що найбільш проблемною є фаза резистенції. Загалом вона була сформована у 41 респондентки з 70, тобто у 58,6 % вибірки. У фазі напруження сформовані прояви мали 34 жінки, або 48,6 %, а у фазі виснаження 24 жінки, або 34,3 %. Це означає, що емоційне вигорання

в досліджуваній групі ще не завжди досягало крайнього рівня виснаження, однак у багатьох матерів уже були виражені механізми психологічного захисту від надмірного навантаження. Саме тому формувальна програма мала бути спрямована на зниження тривоги і відновлення емоційного ресурсу, зменшення внутрішнього напруження та навчання більш конструктивних способів реагування. П'ятою методикою була шкала посттравматичного стресу PCL 5. Її використання дозволило визначити вираженість симптомів, пов'язаних із переживанням травматичних або потенційно травматичних подій. В умовах воєнного стану така діагностика є важливою, оскільки тривога матерів може бути пов'язана з актуальними труднощами і травматичним досвідом, повторюваними сигналами небезпеки, страхом за дитину та порушенням базового відчуття безпеки. (див. Таблиця 2.7).

Таблиця 2.7.

Рівні вираженості посттравматичних симптомів за шкалою PCL 5 на констатувальному етапі

Рівень вираженості симптомів	ЕГ, осіб	ЕГ, %	КГ, осіб	КГ %	Загалом, осіб	Загалом, %
Низький рівень, 0 до 20 балів	5	14,3	5	14,3	10	14,3
Помірний рівень, 21 до 30 балів	9	25,7	9	25,7	18	25,7
Підвищений рівень, 31 до 44 бали	13	37,1	14	40,0	27	38,6
Високий рівень, 45 балів і більше	8	22,9	7	20,0	15	21,4
Усього	35	100,0	35	100,0	70	100,0

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

Результати за шкалою PCL 5 показали, що значна частина респонденток мала підвищені або високі показники посттравматичних симптомів. В експериментальній групі підвищений рівень було виявлено у 13 жінок, або 37,1 %, а високий рівень у 8 жінок, або 22,9 %. У контрольній групі підвищений рівень мали 14 жінок, або 40,0 %, а високий рівень 7 жінок, або 20,0 %. Загалом 42 респондентки, тобто 60,0 % вибірки, мали показники 31 бал і більше.

Ці дані свідчать про те, що тривожність у досліджуваній групі може бути пов'язана з посттравматичними проявами. Для матерів дітей з інвалідністю такі прояви можуть мати специфічний характер, оскільки ситуація небезпеки переживається як загроза для себе і для дитини, яка може потребувати додаткової

допомоги, спеціальних умов евакуації, постійного догляду, медичного супроводу або реабілітаційної підтримки. Тому підвищені показники за PCL 5 можуть відображати стан постійної настороженості, емоційної напруги, уникнення нагадувань про небезпеку, порушення сну, дратівливість і складність відновлення після стресових подій.

Шостою методикою був опитувальник копінг-стратегій Лазаруса. Його результати мають особливе значення для дослідження психологічних механізмів подолання тривожності, оскільки саме копінг-стратегії показують, якими способами жінки намагаються впоратися зі стресом, тривогою, невизначеністю і надмірним навантаженням. (див. Таблиця 2.8).

Таблиця 2.8.

Середні показники копінг-стратегій за опитувальником Лазаруса на констатувальному етапі

копінг-стратегія	ЕГ, середній бал	КГ, середній бал	Загальний середній бал
Конфронтаційний копінг	1,75	1,73	1,74
Дистанціювання	2,12	2,10	2,11
Самоконтроль	2,03	2,01	2,02
Пошук соціальної підтримки	2,19	2,17	2,18
Прийняття відповідальності	1,95	1,97	1,96
Втеча уникнення	2,28	2,26	2,27
Планування розв'язання проблеми	1,60	1,62	1,61
Позитивна переоцінка	1,57	1,59	1,58

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

Згідно з таблицею 2.8, у структурі копінг-стратегій на констатувальному етапі найбільш вираженою була стратегія втечі уникнення. Її середній показник становив 2,28 бала в експериментальній групі, 2,26 бала в контрольній групі та 2,27 бала загалом. Це свідчить про те, що в умовах сильного стресу значна частина матерів схильна тимчасово уникати проблеми, відкладати її вирішення, переключатися, не думати про загрозу або дистанціюватися від складних переживань. Така стратегія може короткочасно знижувати емоційне напруження, однак у довготривалій перспективі вона не усуває джерело тривоги і може підтримувати відчуття безпорадності.

Другим за вираженістю був пошук соціальної підтримки. Загальний середній показник становив 2,18 бала. Це є відносно позитивною ознакою, оскільки свідчить про готовність частини респонденток звертатися по допомогу, підтримку, пораду або емоційне прийняття. Водночас сам факт звернення по підтримку ще не завжди означає її ефективне використання. У матерів дітей з інвалідністю підтримка має бути емоційною і практичною, зокрема допомогою в догляді за дитиною, супроводі до фахівців, вирішенні побутових питань, організації безпеки та зменшенні щоденного навантаження.

Дистанціювання мало загальний середній показник 2,11 бала. Це свідчить про схильність частини респонденток психологічно відсторонюватися від складної ситуації, зменшувати її суб'єктивну значущість або приховувати власні переживання. У помірному варіанті така стратегія може мати захисне значення, однак її часте використання може призводити до накопичення внутрішньої напруги. Самоконтроль також був достатньо вираженим, його загальний середній показник становив 2,02 бала. Для матерів дітей з інвалідністю це може бути пов'язано з прагненням залишатися зібраними, не демонструвати страх перед дитиною, контролювати свої реакції та підтримувати зовнішню стабільність навіть за наявності внутрішнього напруження.

Найменш вираженими на констатувальному етапі були планування розв'язання проблеми та позитивна переоцінка. Загальний середній показник планування становив 1,61 бала, а позитивної переоцінки 1,58 бала. Це означає, що активні та конструктивні способи подолання стресу на початку дослідження використовувалися недостатньо. За умов воєнного стану це може пояснюватися відчуттям неконтрольованості подій, хронічною втомою, перевантаженням, нестачею часу та психологічним виснаженням. Саме ці стратегії надалі мали стати важливими мішенями формувальної програми.

Для узагальнення результатів констатувального етапу було складено зведену таблицю, яка відображає основні проблемні показники в експериментальній і контрольній групах. (див. Таблиця 2.9).

Таблиця 2.9.

Зведені результати констатувального етапу емпіричного дослідження

Показник	Експериментальна група	Контрольна група	Загальна інтерпретація
Високий рівень особистісної тривожності	22 особи, 62,9 %	21 особа, 60,0 %	В обох групах переважає стійка тривожна налаштованість
Помірний і виражений рівень актуальної тривоги	24 особи, 68,6 %	23 особи, 65,7 %	Більшість респонденток має актуальні симптоми тривоги
Помірне і високе стресове навантаження	31 особа, 88,6 %	31 особа, 88,6 %	Тривожність формується на тлі значного життєвого стресу
Сформована фаза резистенції	21 особа, 60,0 %	20 осіб, 57,1 %	Переважає емоційна економія та психологічний захист від виснаження
Показник PCL 5 від 31 бала і більше	21 особа, 60,0 %	21 особа, 60,0 %	У значній частині респонденток наявні підвищені посттравматичні прояви
Найвища копінг-стратегія	Втеча уникнення, 2,28 бала	Втеча уникнення, 2,26 бала	Домінує тенденція до уникнення стресових переживань
Найнижча копінг-стратегія	Позитивна переоцінка, 1,57 бала	Позитивна переоцінка, 1,59 бала	Недостатньо сформована здатність переосмислювати складну ситуацію

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

Зведені результати констатувального етапу показують, що експериментальна та контрольна групи на початку дослідження були близькими за всіма основними психодіагностичними показниками. В обох групах переважали високий рівень особистісної тривожності, помірний або виражений рівень актуальної тривоги, значне стресове навантаження, сформовані прояви емоційного вигорання, підвищені посттравматичні симптоми та домінування уникнення як копінг-стратегії. Це дає підстави вважати, що подальші зміни в експериментальній групі можуть бути пов'язані саме з впливом формувальної програми, а не з початковими відмінностями між групами. Отже, констатувальний етап підтвердив наявність вираженої психологічної напруженості у матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. Найбільш проблемними зонами виявилися висока особистісна тривожність, актуальні тривожні симптоми, накопичене стресове навантаження,

фаза резистенції в структурі емоційного вигорання, підвищені посттравматичні прояви та недостатнє використання активних копінг-стратегій. Саме ці результати стали підґрунтям для розроблення та реалізації формувальної програми, спрямованої на зниження тривожності, розвиток навичок саморегуляції, посилення соціальної підтримки, зменшення уникнення та формування більш адаптивних способів подолання стресу.

2.3. Практичні рекомендації щодо подолання тривожності у матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану

Практичні рекомендації розроблено на основі результатів констатувального етапу емпіричного дослідження, під час якого було встановлено, що експериментальна та контрольна групи мали близькі вихідні показники за рівнем тривожності, стресового навантаження, емоційного вигорання, посттравматичних симптомів і провідних копінг-стратегій. Така подібність вихідних даних є важливою методологічною умовою, оскільки дає змогу надалі коректно порівнювати динаміку показників після формувального впливу. Формувальну психологічну програму доцільно спрямувати насамперед на експериментальну групу, до якої увійшли 35 матерів, які виховують дітей з інвалідністю. Контрольна група також складалася з 35 жінок, однак на цьому етапі вона не проходить цілеспрямовану психологічну програму, оскільки її результати потрібні для подальшого порівняння ефективності запропонованих заходів. Водночас після завершення дослідження учасницям контрольної групи може бути запропоновано аналогічні рекомендації або окремі елементи програми як форму психологічної підтримки.

Підставою для розроблення рекомендацій стали конкретні емпіричні показники, отримані в експериментальній групі. Високий рівень особистісної тривожності було виявлено у 22 жінок, що становить 62,9 % вибірки. Помірний або виражений рівень актуальної тривоги за шкалою Бека мали 24 жінки, або 68,6 %. Помірне чи високе стресове навантаження за шкалою Холмса — Раге було характерним для 31 респондентки, тобто для 88,6 % учасниць. Сформована фаза

резистенції в структурі емоційного вигорання спостерігалася у 21 жінки, що становить 60,0 %. Показник PCL-5 на рівні 31 бала і більше також мали 21 респондентка, або 60,0 % експериментальної групи. У структурі копінг-стратегій найвищим був показник втечі-уникнення — 2,28 бала, тоді як найнижчими виявилися позитивна переоцінка — 1,57 бала та планування розв'язання проблеми — 1,60 бала. Отже, формувальна програма має бути спрямована не лише на загальне зниження емоційного напруження, а на конкретні психологічні механізми: зменшення актуальної тривоги, послаблення уникнення, розвиток навичок планування, відновлення емоційного ресурсу, формування реалістичного відчуття контролю та підвищення здатності до саморегуляції.

Першим напрямом практичних рекомендацій є навчання швидких технік стабілізації, оскільки 68,6 % учасниць експериментальної групи мали помірний або виражений рівень актуальної тривоги. Це свідчить про потребу не лише в аналітичному обговоренні переживань, а й у формуванні простих навичок швидкого зниження психофізіологічної активації. На практиці це означає, що кожне заняття формувальної програми доцільно починати з короткої стабілізаційної вправи тривалістю близько 5 хвилин. До таких вправ можна віднести дихання з подовженим видихом, коли вдих виконується на 4 рахунки, а видих — на 6 рахунків. Подовжений видих допомагає поступово знизити тілесне напруження, уповільнити темп реагування й повернути відчуття часткового контролю над власним станом.

Доцільною також є техніка сенсорного заземлення «5–4–3–2–1», за якої жінка послідовно називає 5 предметів, які бачить, 4 звуки, які чує, 3 тілесні відчуття, 2 запахи або смаки та 1 дію, яку може виконати зараз. Значення цієї вправи полягає в тому, що вона повертає увагу з тривожного прогнозування майбутнього до безпосереднього теперішнього моменту. Для матерів, які виховують дітей з інвалідністю, така техніка є особливо практичною, оскільки її можна використовувати в побутових умовах, під час повітряної тривоги, у черзі до лікаря, в укритті або після отримання стресової інформації. Такий підхід відповідає рекомендаціям ВООЗ щодо використання простих навичок

самодопомоги під час стресу, зокрема повернення уваги до теперішнього моменту, опори на тілесні відчуття та виконання малих керованих дій [65].

Другим напрямом має бути робота з особистісною тривожністю, оскільки її високий рівень було виявлено у 62,9 % жінок експериментальної групи. Такий показник свідчить, що для значної частини учасниць тривожність не обмежується реакцією на окрему ситуацію, а може бути пов'язана зі стійким способом оцінювання небезпеки, очікуванням ускладнень і підвищеною потребою в контролі. Для роботи з цим механізмом доцільно використовувати техніку «факт - думка - дія». Її зміст полягає в тому, що респондентка спочатку записує конкретний факт: «сьогодні була повітряна тривога». Далі вона фіксує тривожну думку, яка виникла у відповідь на цей факт, наприклад: «я не зможу захистити дитину». Після цього визначає реальну дію, яку може виконати, наприклад: «перевірити ліки, документи, павербанк і перейти в укриття».

Завдання цієї справи полягає не в запереченні реальної небезпеки, а в розмежуванні факту, тривожної інтерпретації та конкретної дії. Це особливо важливо для матерів дітей з інвалідністю, оскільки їхня тривога часто пов'язана з підвищеною відповідальністю за дитину, необхідністю передбачати ризики та контролювати велику кількість організаційних питань. Вправу доцільно виконувати після ситуацій, які викликали сильне занепокоєння, або щонайменше 3 рази на тиждень. У перспективі вона може зменшувати автоматичність катастрофічного мислення, посилювати здатність до раціонального планування та допомагати жінці переходити від беспорядного переживання небезпеки до конкретних керованих дій. Наступним напрямом є розроблення індивідуального кризового плану для матері й дитини. Ця рекомендація безпосередньо впливає з того, що 88,6 % учасниць експериментальної групи мали помірне або високе стресове навантаження. За таких умов значна частина тривоги підтримується не лише емоційними переживаннями, а й реальною складністю повсякденного функціонування, необхідністю швидко ухвалювати рішення та страхом не впоратися з потребами дитини під час небезпеки. Індивідуальний кризовий план має включати перелік ліків дитини, копії основних документів, контакти лікаря,

реабілітаційного центру, родичів, сусідів або інших осіб, які можуть надати допомогу. Також до нього варто включити маршрут до укриття, запас води, їжі, засобів гігієни, зарядний пристрій, павербанк, необхідні засоби комунікації та допоміжне обладнання, якщо дитина ним користується.

Для матерів дітей з особливими медичними або реабілітаційними потребами такий план має не лише безпекове, а й психологічне значення. Попередня підготовка зменшує хаотичність дій під час небезпеки, знижує інтенсивність панічного реагування та формує відчуття більшої передбачуваності. Важливо, щоб кризовий план не залишався лише формальним списком, а періодично переглядався, оновлювався й відпрацьовувався у спокійних умовах. Це дає змогу матері не витратити надмірний психічний ресурс на імпровізацію в момент гострого стресу. CDC окремо наголошує, що для дітей зі спеціальними медичними потребами під час надзвичайних ситуацій необхідні індивідуальний план допомоги та екстрений медичний набір [30; 31].

Четвертим напрямом є профілактика емоційного вигорання, оскільки сформована фаза резистенції була виявлена у 60,0 % учасниць експериментальної групи. Це означає, що значна частина жінок уже перебуває в режимі емоційної економії, коли сили витрачаються лише на найнеобхідніше. У межах програми потрібно запровадити правило щоденного мінімального відновлення. Його зміст полягає в тому, що кожна учасниця має щодня виділяти не менше 20 хв на дію, яка не пов'язана з дитиною, побутом, документами, новинами чи лікуванням. Це може бути сон, прогулянка, душ, тиша, коротка фізична вправа, молитва, читання або розмова з людиною, яка не критикує. Практичне завдання для респонденток полягає в тому, щоб протягом тижня фіксувати, чи було виконано 20 хв відновлення, а на занятті аналізувати, що саме заважає регулярному відпочинку. Ще одним напрямом є робота з посттравматичними симптомами, оскільки 60,0 % учасниць експериментальної групи мали показник PCL 5 від 31 бала і більше. У межах групової програми не слід проводити глибоке опрацювання травматичного досвіду, оскільки це потребує індивідуальної фахової роботи. Натомість групові заняття мають бути

спрямовані на психоедукацію, стабілізацію, нормалізацію реакцій на стрес і виявлення тих учасниць, які потребують додаткового скерування. Якщо жінка має повторювані нав'язливі спогади, нічні кошмари, різкі реакції на сирени, постійну настороженість, уникнення нагадувань про події, виражене порушення сну або нездатність виконувати щоденні обов'язки, їй потрібно рекомендувати індивідуальну консультацію психолога або психотерапевта. NICE у чинних рекомендаціях щодо ПТСР зазначає, що для дорослих із клінічно значущими симптомами можуть застосовуватися травмофокусована когнітивно поведінкова терапія та EMDR за відповідними показаннями [46].

Шостим напрямом є корекція неадаптивних копінг-стратегій. На констатувальному етапі в експериментальній групі найвищим був показник втечі уникнення, 2,28 бала, тоді як планування розв'язання проблеми становило лише 1,60 бала. Тому в програмі потрібно прямо навчати переходу від уникнення до малого практичного кроку. Якщо жінка відкладає дзвінок до лікаря, оформлення документа, звернення по допомогу або підготовку кризового набору, завдання не формулюється як «вирішити проблему повністю». Воно зменшується до першої дії: знайти номер, записати питання, підготувати один документ, попросити одну людину про конкретну допомогу, скласти список ліків. Така техніка зменшує відчуття безпорадності та формує навичку керованої дії. Сьомим напрямом є розвиток позитивної переоцінки, оскільки саме ця стратегія в експериментальній групі мала найнижчий показник, 1,57 бала. Позитивна переоцінка не означає штучного оптимізму або заперечення складності ситуації. Її практичний зміст полягає в тому, щоб навчити жінку помічати власну дієвість, ресурси та вже виконані кроки. Для цього після кожного заняття доцільно використовувати коротку вправу «3 опори»: що я сьогодні змогла зробити, хто або що мені допомогло, який один крок я зроблю до наступної зустрічі. Така вправа має формувати не абстрактну надію, а конкретне відчуття власної спроможності.

Восьмим напрямом є посилення соціальної підтримки. У дослідженні пошук соціальної підтримки мав відносно високий показник, 2,19 бала в експериментальній групі, однак він потребує конкретизації. Матері необхідно не

просто «звертатися по допомогу», а мати карту підтримки. У ній зазначається, хто може побути з дитиною 1 год, хто може привезти ліки, хто може супроводити до лікаря, хто може допомогти з документами, хто може вислухати без оцінювання, хто може підмінити в побутових справах. ВООЗ у програмі навчання навичок доглядальників для сімей дітей із порушеннями розвитку підкреслює, що такі програми сприяють підвищенню впевненості батьків, розвитку практичних навичок і добробуту як доглядальників, так і дітей [63].

Дев'ятим напрямом є інформаційна гігієна. Для матерів, які виховують дітей з інвалідністю, постійне читання новин часто сприймається як спосіб контролю, однак воно може підтримувати тривожну активацію. Рекомендовано встановити 2 інформаційні вікна на день тривалістю до 15 хв, користуватися лише офіційними джерелами, не переглядати новини за 1 год до сну, а кожне повідомлення про небезпеку переводити в дію лише тоді, коли ця дія реально можлива. Якщо після новини немає конкретної дії, потрібно завершити перегляд і виконати стабілізаційну вправу. Такий підхід узгоджується з логікою психологічної першої допомоги, де ключовими є безпека, практична підтримка, зменшення дистресу та допомога людині у відновленні здатності діяти [62].

Зміст формувальної програми для експериментальної групи доцільно побудувати у форматі 8 занять, які проводяться 1 раз на тиждень протягом 2 місяців. Перше заняття має бути присвячене психоедукації щодо тривоги, стресу та реакцій нервової системи в умовах воєнного стану. Друге заняття має формувати навички дихальної стабілізації та заземлення. Третє заняття доцільно спрямувати на розмежування фактів, тривожних думок і реальних дій. Четверте заняття має бути присвячене кризовому плану матері й дитини. П'яте заняття повинно стосуватися профілактики емоційного вигорання та щоденного відновлення. Шосте заняття має формувати карту соціальної підтримки. Сьоме заняття слід спрямувати на подолання уникнення через техніку малого кроку. Восьме заняття має узагальнити індивідуальний план самопомоги та визначити випадки, коли потрібне скерування до фахівця. Отже, рекомендації мають бути безпосередньо пов'язані з емпірично виявленими проблемами. Для

експериментальної групи першочерговими завданнями є зниження актуальної тривожності, формування навичок саморегуляції, зменшення уникнення, розвиток планування, профілактика емоційного вигорання та створення індивідуального кризового плану для матері й дитини. Контрольна група на цьому етапі зберігається без формувального впливу, що дасть змогу надалі об'єктивно порівняти її показники з результатами експериментальної групи після завершення 8 занять. Така логіка забезпечує методичну послідовність дослідження та дає можливість перевірити ефективність запропонованої програми подолання тривожності в умовах воєнного стану.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було здійснено емпіричне дослідження психологічних механізмів подолання тривожності у матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. Дослідження проводилося на базі Центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю Васильківської міської ради за участю 70 жінок. Для забезпечення коректності подальшого аналізу респонденток було поділено на експериментальну та контрольну групи по 35 осіб у кожній. Такий розподіл дав змогу визначити початковий психоемоційний стан учасниць і підготувати основу для подальшого порівняння результатів після формувального впливу. На констатувальному етапі було застосовано комплекс психодіагностичних методик, який включав методику дослідження особистісної тривожності Ч. Спілбергера, шкалу тривоги Бека, шкалу Холмса Раге, методику діагностики емоційного вигорання В. Бойка, шкалу посттравматичного стресу PCL 5 та опитувальник копінг-стратегій Лазаруса. Використання саме такого комплексу дало змогу розглянути тривожність не як окремий симптом, а як складне психологічне явище, пов'язане зі стійкою тривожною налаштованістю, актуальним психофізіологічним напруженням, накопиченням життєвих стресорів, емоційним виснаженням, посттравматичними проявами та способами подолання складних ситуацій.

Результати констатувального етапу засвідчили, що експериментальна та контрольна групи були близькими за основними показниками. В експериментальній групі високий рівень особистісної тривожності було виявлено у 22 жінок, що становить 62,9 %, а в контрольній групі у 21 жінки, або 60,0 %. Помірний або виражений рівень актуальної тривоги за шкалою Бека мали 24 жінки експериментальної групи, або 68,6 %, і 23 жінки контрольної групи, або 65,7 %. Помірне або високе стресове навантаження за шкалою Холмса Раге було зафіксовано в обох групах однаково, у 31 жінки, що становить 88,6 % у кожній групі. Такі результати свідчать про значну інтенсивність тривожних і стресових проявів у досліджуваній вибірці. Аналіз емоційного вигорання показав, що найбільш вираженою в обох групах була фаза резистенції, яка відображає психологічну економію емоційних ресурсів, вибіркоче реагування, напружений самоконтроль і захисне дистанціювання від переживань. В експериментальній групі сформована фаза резистенції була виявлена у 21 жінки, або 60,0 %, а в контрольній групі у 20 жінок, або 57,1 %. Це дає підстави стверджувати, що тривожність матерів дітей з інвалідністю підтримується зовнішньою небезпекою і внутрішнім виснаженням, яке виникає внаслідок тривалого доглядового, емоційного та організаційного навантаження.

Результати за шкалою PCL 5 показали наявність підвищених посттравматичних проявів у значної частини респонденток. Показник від 31 бала і більше мали 21 жінка експериментальної групи та 21 жінка контрольної групи, що становить по 60,0 % у кожній групі. Це свідчить про те, що переживання воєнного стану, повторювані сигнали небезпеки, страх за дитину, порушення звичного життя та постійне очікування загрози можуть бути важливими чинниками підтримання тривожності. Водночас ці результати потрібно трактувати як скринінгові, оскільки вони не є підставою для клінічного діагнозу, але вказують на потребу в уважному психологічному супроводі та можливому скеруванні частини жінок до фахівців. Особливе значення для розуміння механізмів подолання тривожності мали результати за опитувальником копінг-стратегій Лазаруса. На констатувальному етапі в експериментальній групі

найвищим був показник втечі уникнення, 2,28 бала, а в контрольній групі 2,26 бала. Найнижчими були показники позитивної переоцінки та планування розв'язання проблеми. Це означає, що частина матерів частіше використовує стратегії тимчасового уникнення або дистанціювання, ніж активного планування, переосмислення ситуації та послідовного вирішення труднощів. Така структура копінгу пояснює, чому тривожність може зберігатися навіть за наявності певної соціальної підтримки: якщо складна ситуація не переводиться в конкретний план дій, емоційне напруження залишається високим.

На основі результатів дослідження було розроблено практичні рекомендації для формуальної роботи з експериментальною групою. Їх зміст спрямовано на зниження актуальної тривоги, розвиток навичок саморегуляції, формування індивідуального кризового плану матері й дитини, профілактику емоційного вигорання, роботу з уникненням, розвиток позитивної переоцінки, посилення соціальної підтримки та інформаційну гігієну. Запропонована програма має передбачати 8 занять протягом 2 місяців і бути орієнтованою не на абстрактне психологічне заспокоєння, а на формування конкретних навичок, які жінки можуть застосовувати у повсякденних і кризових ситуаціях.

Отже, емпіричне дослідження підтвердило, що тривожність матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану, має комплексну природу. Вона пов'язана зі стійкою особистісною тривожністю, актуальними симптомами тривоги, значним життєвим стресом, емоційним виснаженням, посттравматичними проявами та недостатньою сформованістю активних копінг-стратегій. Початкова однорідність експериментальної та контрольної груп створює методичні передумови для подальшої перевірки ефективності формуальної програми. Найбільш перспективними напрямками психологічної допомоги є стабілізація емоційного стану, розвиток проблемно орієнтованого копінгу, зменшення уникнення, підтримка соціальних ресурсів і формування реалістичного відчуття контролю над діями в умовах воєнної невизначеності.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБЛЕННЯ ТА АПРОБАЦІЯ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ «АРХІТЕКТУРА СТІЙКОСТІ» ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

3.1. Методологічне обґрунтування корекційної програми «Архітектура стійкості» на основі підходу Джеймса С. Гордона

Корекційна програма «Архітектура стійкості» розроблена як адаптована психокорекційна програма для матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. Її теоретико-методологічною основою став інтегративний психотілесний підхід Джеймса С. Гордона, представлений у книзі «Трансформація травми: шлях до надії та зцілення», а також у практиці Центру медицини психіки та тіла. У цій праці автор послідовно обґрунтовує думку про те, що травма зачіпає психіку, тіло, емоції, поведінку, соціальні зв'язки, уявлення людини про себе та її здатність бачити майбутнє. Саме тому робота з травматичним досвідом і тривожністю має включати не тільки вербальне обговорення проблеми, а й дихання, рух, усвідомлення тілесних реакцій, емоційне вираження, уяву, письмо, підтримку групи, відновлення зв'язку з ресурсами та формування нових способів самопомоги. Українське видання книги Джеймса С. Гордона «Трансформація травми» вийшло у Львові у видавництві «Літопис» у 2023 році та містить опис теорії травми, технік самопіклування і практичного шляху від дистресу до зцілення [26].

Вибір підходу Джеймса С. Гордона як методологічної основи програми зумовлений тим, що досліджувана категорія жінок перебуває в ситуації тривалого, багаторівневого стресу. Матері, які виховують дітей з інвалідністю, в умовах воєнного стану одночасно переживають тривогу за власну безпеку, відповідальність за дитину, труднощі доступу до медичних і реабілітаційних послуг, побутове перевантаження, інформаційний тиск, фінансову нестабільність і хронічне емоційне виснаження. Результати констатувального етапу підтвердили цю складність: в експериментальній групі високий рівень особистісної тривожності було виявлено у 62,9 % жінок, помірний або

виражений рівень актуальної тривоги у 68,6 %, помірне або високе стресове навантаження у 88,6 %, сформовану фазу резистенції емоційного вигорання у 60,0 %, а підвищені посттравматичні прояви за шкалою PCL 5 також у 60,0 %. Такі показники свідчать, що допомога має бути не вузько симптоматичною, а комплексною, оскільки тривожність підтримується одночасно тілесною напругою, тривожними думками, травматичною настороженістю, виснаженням і неадаптивними копінг-стратегіями. У центрі підходу Джеймса С. Гордона перебуває ідея психотілесної єдності. Автор наголошує, що фізичні, емоційні, соціальні, духовні та психологічні виміри життя людини нерозривно пов'язані між собою, а тому зцілення травми потребує одночасного впливу на різні рівні функціонування особистості. У книзі описано модель, що поєднує повільне глибоке дихання, дихання «М'якого Живота», майндфулнес, експресивні медитації, керовану імагінацію, біологічний зворотний зв'язок, йогу, роботу зі словами, малюнками, музикою, рухом, харчуванням і груповими ритуалами підтримки. Сам Гордон підкреслює, що місія його Центру медицини психіки та тіла полягала в тому, щоб зробити піклування про себе та групову підтримку основою системи допомоги людині, яка переживає стрес або травму.

Саме ця ідея була покладена в основу програми «Архітектура стійкості». У межах дослідження вона розглядається як адаптація психотілесної програми Джеймса С. Гордона до потреб матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. Назва програми підкреслює, що психологічна стійкість не є випадковою властивістю, а формується поступово через поєднання окремих опор: дихання, тілесної стабілізації, емоційного вираження, усвідомлення думок, планування дій, підтримки, відновлення ресурсу та пошуку сенсу. Якщо в підході Джеймса С. Гордона акцент зроблено на трансформації травми через самопіклування і психотілесну інтеграцію, то в програмі «Архітектура стійкості» ці положення конкретизовано відповідно до життєвої ситуації матерів дітей з інвалідністю. Особливе значення для побудови програми має розуміння травми у Джеймса С. Гордона. Автор заперечує уявлення про травму як про досвід, що стосується лише окремих категорій людей, і наголошує, що травматичні впливи

можуть бути пов'язані не тільки з війною, насильством або катастрофами, а й із хронічною хворобою, інвалідністю, доглядом за іншою людиною, втратою стабільності, соціальною вразливістю та тривалим стресом. У цьому контексті ситуація матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану, повністю відповідає логіці Гордона, оскільки їхній досвід поєднує доглядове навантаження, емоційну відповідальність, переживання небезпеки та необхідність постійної адаптації до змін. У книзі прямо зазначено, що травматичною може бути власна хвороба або інвалідність, і піклування про іншу людину в таких обставинах.

Важливою теоретичною підставою програми є описана Гордоном біологія травми. Автор пояснює, що в умовах загрози активується реакція «борись або втікай», пов'язана із симпатичною нервовою системою, мигдалиною та викидом адреналіну. Така реакція є нормальною відповіддю організму на небезпеку, однак у разі її тривалого збереження вона підтримує напруження, порушення сну, дратівливість, труднощі концентрації, тілесний дискомфорт і відчуття постійної настороженості. Для матерів дітей з інвалідністю це має особливе значення, оскільки воєнний стан не є одноразовою подією, а створює хронічний фон небезпеки. У таких умовах нервова система може перебувати в режимі постійної мобілізації, а жінка поступово втрачає здатність до відновлення. Саме тому першим блоком програми «Архітектура стійкості» стали вправи на тілесну стабілізацію, дихання та повернення відчуття безпеки в теперішньому моменті.

Однією з базових технік, запозичених із підходу Джеймса С. Гордона, є дихання «М'якого Живота». У книзі ця техніка розглядається як спосіб заспокоєння психіки, тіла і духу, а також як інструмент зниження стресової реакції. Її цінність для досліджуваної групи полягає в простоті, безпечності та можливості використання в реальних умовах воєнного стану: вдома, в укритті, у транспорті, під час очікування дитини на заняттях або після повітряної тривоги. Гордон зазначає, що дихання «М'якого Живота» допомагає заспокоїти стресову реакцію, прийняти емоції та об'єктивніше їх оцінити. У програмі «Архітектура

стійкості» ця техніка використовується як базовий засіб саморегуляції, що має знижувати актуальну тривогу та тілесне напруження.

Другим важливим компонентом є тілесно-рухова практика «Трясіння і Танці», яку Джеймс С. Гордон описує як одну з найпростіших і найефективніших експресивних медитацій. Її психологічний сенс полягає у вивільненні напруження, яке утримується в тілі після стресу або травми. Гордон підкреслює, що трясіння послаблює фізичне заціпеніння, активізує виснажене тіло, допомагає звільнитися від страху і депресивної пригніченості. Для матерів, які перебувають у стані хронічного самоконтролю, така практика може мати важливе значення, оскільки дозволяє безпечним способом розрядити накопичену напругу, не переводячи її в дратівливість, соматичні симптоми або емоційне відсторонення. У межах програми ця техніка має застосовуватися обережно, з урахуванням фізичного стану учасниць і без примусу до інтенсивного руху.

Третім методологічним елементом є робота з емоціями. У підході Джеймса С. Гордона емоції не розглядаються як перешкода або ознака слабкості. Навпаки, автор пропонує «подружитися» з емоціями, зробити їх частиною процесу зцілення. Він описує три взаємопов'язані процеси: розслаблене сприйняття емоцій, їх усвідомлення та емоційне вираження. Для досліджуваної групи це особливо важливо, оскільки матері дітей з інвалідністю часто змушені стримувати страх, втому, злість, безпорадність або розпач, щоб залишатися функціональними для дитини. Тривале пригнічення емоцій сприяє емоційному вигоранню, а на констатувальному етапі сформована фаза резистенції була виявлена у 60,0 % учасниць ЕГ. Отже, програма має не придушувати емоції, а навчати безпечного усвідомлення і вираження переживань.

Четвертим компонентом є використання письмових практик і щоденникових записів. У книзі Джеймса С. Гордона підкреслюється значення регулярного письма як способу виведення назовні пригнічених, болісних або суперечливих переживань. Автор посилається на дослідження Джеймса Пеннебейкера та зазначає, що навіть коротке емоційне письмо може сприяти зниженню гормонів стресу, покращенню настрою та полегшенню

психофізіологічного напруження. Для програми «Архітектура стійкості» це стало підставою для включення вправи «факт, думка, дія» і коротких записів після занять. Такі письмові завдання допомагають матерям розрізнити реальну подію, тривожну інтерпретацію і конкретну дію, яку можна виконати.

П'ятим важливим положенням підходу Джеймса С. Гордона є значення групової підтримки. Авторська модель Центру медицини психіки та тіла базується на індивідуальному самопіклуванні і малих групах, у яких люди можуть безпечно ділитися досвідом, навчатися технік, відчувати прийняття і поступово повертати собі здатність до контакту з іншими. Саме тому програма «Архітектура стійкості» передбачає груповий формат роботи з матерями. Для цієї цільової групи групова підтримка має особливе значення, оскільки багато жінок переживають ізолюваність, відчуття, що їхній досвід незрозумілий іншим, а також сором через власну втому або роздратування. Група дозволяє нормалізувати ці реакції, не зводячи їх до особистої слабкості, і створює простір для взаємного підкріплення.

Практична основа програми також узгоджується з матеріалами моєї переддипломної практики. У звітних матеріалах зафіксовано підготовку та проведення восьми сесій за програмою «Емоційного фізичного відновлення» у клубі «Батькам потрібна допомога», а також роботу зі створення батьківського клубу, добір психодіагностичних методик, опрацювання питань стресу, тривожності й емоційного вигорання. Це підтверджує, що практична логіка програми вже була пов'язана з психоемоційним і тілесним відновленням батьків дітей з інвалідністю, а в межах магістерського дослідження вона отримує теоретичне обґрунтування через підхід Джеймса С. Гордона [15].

З огляду на це програма «Архітектура стійкості» може бути визначена як адаптована психотілесна корекційна програма, спрямована на зниження тривожності, відновлення емоційного ресурсу та розвиток навичок самодопомоги у матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. Її зміст не дублює повністю програму Джеймса С. Гордона, а використовує її ключові принципи: поєднання психіки й тіла, самопіклування, групову

підтримку, дихальні техніки, рухове вивільнення напруження, емоційне усвідомлення, письмо, роботу з ресурсами та побудову індивідуального плану подальшого відновлення. Назва програми є методологічно виправданою: вона відображає послідовне «вибудовування» внутрішніх і зовнішніх опор, необхідних жінці для подолання тривожності в умовах тривалої небезпеки.

Мета програми полягає у зниженні рівня тривожності та підвищенні психологічної стійкості матерів, які виховують дітей з інвалідністю, шляхом опанування психотілесних технік саморегуляції, розвитку навичок емоційного усвідомлення, формування активних копінг-стратегій і посилення групової підтримки. Ця мета безпосередньо пов'язана з результатами констатувального етапу, оскільки найбільш проблемними показниками були актуальна тривога, особистісна тривожність, стресове навантаження, емоційне вигорання, посттравматична настороженість і домінування уникнення.

Основними завданнями програми є навчання матерів базових технік дихальної стабілізації, зокрема дихання «М'якого Живота»; формування навичок тілесного розслаблення і безпечного вивільнення напруження через рух; розвиток уміння усвідомлювати та називати емоції без самозвинувачення; опанування письмових практик для розмежування фактів, тривожних думок і реальних дій; зменшення уникнення як провідної неадаптивної копінг-стратегії; посилення планування, позитивної переоцінки та пошуку соціальної підтримки; профілактика емоційного вигорання через щоденне мінімальне відновлення; створення індивідуального плану самопомоги для використання після завершення занять. Принципами реалізації програми є безпечність, добровільність, конфіденційність, тілесна обережність, недопущення ретравматизації, практична спрямованість, поступовість і ресурсність.

Безпечність означає, що учасниці не примушуються до детального обговорення травматичних подій. Добровільність передбачає право не виконувати вправу, якщо вона викликає надмірний дискомфорт. Тілесна обережність означає адаптацію рухових практик до фізичного стану жінок. Практична спрямованість передбачає, що кожне заняття завершується

конкретною навичкою, яку можна використати вдома. Ресурсність означає, що увага зосереджується на симптомах і на тому, що допомагає жінці зберігати функціональність, підтримувати зв'язок із дитиною та відновлювати власну спроможність. Очікуваними результатами реалізації програми є зниження актуальної тривоги, пом'якшення тілесного напруження, покращення здатності до саморегуляції, зменшення уникнення, підвищення рівня усвідомлення емоцій, зростання проблемно орієнтованого копінгу, посилення соціальної підтримки, зниження проявів емоційного виснаження та формування індивідуальної системи самодопомоги. При цьому важливо підкреслити, що програма не є заміною психотерапії або медичної допомоги для осіб із вираженими посттравматичними симптомами. Вона має корекційно підтримувальний характер і спрямована на розвиток навичок, які можуть зменшити тривожність і підвищити стійкість у повсякденному житті.

Отже, теоретико-методологічне обґрунтування програми базується на психотілесній моделі Джеймса С. Гордона, викладеній у книзі «Трансформація травми: шлях до надії та зцілення», а також на практичній потребі психологічної підтримки матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. Програма поєднує дихальні, тілесні, емоційні, письмові, групові та ресурсні практики, що відповідає комплексній природі тривожності, виявленій на констатувальному етапі дослідження. Її завдання полягає у зменшенні симптомів тривоги і формуванні внутрішньої системи стійкості, яка дозволяє жінці краще усвідомлювати власний стан, відновлювати сили, діяти у кризових ситуаціях і підтримувати себе та дитину в умовах воєнної невизначеності.

3.2. Структура та зміст корекційної програми «Архітектура стійкості»

Корекційна програма «Архітектура стійкості» була розроблена як адаптований варіант психотілесної програми зцілення травми Джеймса С. Гордона, орієнтований на матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. Її концептуальна основа спирається на інтегративне розуміння травматичного досвіду, відповідно до якого травма не обмежується лише

емоційним переживанням або спогадом про складну подію, а охоплює психіку, тіло, систему емоційної регуляції, соціальні зв'язки, здатність людини відчувати безпеку, підтримувати контакт із собою та зберігати відчуття сенсу. Саме такий підхід представлено у праці Дж. С. Гордона «Трансформація травми: шлях до надії та зцілення», де автор розглядає подолання травми як поступовий процес відновлення цілісності людини через поєднання тілесних, емоційних, когнітивних і соціальних практик [26].

Зміст програми «Архітектура стійкості» побудовано з урахуванням основних психотілесних технік, описаних Дж. С. Гордоном. До них належать дихання «М'якого живота», трясіння і танці, робота з емоціями, усвідомлення тілесних реакцій, налагодження підтримувальних зв'язків, звернення до внутрішніх ресурсів, робота з тригерами травматичного досвіду, розвиток вдячності, любові, переживання сенсу й особистої мети. У межах авторської програми ці компоненти не були механічно перенесені в готовому вигляді, а адаптовані до специфіки цільової групи. Це було необхідно, оскільки матері дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану перебувають у ситуації поєданого навантаження: вони переживають власну тривогу, несуть постійну відповідальність за безпеку й добробут дитини, стикаються з обмеженістю ресурсів, порушенням звичного режиму життя, складністю доступу до реабілітаційної, медичної та соціальної допомоги.

Методична логіка програми полягає в тому, що робота з тривожністю не зводиться лише до вербального аналізу переживань. Для цієї категорії учасниць важливо не тільки усвідомити причини напруження, а й отримати практичні інструменти швидкої стабілізації, відновлення контакту з тілом, зниження психофізіологічної активації, розпізнавання емоцій, послаблення уникнення та поступового повернення до підтримувальної взаємодії з іншими. Тому програма поєднує дихальні вправи, тілесно-рухові практики, елементи емоційного самопостереження, групове обговорення, вправи на усвідомлення ресурсів і формування конкретних дій у ситуаціях тривоги. Така структура відповідає психотілесній моделі Дж. С. Гордона, у якій відновлення після травматичного

досвіду розглядається як процес активного включення самої людини у власне зцілення [26]. Практичним підґрунтям для побудови програми стали матеріали переддипломної практики, у яких зафіксовано підготовку та проведення восьми сесій за програмою емоційного та фізичного відновлення у клубі «Батькам потрібна допомога» на базі Центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Здоров'я». У цих матеріалах відображено не лише сам факт проведення занять, а й організаційну логіку роботи з батьками: створення батьківського клубу як простору підтримки, добір психологічних і дихальних технік, вивчення методик дослідження стресу, тривожності та емоційного вигорання, а також поступове формування програми, спрямованої на відновлення психоемоційного ресурсу учасниць [15].

Важливо, що програма «Архітектура стійкості» має не лише корекційний, а й профілактично-ресурсний характер. Вона спрямована не тільки на зменшення тривожності як окремого симптому, а й на посилення здатності жінок витримувати складні емоційні стани, розпізнавати ознаки власного виснаження, використовувати доступні способи саморегуляції, підтримувати зв'язок із тілом і соціальним середовищем. Для матерів дітей з інвалідністю це має особливе значення, оскільки їхнє повсякденне життя часто передбачає тривалу емоційну працю, підвищену відповідальність, необхідність швидкого реагування на потреби дитини та обмежені можливості для власного відпочинку. Тому програма була побудована так, щоб кожна сесія містила не лише психоосвітній або рефлексивний компонент, а й конкретну практику, яку учасниці можуть застосовувати самостійно в повсякденному житті.

Програма реалізовувалася з учасницями експериментальної групи, до якої увійшли 35 матерів, які виховують дітей з інвалідністю. Контрольна група, що також складалася з 35 жінок, у формувальному впливі участі не брала, лише отримала базові рекомендації з підрозділу 2.3, що дало можливість у подальшому порівняти зміни в обох групах. Заняття проводилися 1 раз на тиждень упродовж 2 місяців. Загальна кількість занять становила 8. Тривалість одного заняття становила орієнтовно 60 до 90 хв, залежно від змісту теми, стану

учасниць і можливостей організації групової роботи. Такий формат є доцільним для матерів дітей з інвалідністю, оскільки він не створює надмірного додаткового навантаження, але забезпечує регулярність психологічного впливу.

У програмі використовувалися такі методи роботи: психоедукаційна бесіда, групове обговорення, дихальні техніки, тілесна стабілізація, сенсорне заземлення, рухове вивільнення напруження, письмові вправи, елементи керованої уваги, робота з ресурсами, карта соціальної підтримки, кризове планування, домашні завдання та підсумкова рефлексія. Важливо, що всі техніки добиралися з урахуванням безпечності для учасниць. Програма не передбачала примусового детального обговорення травматичних подій, оскільки її метою була стабілізація, саморегуляція та підтримка, а не глибока травмофокусована психотерапія. Загальна структура кожного заняття мала сталу логіку. На початку проводилася коротка перевірка стану учасниць і стабілізаційна вправа. Після цього подавалася коротка психоедукаційна частина, яка пояснювала тему заняття простими психологічними поняттями. Далі виконувалася основна практична вправа, що відповідала темі зустрічі. Після вправи відбувалося обговорення досвіду, але без примусу до особистого розкриття. Наприкінці заняття формулювалося коротке домашнє завдання, яке учасниці могли виконувати впродовж тижня. Така структура забезпечувала передбачуваність, що є особливо важливим для людей із підвищеною тривожністю. (див. Табл. 3.1).

Таблиця 3.1.

Структура корекційної програми «Архітектура стійкості»

№ заняття	Тема заняття	Мета заняття	Основний зміст і техніки
1	Тривога, травма і стійкість в умовах війни	Сформувати розуміння природи тривоги та правил безпечної групової роботи	Психоедукація про стрес і травму, обговорення впливу воєнного стану, правила групи, первинна стабілізація
2	Дихання «М'якого Живота» як базова опора	Навчити учасниць швидко знижувати тілесне напруження	Дихання «М'якого Живота» за Дж. Гордоном, дихання з подовженим видихом, спостереження за тілесними відчуттями

3	Тіло як шлях до вивільнення напруження	Зменшити тілесну скутість і хронічну мобілізацію	Сенсорне заземлення, м'яке трясіння, безпечний рух, елементи практики «Трясіння і Танці»
4	Усі емоції мають право бути	Розвинути навичку розпізнавання та безпечного вираження емоцій	Називання емоцій, шкала інтенсивності емоції, письмова вправа «що я відчуваю і що мені потрібно»
5	Тривожна думка і реальна дія	Зменшити катастрофізацію та посилити контрольовану поведінку	Вправа «факт, думка, дія», робота з тривожним прогнозуванням, формування першого практичного кроку
6	Кризовий план матері й дитини	Знизити хаотичність поведінки під час небезпеки	Індивідуальний кризовий план, список ліків і контактів, маршрут до укриття, план дій під час повітряної тривоги
7	Зв'язки, підтримка і ресурси	Посилити соціальну підтримку та зменшити ізоляцію	Карта підтримки, визначення людей і видів допомоги, практика прохання про конкретну допомогу
8	Моя архітектура стійкості	Узагальнити здобуті навички та сформувати індивідуальний план самопомоги	Підсумкова рефлексія, вправа «3 опори», план самопомоги, визначення ситуацій, коли потрібна фахова допомога

Джерело: сформовано самостійно автором на основі

програми Дж. С. Гордона та матеріалів власного дослідження.

Перше заняття було вступним і мало на меті сформувати безпечний простір групової взаємодії. На цьому етапі учасниці ознайомилися з метою програми, правилами конфіденційності, добровільності участі, поваги до особистих меж і правом не відповідати на запитання, якщо воно викликає дискомфорт. Основний зміст заняття був пов'язаний із психоедукацією про тривогу, стрес і травму. Учасницям пояснювалося, що тривожні реакції в умовах воєнного стану є не ознакою слабкості, а природною відповіддю нервової системи на небезпеку. Водночас наголошувалося, що навіть у ситуації об'єктивної загрози людина може навчитися краще регулювати власний стан. Такий підхід відповідає логіці Дж. С. Гордона, який розглядає травму як досвід, що може бути трансформований через самопіклування, усвідомлення і поступове повернення людини до власної цілісності [26].

Друге заняття було присвячене диханню «М'якого Живота». Саме ця практика є однією з центральних у підході Дж. С. Гордона. Її завдання полягає у

зменшенні стресової активації, заспокоєнні тіла, відновленні контакту з теперішнім моментом і формуванні відчуття внутрішньої опори. На занятті учасниці навчалися виконувати повільне дихання з акцентом на м'яке розслаблення живота, спостереження за вдихом і видихом, а також фіксацію змін у тілесному стані. Для матерів дітей з інвалідністю ця техніка є практично цінною, оскільки її можна застосовувати в ситуаціях гострого занепокоєння, після повітряної тривоги, перед сном або під час очікування важливої інформації. Домашнім завданням було виконувати цю вправу щодня протягом 5 хв вранці.

Третє заняття було спрямоване на тілесне вивільнення напруження. Його основою стала адаптована практика «Трясіння і Танці», описана Дж. С. Гордоном як спосіб зменшення тілесного заціпеніння, страху і психофізіологічного напруження [26]. Оскільки учасницями були матері, які можуть мати різний фізичний стан і рівень готовності до рухових вправ, техніка використовувалася в м'якому варіанті. Спочатку проводилося сенсорне заземлення, потім учасницям пропонувалося обережне потрясання кистями, плечима, ногами, після чого виконувалися вільні рухи під спокійну або ритмічну музику. Мета цієї вправи полягала не в фізичному навантаженні, а в тому, щоб дати тілу можливість звільнитися від накопиченого напруження. Після вправи учасниці описували, що змінилося в тілі, диханні та емоційному стані.

Четверте заняття було присвячене роботі з емоціями. У книзі Дж. С. Гордона окремий розділ має назву «Усі емоції невинні», що відображає важливу ідею: емоції не потрібно засуджувати, заперечувати або придушувати, їх потрібно навчитися розпізнавати й безпечно виражати [26]. Для матерів дітей з інвалідністю ця тема є особливо значущою, оскільки вони часто стримують страх, злість, втому, образу або безпорадність, вважаючи, що «не мають права» на такі переживання. На занятті учасниці вчилися називати емоцію, визначати її інтенсивність за шкалою від 0 до 10, знаходити її тілесний прояв і формулювати потребу, яка за нею стоїть. Основною письмовою вправою було речення: «Зараз я відчуваю... тому що мені важливо... і я можу підтримати себе через...». Така робота сприяла зниженню внутрішнього самозвинувачення та профілактиці

емоційного вигорання. П'яте заняття було спрямоване на роботу з тривожними думками. Його зміст був пов'язаний із тим, що на констатувальному етапі в експериментальній групі високий рівень особистісної тривожності мали 62,9 % жінок. Основною вправою стала техніка «факт, думка, дія». Учасниці вчилися розділяти те, що реально відбулося, те, що вони про це подумали, і те, що можуть зробити. Наприклад, факт може полягати в оголошенні повітряної тривоги, думка може мати форму катастрофічного прогнозу, а дія може включати перевірку ліків, документів, води, зв'язку і перехід у безпечне місце. Така техніка допомагає не заперечувати небезпеку, а повертати матері відчуття конкретної дії, що знижує беспорядність і посилює проблемно орієнтований копінг.

Шосте заняття було присвячене кризовому плану матері й дитини. Воно мало безпосередній зв'язок із результатами шкали Холмса Раге, оскільки 88,6 % учасниць експериментальної групи мали помірне або високе стресове навантаження. На занятті кожна учасниця створювала індивідуальний план дій на випадок повітряної тривоги, евакуації, погіршення стану дитини або недоступності звичних служб допомоги. До плану включалися контакти лікаря, реабілітаційного центру, родичів, сусідів, перелік ліків, копії документів, маршрут до укриття, речі першої необхідності, засоби комунікації та індивідуальні потреби дитини. Практичний сенс цього заняття полягав у тому, щоб зменшити хаотичність поведінки в кризовій ситуації та перевести тривогу в конкретну послідовність дій. Сьоме заняття було спрямоване на налагодження зв'язків і активізацію соціальної підтримки. У підході Дж. С. Гордона зв'язки з іншими людьми розглядаються як важливий чинник зцілення травми, оскільки ізоляція посилює дистрес, а безпечний контакт допомагає людині відновлювати відчуття прийняття і належності [26]. На занятті учасниці створювали карту підтримки. У цій карті окремо зазначалися люди, які можуть надати емоційну підтримку, практичну допомогу з дитиною, супровід до лікаря, допомогу з документами, транспортом або побутовими справами. Особливу увагу було приділено тому, щоб прохання про допомогу було конкретним. Замість загального формулювання «мені важко» учасниці вчилися формулювати

практичне прохання, наприклад «побудь з дитиною 1 год», «допоможи знайти контакт лікаря», «супроводи нас до центру».

Восьме заняття було підсумковим і мало назву «Моя архітектура стійкості». Його метою було узагальнення всіх здобутих навичок і формування індивідуального плану самодопомоги. Учасниці визначали, які техніки їм підходять найбільше, у яких ситуаціях вони можуть їх застосовувати, хто входить до їхньої карти підтримки, які дії допомагають знижувати тривогу, а які, навпаки, посилюють її. Підсумковою вправою стала вправа «3 опори»: моя тілесна опора, моя емоційна опора, моя соціальна опора. Наприкінці заняття також обговорювалися ознаки, за яких необхідно звертатися по індивідуальну психологічну або психотерапевтичну допомогу, зокрема стійке безсоння, панічні реакції, нав'язливі спогади, різке уникнення, емоційне оніміння або неможливість виконувати щоденні обов'язки. (див. Таблиця 3.2).

Таблиця 3.2.

Очікуваний вплив компонентів програми на показники дослідження

Компонент програми	Психологічна мішень	Очікуваний вплив
Дихання «М'якого Живота»	Актуальна тривога, тілесне напруження	Зниження фізіологічної активації та покращення самоконтролю
Сенсорне заземлення	Гостра тривога, панічне напруження	Повернення уваги до теперішнього моменту
Трясіння і м'який рух	Хронічне тілесне напруження	Вивільнення накопиченої напруги та зменшення скутості
Робота з емоціями	Емоційне вигорання, самозвинувачення	Розпізнавання почуттів і зниження внутрішнього тиску
Вправа «факт, думка, дія»	Особистісна тривожність, катастрофізація	Перехід від тривожного прогнозування до конкретної дії
Кризовий план	Стресове навантаження, невизначеність	Посилення контрольованості поведінки під час небезпеки
Карта підтримки	Ізоляція, перевантаження	Активізація соціальних ресурсів
Вправа «3 опори»	Низька позитивна переоцінка	Формування відчуття спроможності та ресурсу

Джерело: сформовано самостійно автором на основі

програми Дж. С. Гордона та матеріалів власного дослідження.

Зміст програми відповідає виявленим на констатувальному етапі проблемам. Високий рівень актуальної тривоги обґрунтовує необхідність дихальних і стабілізаційних вправ. Висока особистісна тривожність потребує

роботи з тривожними думками та катастрофічними прогнозами. Значне стресове навантаження вимагає кризового планування. Сформована фаза резистенції в структурі емоційного вигорання обґрунтовує необхідність роботи з емоціями, відновленням і правом матері на відпочинок. Підвищені посттравматичні прояви зумовлюють потребу в безпечних психотілесних техніках, які не примушують учасниць до повторного переживання травматичних подій. Домінування втечі уникнення як копінг-стратегії пояснює включення вправ, спрямованих на перехід від уникнення до малого реального кроку. Особливістю програми є її адаптація до потреб матерів дітей з інвалідністю. Усі вправи добиралися з урахуванням того, що учасниці мають обмежений час, високий рівень побутового і доглядового навантаження, різну фізичну витривалість і часто не можуть регулярно відвідувати тривалу психотерапію. Тому основною вимогою до вправ була можливість їх самостійного застосування в реальному житті.

Дихання «М'якого Живота» можна виконувати вдома або в укритті, вправа «факт, думка, дія» займає кілька хвилин, карта підтримки може використовуватися під час організації допомоги, а кризовий план має практичне значення для безпеки матері й дитини. Програма також передбачала домашні завдання, оскільки формування психологічної стійкості неможливе лише в межах групової зустрічі. Після другого заняття учасниці мали щодня практикувати дихання «М'якого Живота». Після третього заняття вони спостерігали за тілесними ознаками напруження і підбирали безпечний спосіб рухового розвантаження. Після четвертого заняття учасниці записували 1 емоцію на день і потребу, яка з нею пов'язана. Після п'ятого заняття виконували вправу «факт, думка, дія». Після шостого заняття завершували кризовий план. Після сьомого заняття формували карту підтримки. Після восьмого заняття складали індивідуальний план самодопомоги на найближчий місяць.

Отже, структура програми «Архітектура стійкості» включала 8 послідовних занять, побудованих на основі психотілесного підходу Джеймса С. Гордона та адаптованих до умов воєнного стану і потреб матерів, які виховують дітей з інвалідністю. Її зміст поєднував дихальні, тілесні, емоційні, когнітивні,

соціальні та ресурсні компоненти. Така структура дала змогу спрямувати формувальний вплив на ключові проблемні показники, виявлені під час констатувального етапу, а саме тривожність, стресове навантаження, емоційне вигорання, посттравматичну настороженість і домінування уникнення. Програма мала корекційний і навчально-підтримувальний характер, оскільки її головним результатом мало стати формування в учасниць практичних навичок самопомоги, які можуть застосовуватися після завершення групової роботи.

3.3. Аналіз ефективності адаптованої корекційної програми

Після завершення формувального етапу було проведено контрольну діагностику з метою перевірки ефективності корекційної програми «Архітектура стійкості», побудованої на основі психотілесного підходу Джеймса С. Гордона та адаптованої до потреб матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. На цьому етапі було повторно застосовано той самий психодіагностичний комплекс, що й під час констатувального зрізу: методику дослідження особистісної тривожності Ч. Спілбергера, шкалу тривоги Бека, шкалу Холмса Раге, методику діагностики рівня емоційного вигорання В. Бойка, шкалу посттравматичного стресу PCL 5 та опитувальник копінг-стратегій Лазаруса. Формувальний вплив здійснювався з експериментальною групою, до якої увійшли 35 жінок. Саме ця група брала участь у 8 заняттях програми «Архітектура стійкості», що включала дихання «М'якого Живота», тілесну стабілізацію, елементи практики «Трясіння і Танці», роботу з емоціями, вправу «факт, думка, дія», кризове планування, карту соціальної підтримки та формування індивідуального плану самопомоги. Контрольна група також складалася з 35 жінок, однак не проходила повної корекційної програми. Учасниці контрольної групи отримали лише загальні практичні рекомендації, сформульовані в підрозділі 2.3, без регулярних групових занять, без послідовного відпрацювання психотілесних технік і без підтримувального групового процесу. Такий підхід дозволив порівняти вплив структурованої програми з впливом інформаційно рекомендаційної підтримки.

Методологічно важливо, що на констатувальному етапі експериментальна та контрольна групи були майже однорідними за основними показниками. Це означає, що подальші відмінності між ними можуть бути інтерпретовані як наслідок різного формату психологічної допомоги. Якщо в експериментальній групі учасниці отримували інформацію і регулярно практикували навички саморегуляції, то в контрольній групі вплив обмежувався ознайомленням із рекомендаціями. Очікувалося, що позитивна динаміка в експериментальній групі буде більш вираженою, ніж у контрольній.

Результати за методикою Ч. Спілбергера показали виразну позитивну динаміку в експериментальній групі. До початку програми високий рівень особистісної тривожності мали 22 жінки, що становило 62,9 % групи, тоді як після завершення програми їх кількість зменшилася до 10 осіб, або 28,6 %. Водночас кількість респонденток із середнім рівнем зросла з 11 до 19 осіб, а з низьким рівнем з 2 до 6 осіб. Це свідчить про те, що програма не просто знизила ситуативне напруження, а частково вплинула на стійку тривожну налаштованість жінок. (див. Таблиця 3.3).

Таблиця 3.3.

Динаміка особистісної тривожності за методикою Ч. Спілбергера

Рівень особистісної тривожності	ЕГ до програми, осіб	ЕГ після програми, осіб	КГ до рекомендацій, осіб	КГ після рекомендацій, осіб
Низький рівень	2	6	2	3
Середній рівень	11	19	12	13
Високий рівень	22	10	21	19
Усього	35	35	35	35

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

У контрольній групі зміни були значно менш вираженими. Кількість жінок із високим рівнем особистісної тривожності зменшилася лише з 21 до 19 осіб, тобто з 60,0 % до 54,3 %. Кількість учасниць із середнім рівнем зросла з 12 до 13 осіб, а з низьким рівнем з 2 до 3 осіб. Така динаміка свідчить, що самі рекомендації можуть мати певний підтримувальний ефект, однак без систематичного практичного відпрацювання навичок вони не забезпечують суттєвого зниження особистісної тривожності.

Порівняння груп дозволяє стверджувати, що найбільше зниження високого рівня особистісної тривожності відбулося саме в експериментальній групі. Це можна пояснити тим, що програма «Архітектура стійкості» була спрямована на інформування і формування тілесних, емоційних і когнітивних опор. Дихання «М'якого Живота», робота з тривожними думками та кризове планування допомогли учасникам не заперечувати реальність небезпеки, а переводити тривожне очікування у конкретні дії. Така логіка відповідає підходу Дж. С. Гордона, який наголошує на значенні психотілесного самопідключення і групової підтримки у відновленні після травматичного досвіду [26].

За шкалою тривоги Бека в експериментальній групі було зафіксовано найбільш помітну позитивну динаміку. До початку програми помірний або виражений рівень актуальної тривоги мали 24 жінки, тобто 68,6 % групи. Після завершення програми кількість таких респонденток зменшилася до 11 осіб, або 31,4 %. Водночас кількість жінок із легким рівнем тривоги зросла з 9 до 18 осіб, а з мінімальним рівнем з 2 до 6 осіб. Це свідчить про істотне зниження поточних тривожних симптомів, зокрема тілесного напруження, внутрішнього неспокою, напруженого очікування небезпеки, утруднення розслаблення та психофізіологічної мобілізації. У контрольній групі, яка отримала лише рекомендації, зміни були мінімальними. Помірний або виражений рівень актуальної тривоги до рекомендацій мали 23 жінки, або 65,7 %, а після рекомендацій 21 жінка, або 60,0 %. Кількість осіб із вираженим рівнем зменшилася лише з 8 до 7, а з помірним рівнем з 15 до 14. Це означає, що ознайомлення з рекомендаціями саме по собі могло дещо підвищити обізнаність учасниць, але не забезпечило достатнього зниження тривоги. Див. Таблиця. 3.4.

Таблиця 3.4.

Динаміка актуальної тривоги за шкалою Бека

Рівень актуальної тривоги	ЕГ до програми, осіб	ЕГ після програми, осіб	КГ до рекомендацій, осіб	КГ після рекомендацій, осіб
Мінімальний рівень	2	6	3	3
Легкий рівень	9	18	9	11

Помірний рівень	16	9	15	14
Виражений рівень	8	2	8	7
Усього	35	35	35	35

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

Найбільша різниця між групами простежується саме за актуальною тривогою, оскільки цей показник є найбільш чутливим до практик саморегуляції. Учасниці експериментальної групи регулярно виконували дихальні вправи, сенсорне заземлення, тілесне вивільнення напруження та вправи на усвідомлення стану. Натомість учасниці контрольної групи лише отримали опис рекомендацій, але не мали стабільного групового середовища для їх відпрацювання. Отже, результати підтверджують, що для зниження актуальної тривоги потрібні поради і регулярне тренування навичок.

Інтерпретація результатів за шкалою Холмса Раге потребує обережності, оскільки ця методика фіксує психологічне ставлення до подій і сам факт накопичення життєвих змін. Тому за короткий період програми не слід очікувати різкого зниження показників, адже життєві події, які вже відбулися, залишаються частиною досвіду респонденток. Водночас повторне оцінювання дало змогу визначити, чи зменшилася частка жінок із високим рівнем стресового навантаження за рахунок кращого структурування подій, кризового планування та зменшення суб'єктивної хаотичності. (див. Таблиця 3.5).

Таблиця 3.5.

Динаміка стресового навантаження за шкалою Холмса Раге

Рівень стресового навантаження	ЕГ до програми, осіб	ЕГ після програми, осіб	КГ до рекомендацій, осіб	КГ після рекомендацій, осіб
Низький рівень	4	6	4	4
Помірний рівень	17	20	18	19
Високий рівень	14	9	13	12
Усього	35	35	35	35

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

В експериментальній групі кількість жінок із високим рівнем стресового навантаження зменшилася з 14 до 9 осіб. Кількість учасниць із помірним рівнем зросла з 17 до 20 осіб, а з низьким рівнем з 4 до 6 осіб. Така динаміка не означає

повного усунення стресорів, однак свідчить про зменшення вираженості стресового навантаження в частини респонденток. Імовірно, цьому сприяло шосте заняття програми, присвячене кризовому плану матері й дитини, а також вправи, спрямовані на переведення тривоги у конкретні дії. У контрольній групі показники майже не змінилися. Високий рівень стресового навантаження до отримання рекомендацій мали 13 жінок, а після рекомендацій 12 жінок. Помірний рівень зріс із 18 до 19 осіб, а низький залишився незмінним. Це підтверджує, що загальні рекомендації можуть мати обмежений вплив на переживання стресу, якщо вони не супроводжуються регулярною практикою кризового планування, груповим обговоренням і підтримкою.

Результати за методикою В. Бойка засвідчили, що програма позитивно вплинула на прояви емоційного вигорання в експериментальній групі. Найбільш виразне зниження спостерігалось за фазою напруження. До програми сформована фаза напруження була виявлена у 18 жінок, після програми лише у 8 жінок. Це свідчить про зменшення гострого внутрішнього тиску, переживання безвиході, емоційної скутості та тривожно депресивного фону. Фаза резистенції також знизилася: до програми вона була сформована у 21 респондентки, після програми у 12. Оскільки саме резистенція була найбільш вираженою проблемною фазою на констатувальному етапі, така динаміка є особливо важливою. Вона свідчить про зменшення емоційної економії, вибіркового реагування, захисного дистанціювання та внутрішнього виснаження. Учасниці експериментальної групи отримали змогу говорити про втому і практично відпрацьовувати навички щоденного відновлення, емоційного розпізнавання та тілесного розвантаження. (див. Таблиця 3.6).

Таблиця 3.6.

Динаміка фаз емоційного вигорання за методикою В. Бойка

Фаза емоційного вигорання	ЕГ до програми, сформована фаза, осіб	ЕГ після програми, сформована фаза, осіб	КГ до рекомендацій, сформована фаза, осіб	КГ після рекомендацій, сформована фаза, осіб
Напруження	18	8	16	15
Резистенція	21	12	20	18

Виснаження	12	6	12	11
------------	----	---	----	----

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

Фаза виснаження в експериментальній групі зменшилася з 12 до 6 осіб. Це також є позитивним результатом, однак він потребує обережної інтерпретації. Емоційне виснаження формується внаслідок тривалого навантаження, тому його повне подолання за 8 занять неможливе. Водночас зниження кількості жінок зі сформованою фазою виснаження свідчить про те, що програма допомогла частині учасниць відновити хоча б мінімальний психологічний ресурс. У контрольній групі зміни були незначними. Фаза напруження зменшилася з 16 до 15 осіб, резистенції з 20 до 18, виснаження з 12 до 11. Така динаміка може бути пов'язана з тим, що рекомендації з підрозділу 2.3 дали учасницям певне розуміння необхідності відновлення, однак без групового процесу, тілесних практик і регулярного виконання вправ ефект залишився обмеженим. Це підтверджує, що профілактика вигорання потребує інформації про відпочинок і практичного включення навичок відновлення в повсякденне життя.

За шкалою PCL 5 в експериментальній групі також було виявлено позитивну динаміку. До програми підвищених або високий рівень посттравматичних симптомів мали 21 жінка, тобто 60,0 % групи. Після завершення програми кількість таких учасниць зменшилася до 11 осіб, або 31,4 %. Кількість респонденток із високим рівнем знизилася з 8 до 3, а з підвищеним рівнем з 13 до 8. Водночас збільшилася кількість жінок із низьким і помірним рівнем симптомів. Ці результати не слід трактувати як повне подолання травматичного досвіду або як клінічне лікування ПТСР. Програма «Архітектура стійкості» мала корекційно підтримувальний характер і не була травмофокусованою психотерапією. Проте зниження показників PCL 5 свідчить про зменшення гостроти посттравматичної настороженості, тілесного збудження, емоційного напруження і реактивності на тригери. Це може бути пов'язано з використанням дихання, заземлення, м'якого руху, групової підтримки та кризового планування, які допомагають нервовій системі повертатися до більш стабільного стану. (див. Таблиця 3.7).

Таблиця 3.7.

Динаміка посттравматичних симптомів за шкалою PCL 5

Рівень посттравматичних симптомів	ЕГ до програми, осіб	ЕГ після програми, осіб	КГ до рекомендацій, осіб	КГ після рекомендацій, осіб
Низький рівень	5	10	5	6
Помірний рівень	9	14	9	10
Підвищений рівень	13	8	14	13
Високий рівень	8	3	7	6
Усього	35	35	35	35

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

У контрольній групі зміни були слабкими. Підвищений або високий рівень до рекомендацій мали 21 жінка, після рекомендацій 19 жінок. Високий рівень зменшився з 7 до 6 осіб, а підвищений з 14 до 13. Це означає, що рекомендації могли дещо зменшити тривожну невизначеність, але без систематичної стабілізаційної роботи вони не дали помітного впливу на посттравматичні прояви. Отже, для жінок із підвищеними показниками PCL 5 найбільш доцільною є або структурована групова програма стабілізації, або індивідуальна робота з фахівцем у разі збереження виражених симптомів.

Найбільш показовими для оцінки ефективності програми є результати за опитувальником копінг-стратегій Лазаруса. Саме ці показники демонструють, чи змінилися психологічні механізми подолання тривожності. В експериментальній групі після участі в програмі відбулося суттєве зменшення неадаптивних або умовно неадаптивних стратегій і посилення більш конструктивних способів подолання стресу. Показник втечі уникнення в експериментальній групі знизився з 2,28 до 1,69 бала. Це є важливим результатом, оскільки на констатувальному етапі саме уникнення було найвищою копінг-стратегією. Зменшення цього показника свідчить, що учасниці стали менше відкладати складні дії, менше уникати тривожних тем і частіше переходити до конкретних кроків. Імовірно, цьому сприяла вправа «факт, думка, дія», техніка малого кроку та кризове планування. Показник дистанціювання знизився з 2,12 до 1,66 бала. Це може свідчити про те, що жінки стали менше емоційно відсторонюватися від власних переживань і частіше усвідомлювати їх без самозвинувачення.

У межах програми цьому сприяв блок роботи з емоціями, заснований на ідеї Дж. С. Гордона про те, що всі емоції мають право бути прийнятими, усвідомленими та безпечно вираженими. Водночас в експериментальній групі суттєво зросли показники планування розв'язання проблеми та позитивної переоцінки. Планування підвищилося з 1,60 до 2,24 бала, а позитивна переоцінка з 1,57 до 2,21 бала. Це означає, що після програми учасниці стали частіше використовувати активні способи подолання: визначати конкретну проблему, розкласти її на менші кроки, шукати реалістичні рішення, бачити власний досвід, ресурси і точки опори. Саме ця зміна є одним із ключових доказів ефективності програми, оскільки вона відображає перехід від пасивного переживання тривоги до активнішої саморегуляції та дії. (див. Таблиця 3.8).

Таблиця 3.8.

Динаміка копінг-стратегій за опитувальником Лазаруса

копінг-стратегія	ЕГ до програми, середній бал	ЕГ після програми, середній бал	КГ до рекомендацій, середній бал	КГ після рекомендацій, середній бал
Конфронтаційний копінг	1,75	1,56	1,73	1,70
Дистанціювання	2,12	1,66	2,10	2,02
Самоконтроль	2,03	2,25	2,01	2,04
Пошук соціальної підтримки	2,19	2,46	2,17	2,20
Прийняття відповідальності	1,95	1,82	1,97	1,95
Втеча уникнення	2,28	1,69	2,26	2,18
Планування розв'язання проблеми	1,60	2,24	1,62	1,68
Позитивна переоцінка	1,57	2,21	1,59	1,64

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

Показник пошуку соціальної підтримки зріс із 2,19 до 2,46 бала. Це свідчить про те, що після участі в програмі жінки стали більше усвідомлювати значення підтримки та конкретніше визначати, до кого і з яким проханням можна звернутися. Це особливо важливо для матерів дітей з інвалідністю, оскільки їхнє навантаження часто неможливо зменшити лише внутрішніми ресурсами. Соціальна підтримка в цьому випадку виступає не другорядним чинником, а

необхідною умовою психологічної стійкості. У контрольній групі показники копінг-стратегій змінилися незначно. Втеча уникнення знизилася з 2,26 до 2,18 бала, дистанціювання з 2,10 до 2,02 бала, планування зросло лише з 1,62 до 1,68 бала, а позитивна переоцінка з 1,59 до 1,64 бала. Це свідчить, що рекомендації можуть дещо стимулювати усвідомлення проблеми, але не забезпечують глибокої перебудови копінг профілю без практичної роботи, групового обговорення та повторного тренування навичок.

Зведені результати демонструють, що корекційна програма «Архітектура стійкості» виявилася ефективнішою, ніж надання лише загальних рекомендацій. У контрольній групі, яка отримала рекомендації з підрозділу 2.3, спостерігалися незначні позитивні зміни, що можна пояснити підвищенням обізнаності, частковим використанням окремих порад і природною адаптацією до ситуації. Проте ці зміни були значно слабшими, ніж в експериментальній групі. В експериментальній групі позитивна динаміка була комплексною. Вона охопила зниження особистісної та актуальної тривожності, зменшення проявів емоційного вигорання, послаблення посттравматичних симптомів і перебудову копінг-стратегій. Найбільш значущими результатами є зменшення актуальної тривоги, зниження уникнення, зростання планування розв'язання проблеми та позитивної переоцінки. Учасниці стали почуватися спокійніше і опанували більш адаптивні способи подолання стресу. (див. Таблиця 3.9).

Таблиця 3.9.

Узагальнені результати ефективності програми «Архітектура стійкості»

Показник	Експериментальна група	Контрольна група	Інтерпретація
Високий рівень особистісної тривожності	Зменшився з 22 до 10 осіб	Зменшився з 21 до 19 осіб	Програма істотно вплинула на тривожну налаштованість
Помірна або виражена актуальна тривога	Зменшилася з 24 до 11 осіб	Зменшилася з 23 до 21 особи	Практики саморегуляції суттєво знизили актуальну тривогу
Високе стресове навантаження	Зменшилося з 14 до 9 осіб	Зменшилося з 13 до 12 осіб	Кризове планування знизило суб'єктивну хаотичність

Сформована фаза напруження	Зменшилася з 18 до 8 осіб	Зменшилася з 16 до 15 осіб	Програма зменшила емоційне напруження
Підвищені та високі PCL 5 показники	Зменшилися з 21 до 11 осіб	Зменшилися з 21 до 19 осіб	Стабілізаційні техніки послабили посттравматичну настороженість
Втеча уникнення	Знизилася з 2,28 до 1,69 бала	Знизилася з 2,26 до 2,18 бала	Програма зменшила уникнення як провідний копінг
Планування розв'язання проблеми	Зросло з 1,60 до 2,24 бала	Зросло з 1,62 до 1,68 бала	Програма сформувала активніший проблемно орієнтований копінг
Позитивна переоцінка	Зросла з 1,57 до 2,21 бала	Зросла з 1,59 до 1,64 бала	Програма посилила здатність бачити ресурси й опори

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

Отримані результати дають підстави підтвердити ефективність психотілесної логіки програми, методологічно пов'язаної з підходом Джеймса С. Гордона. Його модель зцілення травми ґрунтується на розумінні того, що травматичний досвід впливає не лише на емоційну сферу, а на людину цілісно: її тіло, мислення, уяву, поведінку, соціальні зв'язки, здатність до самопіклування та відновлення відчуття внутрішньої безпеки [26]. Саме тому подолання тривожності в межах такого підходу не обмежується вербальним аналізом переживань, а передбачає поєднання тілесних практик, дихання, руху, емоційного усвідомлення, групової підтримки та формування навичок саморегуляції. Саме таку інтегративну логіку було реалізовано в корекційній програмі «Архітектура стійкості». Її зміст був спрямований на поступове зниження психофізіологічної активації, відновлення контакту з тілом, послаблення уникнення, розвиток здатності витримувати складні емоційні стани, формування більш адаптивних копінг-стратегій і повернення відчуття керованості власними діями. Це узгоджується з результатами контрольного етапу, оскільки після реалізації програми в експериментальній групі було зафіксовано позитивну динаміку за показниками тривожності, стресового

навантаження, емоційного вигорання, посттравматичних симптомів і способів подолання складних життєвих ситуацій.

Практичні матеріали переддипломної практики також підтверджують відповідність програми реальним потребам цільової групи. Зокрема, робота з батьками дітей з інвалідністю в межах клубу «Батькам потрібна допомога» була орієнтована на емоційне та фізичне відновлення, використання психологічних і дихальних технік, створення підтримувального простору та формування навичок самодопомоги [15]. Отже, програма «Архітектура стійкості» поєднала теоретичні положення психотілесного підходу Дж. С. Гордона з практичним досвідом роботи з матерями дітей з інвалідністю, що дає підстави розглядати її як цілісний інструмент психологічної підтримки в умовах воєнного стану (див. таблицю 3.10).

Таблиця 3.10.

Зведена динаміка показників експериментальної та контрольної груп у відсотковому співвідношенні

Методика та ключовий показник	ЕГ до програми, %	ЕГ після програми, %	Зміна в ЕГ, в.п.	КГ до рекомендацій, %	КГ після рекомендацій, %	Зміна в КГ, в.п.
Методика Ч. Спілбергера, високий рівень особистісної тривожності	62,9	28,6	-34,3	60,0	54,3	-5,7
Шкала тривоги Бека, помірний і виражений рівень актуальної тривоги	68,6	31,4	-37,2	65,7	60,0	-5,7
Шкала Холмса Раге, високий рівень стресового навантаження	40,0	25,7	-14,3	37,1	34,3	-2,8
Методика В. Бойка, сформована фаза напруження	51,4	22,9	-28,5	45,7	42,9	-2,8
Методика В. Бойка, сформована фаза резистенції	60,0	34,3	-25,7	57,1	51,4	-5,7

Методика В. Бойка, сформована фаза виснаження	34,3	17,1	-17,2	34,3	31,4	-2,9
Шкала PCL 5, підвищений і високий рівень посттравматичних симптомів	60,0	31,4	-28,6	60,0	54,3	-5,7
Опитувальник Лазаруса, втеча уникнення	76,0	56,3	-19,7	75,3	72,7	-2,6
Опитувальник Лазаруса, дистанціювання	70,7	55,3	-15,4	70,0	67,3	-2,7
Опитувальник Лазаруса, планування розв'язання проблеми	53,3	74,7	+21,4	54,0	56,0	+2,0
Опитувальник Лазаруса, позитивна переоцінка	52,3	73,7	+21,4	53,0	54,7	+1,7
Опитувальник Лазаруса, пошук соціальної підтримки	73,0	82,0	+9,0	72,3	73,3	+1,0

Джерело: сформовано самостійно автором на основі власного емпіричного дослідження.

Примітка. Для методик Ч. Спілбергера, Бека, Холмса Раге, В. Бойка та PCL 5 відсотки відображають частку респонденток відповідної групи. Для опитувальника Лазаруса відсотки розраховано як частку середнього бала від максимально можливого значення 3 бали. Показник «в.п.» означає відсоткові пункти.

Дані таблиці 3.10 узагальнюють результати контрольного етапу та демонструють, що найбільш виражена позитивна динаміка спостерігалася саме в експериментальній групі. Високий рівень особистісної тривожності зменшився на 34,3 в.п., тоді як у контрольній групі лише на 5,7 в.п. Помірний і виражений рівень актуальної тривоги за шкалою Бека в експериментальній групі знизився на 37,2 в.п., а в контрольній лише на 5,7 в.п. Це підтверджує, що практичне засвоєння дихальних, тілесних і когнітивних технік мало значно більший ефект, ніж ознайомлення із загальними рекомендаціями. Особливо показовою є

динаміка копінг-стратегій. В експериментальній групі втеча уникнення зменшилася на 19,7 в.п., а дистанціювання на 15,4 в.п. Водночас планування розв'язання проблеми зросло на 21,4 в.п., позитивна переоцінка також на 21,4 в.п., а пошук соціальної підтримки на 9,0 в.п. У контрольній групі зміни за цими показниками були незначними. Отже, програма «Архітектура стійкості» вплинула на зниження симптомів тривожності і зміну самих механізмів подолання стресу, оскільки учасниці експериментальної групи стали менше уникати складних ситуацій і частіше використовувати активні, ресурсні та соціально підтримувальні стратегії.

Отже, аналіз контрольного етапу показав, що участь у корекційній програмі «Архітектура стійкості» сприяла суттєвішому покращенню психологічного стану матерів, які виховують дітей з інвалідністю, порівняно з отриманням лише рекомендацій. Програма виявилася результативною насамперед завдяки тому, що поєднала інформаційний, тілесний, емоційний, когнітивний, поведінковий і груповий компоненти. Вона не обмежилася поясненням того, як зменшити тривожність, а створила умови для практичного формування навичок саморегуляції, підтримки, кризового планування та активного подолання стресу. Це дає підстави рекомендувати програму «Архітектура стійкості» для використання в роботі з матерями дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану як короткострокову групову психокорекційну програму стабілізаційно підтримувального характеру.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було обґрунтовано, розроблено та проаналізовано ефективність корекційної програми «Архітектура стійкості», спрямованої на подолання тривожності у матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. Теоретико-методологічною основою програми став психотілесний підхід Джеймса С. Гордона, представлений у праці «Трансформація травми: шлях до надії та зцілення». У межах цього підходу травма і тривожність розглядаються як явища, що охоплюють психіку, тіло,

емоції, поведінку, соціальні зв'язки та здатність людини відновлювати відчуття сенсу. Саме тому програма «Архітектура стійкості» була побудована не як суто інформаційна або консультативна форма допомоги, а як комплекс психотілесних, емоційних, когнітивних і соціально підтримувальних практик.

Було доведено, що використання підходу Джеймса С. Гордона є доцільним для роботи з матерями дітей з інвалідністю, оскільки ця категорія жінок перебуває в умовах тривалого багаторівневого стресу. Їхня тривожність підтримується воєнною небезпекою і постійною відповідальністю за дитину, доглядом навантаженням, порушенням звичного режиму життя, труднощами доступу до допомоги, емоційним виснаженням і підвищеною настороженістю. Тому психотілесна модель, яка включає дихання, рух, усвідомлення емоцій, письмо, групову підтримку та самопіклування, відповідає реальним потребам досліджуваної групи.

Також було розкрито структуру та зміст програми «Архітектура стійкості». Програма складалася з 8 занять, що проводилися 1 раз на тиждень протягом 2 місяців. Її зміст охоплював психоедукацію щодо тривоги, стресу і травми, дихання «М'якого Живота», сенсорне заземлення, м'які тілесні практики, елементи вправи «Трясіння і Танці», роботу з емоціями, техніку «факт, думка, дія», створення кризового плану матері й дитини, формування карти соціальної підтримки та індивідуального плану самопомоги. Практичною основою такої роботи стали також матеріали переддипломної практики, у яких зафіксовано проведення 8 сесій програми емоційного та фізичного відновлення в клубі «Батькам потрібна допомога» на базі центру «Здоров'я».

Нами було здійснено аналіз ефективності програми шляхом порівняння результатів експериментальної та контрольної груп. Експериментальна група проходила повну програму «Архітектура стійкості», тоді як контрольна група отримала лише практичні рекомендації, сформульовані в підрозділі 2.3. Такий дизайн дав змогу порівняти вплив системної групової психокорекційної роботи з впливом загальної інформаційно-рекомендаційної підтримки. Результати контрольного етапу показали, що позитивна динаміка в експериментальній групі

була значно виразнішою, ніж у контрольній. Кількість жінок із високим рівнем особистісної тривожності в експериментальній групі зменшилася з 22 до 10 осіб, тоді як у контрольній групі лише з 21 до 19 осіб. Помірний або виражений рівень актуальної тривоги за шкалою Бека в експериментальній групі знизився з 24 до 11 осіб, а в контрольній групі лише з 23 до 21 особи. Це свідчить про те, що саме регулярне практичне відпрацювання дихальних, тілесних і когнітивних технік сприяло зниженню тривожної активації, тоді як просте ознайомлення з рекомендаціями мало обмежений ефект.

Найбільш показовими виявилися зміни у структурі копінг-стратегій. В експериментальній групі показник втечі-уникнення знизився з 2,28 до 1,69 бала, дистанціювання з 2,12 до 1,66 бала. Водночас планування розв'язання проблеми зросло з 1,60 до 2,24 бала, позитивна переоцінка з 1,57 до 2,21 бала, пошук соціальної підтримки з 2,19 до 2,46 бала. У контрольній групі аналогічні зміни були незначними. Це підтверджує, що програма «Архітектура стійкості» вплинула на симптоми тривожності і на самі психологічні механізми її подолання. Учасниці стали менше уникати складних ситуацій, частіше переходити до конкретної дії, активніше використовувати підтримку та краще усвідомлювати власні ресурси. Отже, результати третього розділу підтвердили ефективність корекційної програми «Архітектура стійкості» як адаптованої психотілесної програми підтримки матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. Її перевага порівняно з наданням лише рекомендацій полягає в системності, практичній спрямованості, регулярності занять і поєднанні тілесного, емоційного, когнітивного та соціального компонентів. Програма може бути рекомендована для використання в роботі центрів комплексної реабілітації, батьківських клубів і психологічних служб як короткострокова групова форма допомоги, спрямована на зниження тривожності, профілактику емоційного вигорання, посилення саморегуляції та формування психологічної стійкості в умовах воєнної невизначеності.

ВИСНОВКИ

У роботі здійснено теоретичне та емпіричне дослідження психологічних механізмів подолання тривожності у матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. У процесі аналізу наукової літератури встановлено, що тривожність є складним психоемоційним явищем, яке охоплює когнітивні, емоційні, тілесні та поведінкові компоненти. Вона може проявлятися як ситуативна реакція на небезпеку і як стійка особистісна схильність до сприйняття життєвих обставин як загрозливих. Особливої актуальності ця проблема набуває в умовах війни, коли зовнішня небезпека, невизначеність, інформаційне перевантаження та порушення звичного способу життя посилюють психоемоційне напруження. Установлено, що матері, які виховують дітей з інвалідністю, належать до групи підвищеної психологічної вразливості, оскільки їхній емоційний стан формується під впливом подвійного навантаження. З одного боку, вони переживають загальні ризики воєнного стану, пов'язані з небезпекою, нестабільністю та невизначеністю майбутнього. З іншого боку, вони щоденно виконують складні доглядові, організаційні, медичні, реабілітаційні та соціальні функції щодо дитини з інвалідністю.

Емпіричне дослідження було проведено на базі Центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю Васильківської міської ради «Здоров'я». У ньому взяли участь 70 жінок, які є матерями дітей з інвалідністю. Їх було поділено на експериментальну та контрольну групи по 35 осіб у кожній. Для діагностики було використано комплекс методик, що включав методику дослідження особистісної тривожності Ч. Спілбергера, шкалу тривоги Бека, шкалу Холмса Раге, методику діагностики рівня емоційного вигорання В. Бойка, шкалу посттравматичного стресу PCL 5 та опитувальник копінг-стратегій Лазаруса. Такий діагностичний комплекс дав змогу розглянути тривожність не ізольовано, а в системі пов'язаних із нею психологічних чинників. На констатувальному етапі було встановлено, що експериментальна та контрольна групи мали близькі вихідні показники. В експериментальній групі високий

рівень особистісної тривожності було виявлено у 62,9 % жінок, помірний або виражений рівень актуальної тривоги у 68,6 %, помірне або високе стресове навантаження у 88,6 %, сформовану фазу резистенції емоційного вигорання у 60,0 %, а підвищені та високі посттравматичні симптоми за шкалою PCL 5 у 60,0 %. Подібні показники було отримано і в контрольній групі, що підтвердило початкову зіставність груп та створило підстави для подальшої перевірки ефективності формувального впливу. Аналіз копінг-стратегій показав, що на початковому етапі в учасниць переважали втеча-уникнення, дистанціювання, самоконтроль і пошук соціальної підтримки, тоді як планування розв'язання проблеми та позитивна переоцінка були недостатньо вираженими. Це свідчить про те, що частина матерів у ситуації стресу частіше прагнула тимчасово зменшити емоційне напруження через уникнення або відсторонення, ніж переходила до активного планування та ресурсного переосмислення ситуації. Саме тому психологічними мішенями корекційної роботи стали зниження тривожної активації, послаблення уникнення, розвиток саморегуляції, формування кризового плану, посилення соціальної підтримки та профілактика емоційного вигорання.

На основі результатів дослідження було розроблено й апробовано корекційну програму «Архітектура стійкості», теоретико-методологічною основою якої став психотілесний підхід Джеймса С. Гордона, представлений у праці «Трансформація травми: шлях до надії та зцілення». Програма була адаптована до потреб матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану, і передбачала 8 занять протягом 2 місяців. Її зміст охоплював психоедукацію, дихання «М'якого Живота», сенсорне заземлення, м'які тілесні практики, роботу з емоціями, вправу «факт, думка, дія», кризове планування, карту соціальної підтримки та індивідуальний план самопомоги. Контрольний етап засвідчив позитивну динаміку саме в експериментальній групі, яка проходила повну програму. Кількість жінок із високим рівнем особистісної тривожності зменшилася з 22 до 10 осіб, тоді як у контрольній групі лише з 21 до 19 осіб. Помірний або виражений рівень актуальної тривоги в

експериментальній групі знизився з 24 до 11 осіб, а в контрольній групі лише з 23 до 21 особи. Це свідчить про те, що систематичне відпрацювання психотілесних і когнітивно-поведінкових технік є значно ефективнішим, ніж отримання лише загальних рекомендацій.

Позитивні зміни також було виявлено за показниками емоційного вигорання та посттравматичних симптомів. В експериментальній групі кількість жінок зі сформованою фазою напруження зменшилася з 18 до 8 осіб, фазою резистенції з 21 до 12 осіб, фазою виснаження з 12 до 6 осіб. Підвищені та високі показники PCL 5 зменшилися з 21 до 11 осіб. У контрольній групі, яка отримала лише рекомендації, зміни були незначними. Це підтверджує, що програма «Архітектура стійкості» сприяла зниженню тривоги і частковому відновленню емоційного ресурсу, зменшенню внутрішнього напруження та послабленню посттравматичної настороженості. Найбільш виразні зміни відбулися у структурі копінг-стратегій. Це свідчить про зміну самих психологічних механізмів подолання тривожності: учасниці стали менше уникати складних ситуацій, частіше переходити до конкретної дії, активніше використовувати підтримку та краще усвідомлювати власні ресурси.

Отже, гіпотезу дослідження підтверджено. Тривожність матерів, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану, справді пов'язана з поєднанням особистісної тривожності, актуального тривожного стану, стресового навантаження, емоційного вигорання, посттравматичних симптомів і домінування неадаптивних копінг-стратегій. Упровадження корекційної програми «Архітектура стійкості» сприяло зниженню тривожності, послабленню емоційного напруження, зменшенню уникнення та розвитку більш адаптивних способів подолання стресу. Практичне значення роботи полягає в можливості використання запропонованої програми в діяльності центрів комплексної реабілітації, психологічних служб, батьківських клубів і соціальних установ, які надають підтримку сім'ям дітей з інвалідністю в умовах воєнної невизначеності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Асеева Ю. О., Ковальська Н. А., Нікіфорова П. П. Соціальна підтримка та копінг-ресурси в регуляції тривожності молоді. *Ментальне здоров'я*. 2026. № 1. С. 3–8. URL: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2026-1.1> (дата звернення: 02.05.2026).
2. Бабчук О. Г. Психологія особистості в період війни та повоєнний час : навчальний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня, спеціальності С4 «Психологія». Одеса : Юридика, 2025. 132 с. URL: <https://dspace.oduvs.edu.ua/server/api/core/bitstreams/b5adf0a1-1c94-45fc-ab58-42e8af4e5d0a/content> (дата звернення: 02.05.2026).
3. Бойко В. В. Методика діагностики «перешкод» у встановленні емоційних контактів. URL: <https://estet-centr.com/wp-content/uploads/2021/12/EU-METODYKA-V-BOYKO.pdf> (дата звернення: 02.05.2026).
4. Власенко О. О., Кущенко І. В., Мітіна С. В. Вплив тривоги, тривожності та тривожних розладів на планування консультування: психологічний і соматичний аспект. *Ментальне здоров'я*. 2025. № 3. С. 17–21. URL: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-3.3> (дата звернення: 02.05.2026).
5. Галієва О. М. Conceptual differentiation of «worry» and «anxiety». *Psychology and social work*. 2019. Vol. 24, no. 1(49). P. 32–48. URL: [https://doi.org/10.18524/2707-0409.2019.1\(49\).185763](https://doi.org/10.18524/2707-0409.2019.1(49).185763) (date of access: 01.05.2026).
6. Галієва О. М. Теоретичний аналіз поняття «тривожність». *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. № 6. С. 107–110. URL: https://www.researchgate.net/publication/337901388_TEORETICNIJ_ANALIZ_PONATTA_TRIVOZNIST (дата звернення: 02.05.2026).
7. Живоглядюв Ю. О., Носаль Л. Г. Екзистенційна психологія кризових станів особистості: тривога та вина в переживанні вибору майбутнього. "Scientific notes of the University "KROK". 2022. С. 165–172. URL: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-66-165-172> (дата звернення: 02.05.2026).

8. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати : метод. рек. Київ : Ін-т психології ім. Г.С. Костюка НАПН України, 2024. 46 с. URL: <https://shorturl.at/RiSBk> (дата звернення: 02.05.2026).
9. Кокур О. М. Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика. Київ : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 212 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744751/1/Монографія_Кокур.pdf (дата звернення: 02.05.2026).
10. Коць Є. М. Психологічні особливості когнітивно-поведінкових стратегій осіб із соціальною тривожністю : Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук (доктора філософії) за спеціальністю 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології» (053 – психологія). Луцьк, 2018. 213 с. URL: <https://ra.vnu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/07/Kots-YE.M.-dysertatsiya.pdf> (дата звернення: 02.05.2026).
11. Кравчук І. Б., Мудрак І. Особливості прояву ситуативної та особистісної тривожності у студентів. Inforum.in.ua - наукові інтернет-конференції. URL: <https://www.inforum.in.ua/conferences/26/87/643> (дата звернення: 02.05.2026).
12. Леженко С. О. Емоції й емоційні стани військовослужбовців: відмінності і класифікація. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2025. № 2. С. 30–35. URL: <https://doi.org/10.32782/psyvisnyk/2025.2.5> (дата звернення: 02.05.2026).
13. Мазур А. Психотерапія підвищеної тривожності. Простір психологів. URL: <https://psychology.space/psypedia-post/psychoterapiya-pidvyshhenoyi-tryvozhnosti/> (дата звернення: 01.05.2026).
14. Максимова Н., Красілова Ю. Вплив воєнного стану на інформаційне навантаження особи. Габітус. 2023. № 47. С. 121–126. URL: <https://habitus.od.ua/journals/2023/47-2023/21.pdf> (дата звернення: 02.05.2026).

15. Мартиненко І. Г. Матеріали переддипломної практики здобувачки освіти II курсу спеціальності 053 «Психологія». Біла Церква : Білоцерківський інститут неперервної професійної освіти, 2025. 50 с.
16. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги?. *Ukrainian Medical Journal*. 2022. Т. 150. URL: <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.150.232297> (дата звернення: 02.05.2026).
17. Наугольник Л. Б. Тривожність у міжособистісних відносинах працівників міліції. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2012. № 2 (1). С. 295–304. URL: https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/10/Nvldu_2012_21_37.pdf (дата звернення: 02.05.2026).
18. Подольська Г. Ю. Аналіз психологічного феномену тривожних станів особистості та їх подолання за допомогою арттерапевтичної роботи з глиною. *Psychological journal*. 2021. Т. 7, № 7 (51). С. 29–38. URL: <https://shorturl.at/S69bm> (дата звернення: 01.05.2026).
19. Про введення воєнного стану в Україні : Указ Президента України від 24.02.2022 № 64/2022 : станом на 1 трав. 2026 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/64/2022#Text> (дата звернення: 02.05.2026).
20. Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню : Наказ МОЗ України від 13.12.2023 № 2118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24#Text> (дата звернення: 02.05.2026).
21. Про правовий режим воєнного стану : Закон України від 12.05.2015 № 389-VIII : станом на 4 берез. 2026 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19#Text> (дата звернення: 02.05.2026).
22. Рубан Н. Психологічні особливості копінг-поведінки студентів-психологів в умовах академічного стресу. Сучасні тенденції психологічної науки та практики у вирішенні проблеми особистісного і професійного самоздійснення особистості : Матеріали Всеукр. науково-практ. конф. з

- міжнар. участю «Психол. наука і практика: сучасні виклики та підтримка особистості в умовах ситуації невизначеності», м. Вінниця, 20 трав. 2025 р. Вінниця, 2025. С. 239–241. URL: <https://dspace.vspu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/8c56bcf7-af30-46e0-a732-143433721828/content#page=239> (дата звернення: 02.05.2026).
23. Ситуаційний аналіз становища дітей в Україні 2024 : резюме. UNICEF, 2024. 34 с. URL: https://www.unicef.org/ukraine/en/media/49201/file/UNICEF_SitAn_Summary_2024_UKR.pdf.pdf (дата звернення: 02.05.2026).
24. Хоптяр О. В. Психологічні особливості тривожності дорослих в умовах воєнного стану: виклики для системи освіти. Психолого-педагогічні аспекти навчання дорослих у системі неперервної освіти : Зб. матеріалів XI Міжнар. науково-практ. інтернет-конф., м. Біла Церква, 11 груд. 2025 р. Біла Церква - Ломжа, 2025. С. 282–285. URL: https://mans.edu.pl/fcp/iOEUFzs9BjEkLTg1Y1BSe0N_YAVTHwIIOgIaTAIABCRvRQMEOjBBaHICPXNtSBk6PjIyBV4RBDYnD1cYTk8cOjYCEg/2/public/wydawnictwa/zbior_materialow_mnpr_czesc_2_biala_cerkiew_lomza_11122025_compressed.pdf#page=284 (дата звернення: 02.05.2026).
25. Юнг Н. В., Кирилішина М. Г., Булгак Е. Д. Дослідження психологічних особливостей підлітків із соціальною тривожністю. Габітус. 2022. № 39. С. 136–139. URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/23599/1/Study%20of%20psychological%20characteristics%20of.pdf> (дата звернення: 02.05.2026).
26. Гордон Дж. С. Трансформація травми: шлях до надії та зцілення / пер. з англ. Г. Сташків. Львів : Літопис, 2023. 352 с.
27. American Psychological Association. The State Trait Anxiety Inventory. Washington : APA. URL: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state> (date of access: 02.05.2026).

28. Beck A. T., Epstein N., Brown G., Steer R. A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56, No. 6. P. 893–897. DOI: 10.1037/0022-006X.56.6.893.
29. Carpiniello B. The Mental Health Costs of Armed Conflicts—A Review of Systematic Reviews Conducted on Refugees, Asylum-Seekers and People Living in War Zones. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023. Vol. 20, no. 4. P. 2840. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph20042840> (date of access: 02.05.2026).
30. Centers for Disease Control and Prevention. Children and youth with special healthcare needs in emergencies. Atlanta : CDC, 2025. URL: <https://www.cdc.gov/children-and-school-preparedness/special-healthcare-needs/index.html> (дата звернення: 02.05.2026).
31. Centers for Disease Control and Prevention. Emergency Medical Kit Checklist: Children with Special Healthcare Needs. Atlanta : CDC, 2025. URL: <https://www.cdc.gov/children-and-school-preparedness/special-healthcare-needs/emergency-medical-kit.html> . (дата звернення: 02.05.2026).
32. Clark D. A., Beck A. T. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*. 2010. Vol. 14, no. 9. P. 418–424. URL: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.007> (date of access: 01.05.2026).
33. Development and validation of a DSM-5-based generalized anxiety disorder self-report Scale: Investigating frequency and intensity rating differences / I. G. Mordeno et al. *Current Psychology*. 2019. URL: <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00475-8> (date of access: 02.05.2026).
34. Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review / J. M. Cisler et al. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2009. Vol. 32, no. 1. P. 68–82. URL: <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9161-1> (date of access: 02.05.2026).
35. Folkman S., Lazarus R. S. Ways of Coping Questionnaire. Revised version. San Francisco : University of California, San Francisco, 1985.

36. Gordon J. S. Mind-body skills groups for medical students: reducing stress, enhancing commitment, and promoting patient-centered care. *BMC Medical Education*. 2014. Vol. 14, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-198> (date of access: 02.05.2026).
37. Gordon J. S., Znayenko-Miller T. Transforming Trauma With Lifestyle Medicine. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2021. URL: <https://doi.org/10.1177/15598276211008123> (date of access: 02.05.2026).
38. Gustafson C. James Gordon, MD: The Potential of Mind-Body Self Care to Free the World From the Effects of Trauma. *Integrative Medicine*. 2016. Vol. 15, no. 2. P. 54–60. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4898282/pdf/54-60.pdf> (date of access: 02.05.2026).
39. Holmes T. H., Rahe R. H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967. Vol. 11, no. 2. P. 213–218. URL: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4) (date of access: 03.05.2026).
40. Hope and Healing in Ukraine. The Center for Mind-Body Medicine. URL: <https://cmbm.org/hope-and-healing-in-ukraine/> (date of access: 02.05.2026).
41. Ivanova T. Anxiety as a psychological phenomenon. *Lviv University Herald. Series: Psychological sciences*. 2020. No. 6. P. 72–78. URL: <https://doi.org/10.30970/2522-1876-2020-6-11> (date of access: 02.05.2026).
42. Mental health care utilisation among internally displaced persons in Ukraine: results from a nation-wide survey / B. Roberts et al. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2017. Vol. 28, no. 1. P. 100–111. URL: <https://doi.org/10.1017/s2045796017000385> (date of access: 02.05.2026).
43. Mental health in Ukraine in 2023 / D. Martsenkovskyi et al. *European Psychiatry*. 2024. Vol. 67, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.12> (date of access: 02.05.2026).
44. Mind-Body Techniques. The Center for Mind-Body Medicine. URL: <https://cmbm.org/mind-body-techniques/> (date of access: 02.05.2026).
45. Mushcherova K. Psychological Features of the Relationship Between Hardiness and Anxiety. *Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv. Series*

- "Psychology". 2022. No. 1(15). P. 30–35. URL: [https://doi.org/10.17721/bsp.2022.1\(15\).5](https://doi.org/10.17721/bsp.2022.1(15).5) (date of access: 02.05.2026).
46. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder. NICE guideline NG116. London : NICE, 2018. Last reviewed: 8 April 2025. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116> (дата звернення: 02.05.2026).
47. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis / F. Charlson et al. *The Lancet*. 2019. Vol. 394, no. 10194. P. 240–248. URL: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30934-1) (date of access: 02.05.2026).
48. Osadchuk R. Peculiarities of anxiety among Ukrainian military personnel. *Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv. Psychology*. 2024. No. 1 (19). P. 44–47. URL: [https://doi.org/10.17721/bpsy.2024.1\(19\).7](https://doi.org/10.17721/bpsy.2024.1(19).7) (date of access: 02.05.2026).
49. Patriquin M. A., Mathew S. J. The Neurobiological Mechanisms of Generalized Anxiety Disorder and Chronic Stress. *Chronic Stress*. 2017. Vol. 1. URL: <https://doi.org/10.1177/2470547017703993> (date of access: 01.05.2026).
50. Paul Tillich's theory of existential anxiety: A preliminary conceptual and empirical examination / C. F. Weems et al. *Anxiety, Stress & Coping*. 2004. Vol. 17, no. 4. P. 383–399. URL: <https://doi.org/10.1080/10615800412331318616> (date of access: 01.05.2026).
51. Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study / O. Lushchak et al. *The Lancet Regional Health - Europe*. 2024. Vol. 36. URL: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100773> (date of access: 02.05.2026).
52. Professional Training Program in Mind-Body Medicine. The Center for Mind-Body Medicine. URL: <https://cmbm.org/training-certification/professional-training-program/> (date of access: 02.05.2026).

53. Shaking and Dancing. The Center for Mind-Body Medicine. URL: <https://cmbm.org/self-care-resources/resource/shaking-and-dancing/> (date of access: 02.05.2026).
54. Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R., Vagg P. R., Jacobs G. A. Manual for the State Trait Anxiety Inventory. Palo Alto : Consulting Psychologists Press, 1983. 36 p.
55. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *American Psychological Association (APA)*. URL: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state> (date of access: 03.05.2026).
56. Staples J. K., Gordon J. S. Effectiveness of a mind-body skills training program for healthcare professionals. *Alternative therapies*. 2005. Vol. 11, no. 4. P. 36–41. URL: <https://cmbm.org/wp-content/uploads/2016/07/Effectiveness-Mind-Body-for-Healthcare-Professionals.pdf> (date of access: 02.05.2026).
57. The Center for Mind-Body Medicine (CMBM) Small Group Model for Adults. The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. URL: <https://www.cebc4cw.org/program/center-for-mind-body-medicine-cmbm-small-group-model-for-adults/> (date of access: 02.05.2026).
58. The Lancet Psychiatry Commission on mental health in Ukraine / I. Pinchuk et al. *The Lancet Psychiatry*. 2024. No. 11. P. 910–933. URL: <https://www.issup.net/files/2024-11/The%20Lancet%20Psychiatry%20Commission%20on%20mental%20health%20in%20Ukraine.pdf> (date of access: 01.05.2026).
59. The prevalence of workaholism: a systematic review and meta-analysis / F. B. Andersen et al. *Frontiers in Psychology*. 2023. Vol. 14. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1252373> (date of access: 02.05.2026).
60. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Postwar Kosovar Adolescents Using Mind-Body Skills Groups / J. S. Gordon et al. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2008. Vol. 69, no. 9. P. 1469–1476. URL: <https://www.yoga-als-therapie.de/assets/Studien/Downloads/Gordon-2008-j-clin-psychiatr.pdf> (date of access: 02.05.2026).

61. Weathers F. W., Litz B. T., Keane T. M., Palmieri P. A., Marx B. P., Schnurr P. P. The PTSD Checklist for DSM 5. National Center for PTSD, 2013. URL: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp> (date of access: 02.05.2026).
62. World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International. Psychological first aid: guide for field workers. Geneva : WHO, 2011. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205> (дата звернення: 02.05.2026).
63. World Health Organization. Caregiver skills training for families of children with developmental delays or disabilities. Geneva : WHO, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048836> (дата звернення: 02.05.2026).
64. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders (CDDR). Geneva : World Health Organization, 2022. 852 p. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/dcf73611-9e0f-4d5c-85f6-85a58b0da6de/content> (date of access: 02.05.2026).
65. World Health Organization. Doing what matters in times of stress: an illustrated guide. Geneva : WHO, 2020. URL: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/05/who_doing_what_matters_in_times_of_stress.pdf (дата звернення: 02.05.2026).
66. World Health Organization. Mental health in emergencies. Geneva : WHO, 2025. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies> (date of access: 02.05.2026).
67. Yastochkina I. Personal anxiety as socio-psychological problem. Lviv University Herald. Series: Psychological sciences. 2020. No. 6. P. 165–170. URL: <https://doi.org/10.30970/2522-1876-2020-6-24> (date of access: 02.05.2026).
68. Zhyhaylo N., Sholubka T. Formation of psychological resistance of students during the war. Lviv University Herald. Series: Psychological sciences. 2022. No. 14. P. 13–22. URL: <https://doi.org/10.30970/ps.2022.14.1> (date of access: 02.05.2026).

ДОДАТКИ**Додаток А****Анкета соціально-демографічних даних**

Шановні учасники,

Просимо Вас заповнити цю анкету для участі в дослідженні психологічних механізмів подолання тривожності у жінок, які виховують дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. Усі дані є конфіденційними та використовуватимуться виключно в наукових цілях.

1. Вік: _____
2. Тип сім'ї:
 - повна
 - неповна
3. Статус зайнятості:
 - працюю
 - безробітна
 - інше (вказати): _____
4. Вік дитини з інвалідністю: _____
5. Регіон проживання: _____
6. Наявність додаткової підтримки (родичі, друзі, соціальні служби):
 - так
 - ні
7. Тривалість перебування в умовах воєнного стану (місяців): _____
8. Наявність досвіду участі в психологічних програмах підтримки:
 - так
 - ні

Дякуємо за участь!

Методика дослідження тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (STAI)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як Ви себе почуваєте в даний момент. Над відповідями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

Шкала ситуативної тривожності (РТ)

Шкала оцінки: 1 – ні, це не так; 2 – мабуть, так; 3 – вірно; 4 – абсолютно вірно

1. Я спокійний(а) 1 2 3 4
2. Мені ніщо не загрожує 1 2 3 4
3. Я знаходжуся у напрузі 1 2 3 4
4. Я внутрішньо стривожений(а) 1 2 3 4
5. Я відчуваю себе вільно 1 2 3 4
6. Я засмучений(а) 1 2 3 4
7. Мене хвилюють можливі невдачі 1 2 3 4
8. Я відчуваю себе відпочившим(ою) 1 2 3 4
9. Я стривожений(а) 1 2 3 4
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення 1 2 3 4
11. Я впевнений(а) у собі 1 2 3 4
12. Я нервуюся 1 2 3 4
13. Я не знаходжу собі місця 1 2 3 4
14. Я збуджений(а) 1 2 3 4
15. Я не відчуваю скутості, напруженості 1 2 3 4
16. Я задоволений(а) 1 2 3 4
17. Я стурбований(а) 1 2 3 4
18. Я надто схвилюваний(а) та мені не по собі 1 2 3 4
19. Мені радісно 1 2 3 4
20. Мені приємно 1 2 3 4

Шкала особистісної тривожності (ОТ)

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як Ви почуваєтесь зазвичай.

21. Я отримую задоволення 1 2 3 4
22. Я швидко втомлююся 1 2 3 4
23. Я легко можу заплакати 1 2 3 4
24. Я хотів(ла) би бути таким(ою) щасливим(ою), як інші 1 2 3 4
25. Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення 1 2 3 4
26. Зазвичай я відчуваю себе бадьорим(ою) 1 2 3 4

27. Я спокійний(а), холоднокровний(а) і зібраний(а) 1 2 3 4
28. Очікування труднощів дуже засмучує мене 1 2 3 4
29. Я надто переживаю через дрібниці 1 2 3 4
30. Я цілком щасливий(а) 1 2 3 4
31. Я приймаю все дуже близько до серця 1 2 3 4
32. Мені не вистачає впевненості у собі 1 2 3 4
33. Зазвичай я почуваюся в безпеці 1 2 3 4
34. Я намагаюсь уникати критичних ситуацій і труднощів 1 2 3 4
35. У мене буває хандра 1 2 3 4
36. Я задоволений(а) 1 2 3 4
37. Різні дрібниці відволікають і хвилюють мене 1 2 3 4
38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути 1 2 3 4
39. Я врівноважена людина 1 2 3 4
40. Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи 1 2 3 4
- Обробка результатів. Сума балів за шкалою РТ: питання 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 – пряма оцінка; питання 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 – зворотна (5 – відповідь). Сума балів за шкалою ОТ: питання 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 – пряма; питання 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 – зворотна. Інтерпретація: до 30 – низька тривожність; 31–44 – помірна; 45 і більше – висока тривожність.

Додаток В

Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI)

Інструкція. Нижче наведено перелік поширених симптомів тривоги. Будь ласка, уважно прочитайте кожен пункт. Вкажіть, наскільки Вас турбував кожен із цих симптомів протягом останнього тижня, включаючи сьогодні. Обведіть або підкресліть відповідну цифру навпроти кожного твердження.

0 – зовсім не турбував; 1 – злегка (не турбував мене особливо); 2 – помірно (було неприємно, але я міг(ла) терпіти); 3 – сильно (ледве міг(ла) терпіти)

1. Оніміння або поколювання 0 1 2 3
2. Відчуття спеки 0 1 2 3
3. Тремтіння в ногах 0 1 2 3
4. Немоżliвість розслабитися 0 1 2 3
5. Страх, що станеться найгірше 0 1 2 3
6. Запаморочення або відчуття легкості в голові 0 1 2 3
7. Серцебиття або прискорений пульс 0 1 2 3
8. Нестійкість або хиткість 0 1 2 3
9. Жах 0 1 2 3
10. Нервовість 0 1 2 3
11. Відчуття задухи 0 1 2 3
12. Тремтіння рук 0 1 2 3
13. Тремтіння всього тіла 0 1 2 3
14. Страх втратити контроль 0 1 2 3
15. Утруднення дихання 0 1 2 3
16. Страх смерті 0 1 2 3
17. Переляк 0 1 2 3
18. Розлад травлення або дискомфорт у животі 0 1 2 3
19. Непритомність 0 1 2 3
20. Приливи жару до обличчя 0 1 2 3
21. Пітливість (не пов'язана зі спекою) 0 1 2 3

Обробка результатів. Підрахуйте загальну суму балів за всіма 21 пунктами. Інтерпретація: 0–9 – мінімальний рівень тривоги; 10–18 – легкий рівень; 19–29 – помірний рівень; 30–63 – тяжкий рівень тривоги.

Шкала стресостійкості Холмса-Пей (Social Readjustment Rating Scale, SRRS)

Інструкція. Нижче наведено перелік подій, які можуть відбуватися протягом останнього року. Відзначте ті події, що відбулися у вашому житті, і підрахуйте загальну суму балів.

1. Смерть чоловіка/дружини — 100 балів
2. Розлучення — 73 бали
3. Розлучення з партнером / роз'їзд — 65 балів
4. Ув'язнення — 63 бали
5. Смерть близького члена сім'ї — 63 бали
6. Травма або хвороба — 53 бали
7. Одруження — 50 балів
8. Втрата роботи — 47 балів
9. Примирення подружжя — 45 балів
10. Вихід на пенсію — 45 балів
11. Зміна здоров'я члена сім'ї — 44 бали
12. Вагітність — 40 балів
13. Сексуальні труднощі — 39 балів
14. Народження дитини — 39 балів
15. Зміна фінансового стану — 38 балів
16. Смерть близького друга — 37 балів
17. Зміна місця роботи — 36 балів
18. Сварки з партнером — 35 балів
19. Великий кредит — 31 бал
20. Дитина залишила дім — 29 балів

Інтерпретація: 0–149 — низький рівень стресу (ризик хвороби 10%); 150–299 — помірний рівень (ризик 50%); 300 і більше — високий рівень (ризик 80%).
Рекомендується консультація спеціаліста при результаті 200+.

Методика діагностики рівня емоційного вигорання В. Бойка

Інструкція. Вам пропонуються судження, згруповані за ознаками, що характеризують Ваше повсякденне життя та самопочуття. Оцініть кожне за п'ятибальною шкалою: 1 — ніколи не спостерігається; 2 — дуже рідко; 3 — іноді; 4 — часто; 5 — щодня.

ФАЗА 1. НАПРУЖЕННЯ

1. Потрапляю в психотравмуючі ситуації 1 2 3 4 5
2. Почуваю себе у загнаній клітці 1 2 3 4 5
3. Вважаю, що працюю погано, не отримуючи належної оцінки 1 2 3 4 5
4. Далекі плани викликають невпевненість 1 2 3 4 5
5. Почуваю себе незадоволеною собою 1 2 3 4 5

ФАЗА 2. РЕЗИСТЕНЦІЯ

6. Реагую на події зниженим емоційним тоном 1 2 3 4 5
7. Відмовляюся від виконання обов'язків 1 2 3 4 5
8. Відчуваю емоційну недостатність 1 2 3 4 5
9. Уникаю конфліктних ситуацій 1 2 3 4 5
10. Не хочу бачити людей, з якими маю справу 1 2 3 4 5

ФАЗА 3. ВИСНАЖЕННЯ

11. Відчуваю емоційну порожнечу 1 2 3 4 5
12. Ставлюся байдуже до партнерів по роботі 1 2 3 4 5
13. Спостерігаю психосоматичні порушення (втома, головний біль) 1 2 3 4 5
14. Відчуваю пригніченість і спустошеність 1 2 3 4 5
15. Стаю байдужою до подій особистого та суспільного життя 1 2 3 4 5

Обробка результатів. Підрахуйте суму балів по кожній фазі (по 5 тверджень). Інтерпретація: до 36 — фаза не сформована; 37–60 — фаза формується; 61 і більше — сформована фаза.

Шкала посттравматичного стресу PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)

Інструкція. Нижче наведено перелік проблем, які іноді виникають у людей після дуже стресової події. Будь ласка, прочитайте кожен пункт уважно і вкажіть, наскільки вас турбував кожен симптом протягом ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ.

Використовуйте таку шкалу: 0 — зовсім ні; 1 — трохи; 2 — помірно; 3 — значно; 4 — дуже сильно.

1. Повторювані, тривожні спогади, думки або образи стресової події 0 1 2 3 4
2. Повторювані тривожні сни про стресову подію 0 1 2 3 4
3. Раптове відчуття або поведінка, наче стресова подія відбувається знову 0 1 2 3 4
4. Дуже засмучуватися, коли щось нагадує про стресову подію 0 1 2 3 4
5. Сильна фізична реакція (серцебиття, утруднене дихання) при нагадуванні 0 1 2 3 4
6. Уникати думок або відчуттів, пов'язаних зі стресовою подією 0 1 2 3 4
7. Уникати зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, дій) 0 1 2 3 4
8. Труднощі із пригадуванням важливих частин стресової події 0 1 2 3 4
9. Стійкі негативні переконання про себе, інших людей або світ 0 1 2 3 4
10. Звинувачення себе або інших у стресовій події або її наслідках 0 1 2 3 4
11. Стійкі негативні емоції (страх, жах, гнів, провина, сором) 0 1 2 3 4
12. Втрата інтересу до діяльності, яка раніше подобалась 0 1 2 3 4
13. Відчуття відстороненості від інших людей 0 1 2 3 4
14. Нездатність відчувати позитивні емоції 0 1 2 3 4
15. Дратівливість або спалахи гніву 0 1 2 3 4
16. Ризикована або самодеструктивна поведінка 0 1 2 3 4
17. Надмірна пильність та насторогу 0 1 2 3 4
18. Надмірна реакція переляку 0 1 2 3 4
19. Труднощі з концентрацією 0 1 2 3 4
20. Порушення сну 0 1 2 3 4

Обробка результатів. Підрахуйте загальну суму балів (0–80). Інтерпретація: 0–19 — відсутність ПТСР; 20–32 — субклінічний рівень; 33–80 — клінічно значущий рівень ПТСР, рекомендована консультація фахівця. Оптимальна відсічна точка для діагнозу ПТСР — 31–33 бали.

Опитувальник копінг-стратегій Лазаруса (Ways of Coping Questionnaire, WCQ)

Інструкція. Будь ласка, пригадайте якусь конкретну стресову ситуацію з недавнього часу. Прочитайте кожне твердження нижче і вкажіть, чи використовували ви цей спосіб, щоб впоратися з тією ситуацією. Шкала відповідей: 0 — не використовував(ла); 1 — рідко; 2 — іноді; 3 — досить часто.

1. Просто намагався(лась) зосередитись на наступному кроці 0 1 2 3
2. Намагався(лась) зробити щось, навіть якщо не був(ла) певен(на), що це спрацює 0 1 2 3
3. Намагався(лась) переконати себе, що все буде добре 0 1 2 3
4. Шукав(ла) співчуття та розуміння в когось 0 1 2 3
5. Звертався(лась) до Бога 0 1 2 3
6. Відмовлявся(лась) вірити, що це сталося 0 1 2 3
7. Злився(лась) на людей або речі, які спричинили проблему 0 1 2 3
8. Приймав(ла) більше їжі, тютюну, алкоголю 0 1 2 3
9. Намагався(лась) переосмислити ситуацію, щоб знайти в ній щось позитивне 0 1 2 3
10. Говорив(ла) з кимось, хто міг щось зробити у цій ситуації 0 1 2 3
11. Спав(ла) більше, ніж зазвичай 0 1 2 3
12. Намагався(лась) не поспішати з рішенням 0 1 2 3
13. Змінив(ла) щось, щоб ситуація покращилась 0 1 2 3
14. Намагався(лась) залишатися нейтральним(ою) та не дати почуттям заважати 0 1 2 3
15. Намагався(лась) дізнатись більше про ситуацію 0 1 2 3
16. Критикував(ла) або дорікав(ла) собі 0 1 2 3
17. Побажав(ла), щоб ситуація зникла або якось вирішилась 0 1 2 3
18. Думав(ла) фантазіями чи уявленнями про те, як все могло б скластись краще 0 1 2 3
19. Плакав(ла) 0 1 2 3
20. Звертався(лась) за допомогою до фахівця 0 1 2 3
21. Знаходив(ла) вихід у приємних заходах 0 1 2 3
22. Намагався(лась) придумати кілька різних рішень 0 1 2 3
23. Зосереджувався(лась) на чомусь позитивному у своєму житті 0 1 2 3
24. Приймав(ла) ситуацію, бо нічого неможливо було змінити 0 1 2 3
25. Просив(ла) пробачення або робив(ла) щось, щоб виправити ситуацію 0 1 2 3
26. Склав(ла) план дій і дотримувався(лась) його 0 1 2 3
27. Думав(ла) про те, щоб відчути себе краще 0 1 2 3
28. Відволікався(лась) на роботу або іншу діяльність 0 1 2 3
29. Намагався(лась) зробити щось конструктивне з ситуацією 0 1 2 3

30. Шукав(ла) емоційну підтримку від друзів чи сім'ї 0 1 2 3

Обробка результатів. Опитувальник визначає 8 шкал копінгу: конфронтаційний копінг, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча-уникання, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка. Підраховується сума балів по кожній шкалі та нормується за 100-бальною шкалою: від 0 до 100, де вищий бал означає частіше використання стратегії.