

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ІЗМАЇЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Кафедра загальної та практичної психології

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КРИЗИ СЕРЕДИНИ  
ЖИТТЯ У ЖІНОК

Кваліфікаційна робота здобувача  
освітнього ступеня бакалавр

(бакалавр, магістр)

спеціальності 053 Психологія.

(шифр і назва напрямку підготовки, спеціальності)

освітньої програми Психологія

(назва освітньої програми)

Новоженіної Анастасії Сергіївни

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

Керівник д.психол.наук, професор Кічук А.В.

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ініціали)

Рецензент завідувач кафедри загальної педагогіки

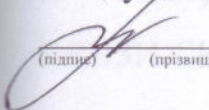
і спеціальної освіти, к.пед.н., доц. Звєкова В.К.

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ініціали)

Робота допущена до захисту  
на засіданні кафедри загальної та практичної психології  
(назва випускової кафедри)

протокол № 11 від «28» травня 2026 р.

Завідувач кафедри


 Мазона С.С.  
(підпис) (прізвище, ініціали)

Робота пройшла публічний захист  
на відкритому засіданні ЕК

«23» червня 2026 р.

Оцінка 85 добре  
(за стобальною шкалою) (за традиційною шкалою)

Голова ЕК

 Мазона С.С.  
(підпис) (прізвище, ініціали)

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ КРИЗИ СЕРЕДИНИ ЖИТТЯ .....	7
1.1. Феномен кризи середини життя: поняття, причини, симптоми та основні теоретичні підходи.....	12
1.2. Гендерні аспекти вікових криз: специфіка переживання кризи середини життя у жінок .....	18
1.3. Методи психологічної діагностики проявів кризи середини життя Висновки до першого розділу .....	21
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІНІКО- ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КРИЗИ СЕРЕДИНИ ЖИТТЯ У ЖІНОК	
2.1. Організація та методи дослідження. ....	24
2.2. Аналіз рівня вираженості клініко-психологічних проявів у досліджуваної групи та інтерпретація результатів дослідження.....	28
2.3. Психологічні рекомендації щодо профілактики та подолання психологічних ускладнень кризи середини життя.....	38
2.4. Порівняльний аналіз клініко-психологічних показників у підгрупах жінок залежно від вікової та соціальної належності.....	41
Висновки до другого розділу .....	55
ВИСНОВКИ.....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	59

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Криза середини життя – це складний етап у життєвому циклі людини, який супроводжується глибинним переосмисленням особистих досягнень, трансформацією ціннісно-сміслової сфери, соціальних ролей та життєвих орієнтирів. Особливої гостроти цей період набуває у жінок, оскільки на нього часто припадають суттєві зміни в особистому, професійному та сімейному вимірах: завершення репродуктивного періоду, зміна соціальних ролей (матері, дружини, фахівця), а також посилення уваги до власного здоров'я, тілесності та самореалізації. У контексті сучасного українського суспільства, де відбуваються динамічні зрушення у гендерних ролях, соціальних очікуваннях та психологічних нормах, дослідження клініко-психологічних проявів цієї кризи у жінок набуває виняткової значущості.

Фундаментальні засади розуміння кризи середини життя закладено у працях класиків західної психології (Е. Еріксон, Д. Левінсон, Г. Шихі, К. Юнг та ін.). Сучасні західні дослідники (Дж.Каплан, С. Нолен-Хоексема, Б. Ньюгартен) акцентують увагу на специфіці жіночого досвіду проживання цього періоду, розглядаючи його не лише як джерело дезадаптації, але і як «вік майстерності» та поштовх до особистісного зростання. В українській психологічній науці проблема осмислення життєвого шляху, психологічного благополуччя та адаптації до вікових змін активно розробляється такими вченими, як Т. Титаренко, Н. Чепелєва, О. Кляпець, О. Музика. Проте, незважаючи на значний теоретичний доробок, клініко-психологічні аспекти перебігу кризи середини життя саме у жінок залишаються недостатньо вивченими. На сьогодні існує нагальна потреба у поглибленому аналізі взаємозв'язку між психоемоційними, когнітивними та соматичними симптомами цього стану, а також у визначенні його психологічних детермінант і шляхів подолання. Зазначені обставини та необхідність пошуку

ефективних стратегій психологічної підтримки зумовлюють актуальність даного дослідження.

**Об'єкт дослідження** – криза середини життя у жінок.

**Предмет дослідження** – клініко-психологічні прояви кризи середини життя у жінок в межах нормативної вибірки.

**Мета дослідження.** Теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити клініко-психологічні прояви кризи середини життя у жінок для розробки психопрофілактичних рекомендацій.

**Завдання дослідження:**

1) Проаналізувати теоретичні підходи та гендерну специфіку особливостей перебігу кризи середини життя у жінок.

2) Охарактеризувати клініко-психологічні прояви (емоційні, когнітивні, поведінкові) та підібрати комплекс психодіагностичних методик для виявлення рівня вираженості даної симптоматики.

3) Емпірично дослідити ступінь вираженості та поширеності клініко-психологічних проявів у жінок в період кризи середини життя.

4) На основі отриманих результатів окреслити можливості психологічної підтримки та профілактики негативних наслідків проявів у жінок в період кризи середини життя.

**Гіпотеза дослідження:** криза середини життя у жінок супроводжується підвищенням рівня тривожності та депресивних проявів, які негативно впливають на їхню соціальну адаптацію.

**Методи дослідження.** У роботі застосовано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів, що відповідають меті та завданням дослідження. Групу теоретичних методів склали аналіз, систематизація та узагальнення провідних наукових джерел, що дозволило визначити стан розробленості проблеми кризи середини життя в українській та зарубіжній психології. Для проведення емпіричного дослідження було застосовано комплекс психодіагностичних методик:

- шкала тривожності Гамільтона (HAM-A) для оцінки соматичних і психічних симптомів тривоги;
- опитувальник депресії Бека (BDI-II) для вимірювання ступеня вираженості депресивних проявів;
- шкала самооцінки соціальної адаптації (SASS) для визначення рівня соціального функціонування особистості.

Обробка та інтерпретація результатів здійснювалися за допомогою, математико-статистичних методів, зокрема кількісного аналізу для встановлення достовірних зв'язків між досліджуваними показниками.

**Апробацію набутих результатів** здійснено через участь в обговоренні основних положень дослідження у межах проблематики науково–практичних конференцій, зокрема XII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Сучасна психологія: проблеми та перспективи» (27 квітня 2026 р. м.Ізмаїл).

**Теоретичну основу** становлять праці вітчизняних і зарубіжних психологів у галузі вікової, клінічної та психології особистості (Е. Еріксон, К. Юнг, Д. Левінсон, Г. Шихі, Т. Титаренко, С. Максименко, Л. Бурлачук, та ін.). Емпіричну базу становлять результати обстеження вибірки жінок віком від 35 до 50 років. Дослідження проводилося на базі добровільної вибірки серед мешканок м. Ізмаїла та Ізмаїльського району. Джерелами інформації також стали психодіагностичні методики, дані спостережень і самозвітів досліджуваних.

**Практичне значення одержаних результатів.** Отримані емпіричні дані можуть бути використані у консультативній та діагностичній практиці психологів, психотерапевтів, і працівників соціальних служб для надання психологічної допомоги жінкам у період кризи середини життя. Матеріали дослідження доцільно імплементувати у навчальний процес закладів вищої освіти під час підготовки фахівців психологічного профілю, зокрема при викладанні дисциплін «Вікова психологія», «Клінічна психологія», «Психологічне консультування». Результати роботи можуть слугувати

підґрунтям для розробки психопрофілактичних та корекційних програм, спрямованих на стабілізацію психоемоційного стану, зниження рівня тривожності та підвищення соціально-психологічної адаптації жінок середнього віку.

**Структура роботи.** Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Основний зміст роботи викладено на 63 сторінках, список використаних джерел містить 28 найменувань, 7 таблиці, 4 рисунки.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ КРИЗИ СЕРЕДИНИ ЖИТТЯ

### 1.1. Феномен кризи середини життя: поняття, причини, симптоми та основні теоретичні підходи

Життєвий шлях кожної людини є безперервним процесом розвитку, що супроводжується постійними змінами потенціалів, життєвих форм і способів самореалізації. На цьому шляху виникають ситуації, які виходять за межі звичного досвіду та сприймаються як «поворотні моменти» - обставини, що викликають глибокі емоційні переживання, стрес, тривогу й невизначеність. Такі обставини порушують звичну рівновагу між особистістю і середовищем, створюючи умови для переходу від старої життєвої форми до нової. У психології подібні стани позначаються терміном криза.

Поняття «криза» має давньогрецьке походження – «krisis», що означає «рішення», «поворотний пункт» або «суд». Уже в первісному значенні воно вказувало на момент перелому, коли перебіг певного процесу змінює свою форму й напрям. У медицині термін вживався для позначення критичної точки захворювання, після якої можливе або одужання, або загибель організму. У психологічній науці поняття «кризи» набуло більш широкого трактування як стану порушення рівноваги, появи нових потреб і перебудови мотиваційної сфери особистості [3].

Засновник психології кризового втручання Дж. Каплан визначав кризу як ситуацію, спричинену проблемою, що постає перед людиною і яку вона не може ані уникнути, ані вирішити звичним способом у короткий проміжок часу. Норвезька дослідниця Лісбет Ф. Брюдаль, спираючись на китайське тлумачення терміна, розглядала кризу як «повний небезпеки шанс», тобто явище, що одночасно несе ризик деструкції та потенціал особистісного зростання. Виходячи з цього, будь-яка криза – це не лише загроза, а й

можливість якісного оновлення особистості, адже вона руйнує стару структуру життя та відкриває перспективу нового етапу розвитку.

Відомий психолог Ф. Є. Василюк, досліджуючи кризові стани, виокремив чотири основні поняття, через які сучасна психологія описує подібні феномени: стрес, фрустрацію, конфлікт і кризу. На його думку, кризовий стан породжується проблемою, що не має швидкого вирішення й вимагає внутрішньої роботи людини над собою. Саме цей процес подолання внутрішнього напруження він називав переживанням - особливою формою духовної діяльності, спрямованою на відновлення внутрішньої рівноваги та переосмислення життєвого змісту. Василюк виокремив чотири типи переживань у кризових ситуаціях [22, с. 345-351]:

- гедоністичні, що заперечують сам факт кризи, створюючи ілюзію стабільності («нічого страшного не сталося»);
- реалістичні, засновані на прийнятті дійсності та прагненні адаптуватися до нових умов («усе сталося, треба рухатися далі»);
- ціннісні, які передбачають переосмислення втрат і формування нового життєвого сенсу;
- творчі, що характеризуються активним пошуком нових шляхів самореалізації та здатністю до глибокого внутрішнього оновлення.

Криза може завершитися або відновленням колишньої життєвої рівноваги, або становленням нової особистісної якості, що знаменує вихід на вищий рівень розвитку. Саме останній варіант характерний для вікових криз, серед яких особливе місце посідає криза середини життя.

Кожен віковий період має свої характерні особливості та закономірності розвитку. Психологічна криза, зокрема вікова, означає момент, коли людина більше не може функціонувати у межах старих моделей поведінки та цінностей. Якісна перебудова особистості, що відбувається у відносно короткий термін, супроводжуючись інтенсивними емоційними й когнітивними змінами [5, с. 33-49].

Вікові кризи, або нормативні кризи розвитку, є природними етапами становлення особистості, під час яких формуються нові психологічні новоутворення, змінюються ролі, мотиви, структура свідомості. Л. С. Виготський розглядав вікову кризу як цілісну зміну особистості, обумовлену виникненням нових утворень, що руйнують стару ситуацію розвитку й створюють нову. Він відзначав, що в таких періодах спостерігаються підвищена емоційна нестабільність, впертість, негативізм, конфліктність, а також зниження інтелектуальної продуктивності та тимчасова втрата соціальної активності (Д. Б. Ельконін).

На думку Е. Еріксона, який увів поняття нормативної кризи розвитку, кожна стадія життя містить власну психосоціальну суперечність, розв'язання якої визначає подальший особистісний поступ. Еріксон підкреслював, що нормативні кризи - це не патологія, а момент зростання, коли суспільство створює нові можливості для реалізації потенціалу людини. Він розглядав кризу як «період підвищеної вразливості та водночас збільшених можливостей» [1, с. 123-128].

У вітчизняній психології ідеї Еріксона співзвучні працям П. П. Блонського та Л. С. Виготського, які трактували вікові кризи як етапи розвитку, що ведуть до формування нових структур особистості й нових форм взаємодії зі світом. Кризи спричиняються як дозріванням психофізіологічних структур, так і зміною соціальної ситуації розвитку. Тому терміни вікові кризи і кризи розвитку часто вживаються як синоніми.

Залежно від джерел детермінації, кризи поділяють на нормативні (внутрішньо зумовлені, пов'язані з природною логікою розвитку) та ненормативні (зовнішньо детерміновані, спричинені життєвими подіями: втратаю близьких, хворобою, розлученням, зміною соціального статусу тощо). У першому випадку особистість веде за собою середовище, у другому - середовище веде за собою особистість.

Т. М. Титаренко пропонує поділ життєвих криз на нормальні (вікові переходи) та аномальні, що пов'язані з раптовими змінами в особистісному,

родинному або професійному житті. В. Моргун, своєю чергою, описує послідовність нормативних криз дорослості, серед яких виокремлює: кризу молодості (27–33 роки, пов'язану з пошуком покликання), кризу дорослості (39–45 років, що асоціюється з потребою визнання), кризу зрілості (55–65 років, орієнтовану на наставництво) та кризу сенсу життя (пізня дорослість) [29, с. 134-137].

Криза середини життя, яка зазвичай охоплює період від 37 до 45 років, розглядається як центральна точка дорослого розвитку, коли особистість оцінює результати прожитих років, переосмислює цінності, досягнення й майбутні цілі. Вона поєднує ознаки як нормативної (пов'язаної з віковими закономірностями), так і ненормативної (зумовленої зовнішніми змінами) кризи. Її психологічна сутність полягає у зіткненні ідеалів юності з реальністю дорослого життя, що може викликати відчуття незадоволеності, втрати сенсу або, навпаки, стимулювати внутрішнє зростання, оновлення життєвих стратегій і духовну зрілість [15].

Як свідчать результати досліджень Р. Лазаруса, процес подолання кризи не є одноманітним він визначається як об'єктивними умовами життєвої ситуації, так і суб'єктивними особливостями особистості. Зіткнувшись із кризовим станом, людина активізує різні типи копінг-поведінки (тобто способів подолання труднощів), які спрямовані або на зміну самої ситуації, або на внутрішнє пристосування до неї.

Лазарус виділяє два основних типи копінг-стратегій: проблемно-орієнтовані та емоційно-орієнтовані. Перші спрямовані на усунення або зміну джерела стресу, мобілізацію власних ресурсів для вирішення проблеми, що викликала кризу. Такі стратегії характерні для осіб із високим рівнем самоконтролю, внутрішнім локусом контролю, схильністю до аналізу ситуації та пошуку раціональних шляхів її подолання [6, с. 24-29].

Другий тип емоційно-орієнтовані стратегії спрямований переважно на регуляцію власного емоційного стану, зменшення напруги, страху, відчаю чи провини. Вони проявляються у формах самоусвідомлення, пошуку

підтримки, іноді у втечі від реальності чи запереченні проблеми. Незважаючи на певну неадаптивність, такі реакції можуть мати тимчасово захисний ефект, допомагаючи людині поступово прийняти нову реальність і відновити внутрішню рівновагу.

У контексті біографічних криз (за Р. Ахмеровим і А. Кроніком) зазначені типи копінг-поведінки виявляються по-різному. Для осіб, які переживають кризу нереалізованості, важливими є стратегії пошуку нових життєвих смислів, переосмислення власного досвіду, тобто проблемно-орієнтовані дії, спрямовані на відновлення цілісності біографічної картини. При кризі спустошення ефективними виявляються емоційно-підтримувальні стратегії прийняття допомоги, встановлення нових соціальних зв'язків, залучення до діяльності, яка приносить відчуття значущості. А у випадку кризи безперспективності провідною стає стратегія рефлексивного осмислення формування нових цілей і життєвих орієнтирів, що дозволяють відновити віру у власні можливості та смисл подальшого життя [7, с. 49-58].

Дослідження показують, що успішність подолання кризового стану значною мірою залежить від рівня свідомої саморегуляції, емоційної стійкості та наявності соціальної підтримки. Люди, які вміють усвідомлювати причини своїх переживань і сприймати кризу як етап особистісного зростання, легше проходять її фази, знижуючи ризик дезадаптації [10, с. 14-19].

Таким чином, кризи, описані Ахмеровим і Кроніком, можуть розглядатися не лише як руйнівні стани, але і як механізми внутрішньої трансформації, що стимулюють розвиток особистості. Від того, яку стратегію подолання обирає людина, залежить напрям її подальшої життєвої траєкторії регресивний або прогресивний. Подолання біографічних та життєвих криз передбачає активне включення механізмів рефлексії, самопідтримки, переосмислення цінностей і життєвих цілей, що дозволяє перетворити кризовий досвід на ресурс для особистісного зростання.

Отже, феномен кризи середини життя є закономірним етапом розвитку дорослої особистості, який вимагає глибокої перебудови системи смислів, цінностей і самоідентичності. Залежно від особистісних ресурсів, соціальної підтримки та ступеня усвідомлення, ця криза може мати або деструктивні наслідки, або стати точкою нового самопізнання і життєвого зростання.

## **1.2. Гендерні аспекти вікових криз: специфіка переживання кризи середини життя у жінок**

Криза середини життя - це глибокий етап психологічної трансформації, який переживає більшість людей у віці від 40 до 50 років. Цей період позначається переосмисленням життєвого шляху, оцінкою досягнень, планів і нереалізованих можливостей. Людина усвідомлює обмеженість часу, переглядає пріоритети, цінності та соціальні ролі, що часто супроводжується внутрішньою напругою, тривогою, сумнівами, депресивними станами, а також змінами в міжособистісних стосунках і професійній сфері [9]. Однак попри складність, цей період може стати потужним стимулом для особистісного зростання та самореалізації [3].

У концепції К. Юнга, одного з основоположників аналітичної психології, криза середини життя постає не як патологічний феномен, а як закономірний етап процесу індивідуації формування цілісної, зрілої особистості. Юнг наголошував, що у середині життя людина звертається до свого внутрішнього світу, аби усвідомити ті аспекти психіки, які раніше витіснялися або залишалися поза увагою. Особливо це стосується архетипів «тіні» (пригнічених сторін особистості), «аніми» та «анімуса», що символізують протилежні риси чоловічого й жіночого начала в психіці людини. Для жінки цей процес часто пов'язаний із прийняттям нових ролей наприклад, переходом від материнства до самостійної реалізації, від ролі турботливої до ролі незалежної, творчої, духовно зрілої особистості [13].

На думку Юнга, криза середини життя стає переломним моментом, коли жінка втрачає колишні зовнішні орієнтири (кар'єрні цілі, виховання дітей, підтримка сімейного життя) і звертається до внутрішніх потреб. Цей процес може супроводжуватись емоційною турбулентністю відчуттям спустошення, втоми чи втрати сенсу, але водночас відкриває нові можливості для духовного оновлення, творчості та самопізнання [9, с. 9-12].

Е. Еріксон розглядав кризу середини життя у контексті стадії «продуктивність проти стагнації», що охоплює приблизно вік від 40 до 65 років. Він підкреслював, що у цей час людина прагне зробити значущий внесок у життя суспільства виховати дітей, передати досвід молодшим поколінням, реалізувати себе у професійній або громадській діяльності [15]. Для жінки цей етап часто пов'язаний із переосмисленням своєї соціальної місії: після того, як діти дорослішають або залишають дім, виникає потреба знайти нову сферу самореалізації. Якщо цього не відбувається, може настати стан емоційного застою, апатії, втрати сенсу.

Разом з тим, успішне подолання цієї кризи дозволяє жінці відчувати власну цінність, усвідомити роль наставниці, духовного орієнтира, відчувати гармонію між внутрішнім і зовнішнім світом. Еріксон вважав, що саме через турботу, участь у житті інших і передачу досвіду жінка набуває відчуття зрілості, відповідальності та життєвої мудрості [8, с. 11-14].

Д. Левінсон у своїй теорії «життєвих сезонів» розглядав середній вік як ключовий перехідний етап між ранньою дорослістю та зрілістю. Для жінок цей період часто позначений прагненням переосмислити власні досягнення, переглянути життєві цілі, узгодити кар'єрні й сімейні ролі. Левінсон підкреслював, що у віці 40–45 років відбувається руйнування старої життєвої структури й формування нової більш глибокої та осмисленої [16, с. 132-148]. Може проявлятися через зміну професійного напрямку, прагнення здобути освіту, зайнятись творчістю чи волонтерством, що символізує внутрішню перебудову особистості.

Б. Лівінгстон деталізував динаміку цього процесу, виділивши кілька етапів: перехідний (усвідомлення потреби змін), кульмінаційний (активні рішення зміна роботи, соціальних ролей, стилю життя) та стабілізаційний (пристосування до нових умов і формування нової ідентичності) [20]. У жінок це може відображатися у прагненні до професійного визнання після багатьох років, присвячених родині, або навпаки у пошуку глибших емоційних зв'язків після періоду кар'єрної активності.

В українській психологічній науці І. Бех розглядає кризу середини життя як шанс для саморозвитку, особливо у жінок, які стикаються з переоцінкою свого життєвого досвіду. На його думку, цей період дає можливість відкрити нові сенси, розкрити творчий потенціал і переосмислити власну ідентичність не лише через материнство чи партнерські стосунки, а через самореалізацію як зрілої, самодостатньої особистості [1].

Дослідниця Л. Саннікова акцентує увагу на соціально-психологічних механізмах кризи середнього віку у жінок. Вона наголошує, що на емоційний стан суттєво впливають культурні та соціальні очікування зокрема тиск відповідати ролі «дбайливої матері» чи «ідеальної дружини». Поступове вивільнення від цих ролей може спричинити внутрішній конфлікт, але водночас створює передумови для розвитку нових життєвих сценаріїв. Саннікова пропонує інтегративні підходи до психологічної підтримки жінок у період кризи, які допомагають подолати відчуття втрати, підвищити самооцінку й адаптуватися до нових життєвих реалій [30, с. 45-48].

З позицій екзистенційної психології, яку розвивали В. Франкл та І. Ялом, криза середини життя є моментом глибокого пошуку сенсу. Жінка в цей період ставить собі фундаментальні запитання: «Хто я?», «Що для мене справді важливо?», «Як я хочу прожити другу половину життя?». Усвідомлення власної смертності, обмеженості часу й цінності кожного моменту спонукає до переосмислення життєвих пріоритетів і побудови

автентичного життя, заснованого на власних цінностях, а не на зовнішніх соціальних вимогах [14].

С. Мадді, засновник концепції «психологічної стійкості» (hardiness), наголошував, що здатність долати стресові ситуації й адаптуватися до змін є ключовим чинником у подоланні кризи середини життя. Для жінок важливими стають три елементи стійкості: почуття контролю над життям, залученість у значущу діяльність та сприйняття труднощів як викликів, а не загроз. Саме ці чинники допомагають трансформувати кризу в ресурс для подальшого розвитку [15].

Не можна оминати й фізіологічний аспект: у цей період жінки переживають гормональні зміни, пов'язані з менопаузою, що впливають на емоційну стабільність, рівень енергії, самооцінку та навіть сприйняття власної привабливості. Однак за умови підтримки як психологічної, так і соціальної - ці зміни можуть стати основою для нового розуміння себе, прийняття власного тіла та внутрішньої жіночої сили.

Отже, криза середини життя у жінок - це багатогранний процес, у якому переплітаються психологічні, соціальні, професійні та біологічні чинники. Вона може проявлятися як у формі втрати життєвих орієнтирів, так і у вигляді пошуку нових сенсів і шляхів реалізації. Якщо жінка отримує належну підтримку, залучена до соціального життя, розвиває внутрішню стійкість і готова до самопізнання, цей період стає не кризою у звичному сенсі, а точкою особистісного оновлення переходом до зрілої, гармонійної, духовно багаті фази життя.

Криза середини життя у жінок являє собою складний, багатогранний та глибоко індивідуалізований психологічний феномен, який перебуває в центрі уваги сучасних досліджень у різних галузях психології, соціології, гендерних студій та нейронаук. Сучасні наукові підходи відходять від застарілого лінійного розуміння цього періоду як універсально кризового етапу, наголошуючи на його динамічному, контекстуальному та особистісно обумовленому характері. У цьому сенсі криза середнього віку у жінок

розглядається не лише як період складних переживань, але й як важливий етап особистісного зростання та переосмислення життя, що супроводжується значними трансформаціями у соціальних ролях, професійній діяльності, сімейних стосунках, емоційній сфері та фізіологічному стані [2, с. 5-12].

Вплив соціальних ролей та гендерних стереотипів. Сучасна жінка середнього віку часто перебуває під подвійним або навіть потрійним тиском: з одного боку, вона прагне реалізувати себе в професійній сфері, здобути кар'єрний успіх, з іншого зберегти традиційні сімейні обов'язки, підтримувати емоційну стабільність родини та залишатися турботливою матір'ю й партнеркою. Конфлікт між цими ролями, зокрема феномен «подвійного навантаження», створює хронічний стрес, що може проявлятися через емоційне вигорання, підвищену тривожність, депресивні симптоми та загострення психосоматичних захворювань. Гендерні стереотипи щодо жіночності, материнства, зовнішності та емоційної експресії формують самосприйняття та самооцінку, визначають життєві пріоритети й можуть спричиняти почуття обмеженості можливостей, розчарування та фрустрацію [23, с. 174-179].

Не менш значущим фактором є сім'я та материнство, зокрема явище «порожнього гнізда», коли діти залишають родину. Для жінок це часто супроводжується переосмисленням власної ідентичності, усвідомленням зміни соціальної ролі та пошуком нових життєвих цілей. Водночас цей період відкриває можливості для особистої свободи, розвитку власних інтересів, участі у творчих, соціальних або освітніх проєктах, а також для формування нових міжособистісних стосунків. Важливим є перехід взаємин з дорослими дітьми від авторитарного контролю до партнерської підтримки, що позитивно впливає на емоційний стан жінки та її здатність адаптуватися до змін [16].

Професійна самореалізація та кар'єрний розвиток. Період середнього віку часто супроводжується переоцінкою досягнень у професійній сфері: жінки можуть змінювати кар'єру, започатковувати власний бізнес або

шукати нові способи реалізації свого потенціалу. Професійне вигорання, відчуття недостатньої оцінки досягнень, обмежені можливості кар'єрного росту або дискримінація за віком чи статтю можуть посилювати кризові переживання, знижувати мотивацію та формувати відчуття стагнації. Водночас активна професійна діяльність, передача досвіду молодшому поколінню, менторство та підтримка колег виступають ресурсом психологічної стійкості, розвитку лідерських якостей, відчуття значущості та корисності [17, с. 20-24].

Вплив соціально-культурних трансформацій. Жінки середнього віку функціонують у світі, де їхня роль у суспільстві значно зросла: активна участь у політиці, освіті, на ринку праці та громадському житті створює нові очікування щодо самореалізації та особистісного зростання. Разом із цим сучасні технології та цифрові платформи формують як додаткові можливості для навчання, професійного розвитку та соціальної взаємодії, так і джерела стресу порівняння себе з ідеалізованими образами, інформаційне перевантаження та вплив соціальних мереж [18, с. 120-129].

Не можна оминути емоційно-психологічний аспект кризи середини життя. Жінки середнього віку відчувають широкий спектр емоцій: від тривоги, смутку, розчарування у досягнутому та страху перед майбутнім до почуття свободи, натхнення та відкриття нових можливостей. Досліджується роль когнітивних процесів і копінг-стратегій від адаптивних (пошук підтримки, проблемно-орієнтований підхід, позитивне переосмислення) до неадаптивних (уникнення, самозвинувачення). Особлива увага приділяється емоційному інтелекту, що допомагає ефективно розпізнавати, регулювати та використовувати власні емоції, а також впливати на емоції оточення, що сприяє підтриманню психологічної стійкості, гармонійних стосунків та адаптації до змін [19, с. 75-78].

До цього додаються фізіологічні та біологічні зміни, пов'язані з гормональною перебудовою в період менопаузи, які можуть впливати на емоційний стан, самосприйняття та загальний рівень енергії. Однак

адекватна психологічна та соціальна підтримка дозволяє сприймати ці зміни як ресурс для саморозвитку та внутрішньої сили [12, с. 24-34].

Таким чином, криза середини життя у жінок постає як багатовимірний процес, у якому взаємодіють соціальні, психологічні, професійні, емоційні та фізіологічні чинники. Попри складні переживання та потенційні стресові фактори, цей період відкриває широкі можливості для самопізнання, переосмислення життєвих цілей, творчого самовираження та духовного розвитку. Важливо, що жінка, яка активно залучається до процесу саморефлексії, реалізує власні ресурси, користується соціальною підтримкою та підтримує баланс між роботою і особистим життям, може перетворити кризу середини життя на час особистісного оновлення, пошуку нових смислів та досягнення гармонії із собою. Сучасні дослідження свідчать, що цей період здатен стати каталізатором позитивних змін у всіх сферах життя від сімейних стосунків і професійної діяльності до внутрішнього духовного зростання та самореалізації.

### **1.3. Методи психологічної діагностики проявів кризи середини життя**

Системне дослідження кризи середини життя як складного, амбівалентного феномену особистісного розвитку актуалізує проблему вибору адекватного психодіагностичного інструментарію. Для всебічного вивчення структури та динаміки кризових переживань у психологічній науці сформовано широкий спектр методів, спрямованих на пояснення змін у ціннісно-смысловій сфері, трансформацію самооцінки та модифікацію копінг-стратегій особистості [1; 10]. Аналіз наявних методичних підходів дозволяє визначити оптимальні шкали та опитувальники для подальшого емпіричного зрізу.

Виходячи з багатокомпонентної структури кризи середини життя, її емпіричне вивчення потребує диференційованого добору методів

психодіагностики, орієнтованих на ключові сфери особистісних трансформацій.

Одним із найбільш поширених методів вивчення кризових переживань є клініко-психологічне інтерв'ю. Даний метод дозволяє отримати поглиблену інформацію щодо суб'єктивного переживання людиною власного життєвого етапу, виявити провідні внутрішні конфлікти, рівень задоволеності життям, особливості міжособистісних стосунків та характер переоцінки життєвих цінностей. Напівструктуроване інтерв'ю є особливо ефективним у роботі з жінками середнього віку, оскільки створює умови для вільного опису переживань, пов'язаних із сімейними, професійними та особистісними змінами. У процесі бесіди психолог має можливість простежити особливості емоційного реагування, рівень рефлексії, наявність екзистенційних переживань та копінг-стратегій.

Важливе місце у психодіагностиці кризи середини життя займають стандартизовані опитувальники тривожності та депресивних проявів. Однією з найбільш відомих методик є шкала тривожності Гамільтона (HAM-A), яка дозволяє оцінити інтенсивність психічних і соматичних симптомів тривоги. Методика складається з 14 пунктів та застосовується для визначення рівня емоційної напруги, страхів, порушень сну, соматичних реакцій і внутрішнього неспокою. Високі показники за даною шкалою часто фіксуються у жінок, які переживають кризу середини життя, особливо в умовах хронічного стресу, соціальної невизначеності чи сімейних труднощів.

Не менш значущою є методика Опитувальник депресії Бека (BDI-II), яка використовується для визначення ступеня вираженості депресивних симптомів. Методика охоплює когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти депресії: песимізм, втрату задоволення, почуття провини, зниження самооцінки, апатію та соматичні порушення. Для жінок у період середини життя характерними можуть бути помірні депресивні переживання, пов'язані з переоцінкою життєвих досягнень, відчуттям нереалізованості або втратою звичних соціальних ролей.

Для оцінки рівня особистісної та ситуативної тривожності широко застосовується Опитувальник Спілберґера–Ханіна (STAI). Методика дозволяє диференціювати реактивну тривожність, що виникає під впливом конкретних життєвих ситуацій, та особистісну тривожність як стійку індивідуальну характеристику. Дослідження показують, що у жінок у період кризи середини життя часто спостерігається підвищення саме особистісної тривожності, що проявляється у схильності до негативного прогнозування майбутнього, внутрішньої напруги та емоційної нестабільності.

Для вивчення змін у ціннісно-смысловій сфері доцільним є використання методики «Смысложиттєві орієнтації» Д. Леонтьєва. Методика спрямована на визначення рівня осмысленості життя, наявності життєвих цілей, задоволеності самореалізацією та відчуття контролю над власним життям. Саме в період середини життя людина особливо гостро переосмыслює власні життєві смисли, тому дана методика дозволяє виявити екзистенційні труднощі, відчуття внутрішньої спустошеності або, навпаки, високий рівень життєвої усвідомленості.

Важливим напрямом діагностики є дослідження самооцінки та самоствавлення. З цією метою широко використовується методика Дембо–Рубінштейн, яка дозволяє оцінити рівень актуальної та ідеальної самооцінки за різними параметрами: характер, зовнішність, здоров'я, щастя, впевненість у собі. Значний розрив між реальним та бажаним образом «Я» свідчить про внутрішню незадоволеність собою, що є характерним для кризових періодів дорослості.

Окрім стандартизованих опитувальників, у дослідженні кризи середини життя активно застосовуються проєктивні методики. Однією з найбільш інформативних є методика «Незакінчені речення», яка дозволяє виявити приховані емоційні конфлікти, страхи, незадоволені потреби та особливості ставлення до себе, майбутнього, сім'ї та професійної реалізації. Проєктивний характер методики знижує рівень психологічного захисту та сприяє більш щирому вираженню внутрішніх переживань.

У сучасній психологічній практиці все більшої популярності набувають арттерапевтичні методи дослідження кризових станів. Зокрема, методика мандали використовується для вивчення емоційного стану, рівня внутрішньої гармонії та особливостей самосприйняття особистості. Аналіз кольорів, композиції та символічних образів дозволяє виявити приховані переживання, рівень тривожності, внутрішні конфлікти та ресурси особистості. Мандала розглядається не лише як діагностичний, а й як психокорекційний інструмент, що сприяє емоційній стабілізації та розвитку саморефлексії.

Ефективним допоміжним методом також є використання метафоричних асоціативних карт (МАК). Даний інструмент сприяє актуалізації несвідомих переживань через образи та асоціації. Робота з метафоричними картами допомагає дослідити життєві сценарії, внутрішні конфлікти, переживання втрати, страх старіння, питання самоцінності та пошуку нових життєвих смислів. Особливо цінним є те, що МАК дозволяють делікатно працювати з емоційно складними темами без прямої конфронтації.

Для оцінки рівня соціального функціонування та адаптації застосовується Шкала самооцінки соціальної адаптації (SASS). Методика дозволяє визначити рівень активності людини у професійній, сімейній та міжособистісній сферах. Зниження показників соціальної адаптації може свідчити про труднощі у подоланні кризового періоду, соціальну ізоляцію, втрату мотивації або емоційне виснаження.

Таким чином, сучасна психодіагностика кризи середини життя ґрунтується на комплексному підході, який поєднує стандартизовані опитувальники, клінічні методи, проєктивні техніки та арттерапевтичні інструменти. Використання різноманітних методів дозволяє всебічно дослідити емоційні, когнітивні, поведінкові та ціннісно-сміслові аспекти кризових переживань, а також визначити ресурси особистості для подолання кризового стану. Саме комплексний психодіагностичний підхід створює підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження та розробки ефективних програм психологічної підтримки жінок у період кризи середини життя.

## Висновки до першого розділу

У першому розділі бакалаврської роботи було здійснено теоретико-методологічний аналіз феномену кризи середини життя, її клініко-психологічних проявів, механізмів виникнення та особливостей перебігу у жінок. Узагальнення наукових підходів вітчизняних і зарубіжних дослідників дозволило розглядати кризу середини життя як складний, багатовимірний процес, що охоплює когнітивні, емоційно-вольові, поведінкові та соціально-рольові аспекти особистісного розвитку.

У контексті життєвого циклу людини період середини життя (приблизно 35–50 років) є особливим етапом переоцінки життєвих цінностей, усвідомлення досягнутого й недосягнутого, необхідності переосмислення сенсу буття, власної ролі в сім'ї, професії та суспільстві. Як свідчать дослідження Д. Левінсона, Е. Еріксона, Г. Шихі, саме в цей час відбувається глибока перебудова структури "Я-концепції", що може супроводжуватися внутрішнім конфліктом між прагненнями та реальними можливостями.

Жінки особливо схильні до інтенсивного переживання кризи середини життя через комплекс соціальних і біопсихологічних факторів: зміни соціальних ролей, втрату репродуктивної функції, трансформацію сімейних відносин, зниження самооцінки, усвідомлення власної смертності. В емоційному вимірі цей період часто супроводжується тривогою, депресивними реакціями, відчуттям самотності, втратою сенсу життя або внутрішньою спустошеністю.

Теоретичний аналіз показав, що ключову роль у подоланні кризи середини життя відіграють особистісні ресурси - здатність до рефлексії, самоприйняття, саморегуляції, а також соціальна підтримка з боку родини, друзів, професійного середовища. За концепцією Р. Лазаруса, вибір копінг-стратегій (емоційно-орієнтованих або проблемно-орієнтованих) визначає, чи стане криза руйнівною, чи, навпаки, стимулюватиме особистісне зростання.

Погляди Р. Ахмерова і А. Кроніка розкривають кризу середини життя як біографічну кризу, коли людина стикається з розривом між минулим досвідом і потребою у новому життєвому сценарії. У межах цієї парадигми розглядаються три її типи — криза нереалізованості, криза спустошення та криза безперспективності, кожна з яких має свої емоційні та поведінкові прояви.

Таким чином, у розділі обґрунтовано, що криза середини життя у жінок не є патологічним станом, а закономірним етапом розвитку особистості, який за сприятливих умов може призвести до глибокого внутрішнього оновлення, переосмислення життєвих цілей і зміцнення психологічної зрілості. Саме тому комплексне вивчення клініко-психологічних особливостей цього періоду має важливе значення для розроблення ефективних програм психологічної допомоги та підтримки жінок у період середини життя.

Отже, результати теоретичного аналізу створюють методологічне підґрунтя для проведення подальшого емпіричного дослідження клініко-психологічних особливостей кризи середини життя у жінок, що буде представлено у другому розділі роботи.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КРИЗИ СЕРЕДИНИ ЖИТТЯ У ЖІНОК

#### 2.1. Організація та методи дослідження

Враховуючи теоретичний аналіз, проведений у підрозділі 1.3, для нашого емпіричного дослідження було обрано такі методики:

- Опитувальник тривожності Спілбергера–Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)
- Шкала тривожності Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A)
- Опитувальник депресії Бека (Beck Depression Inventory-II, BDI-II)
- Шкала суб'єктивного благополуччя Н. Паніної
- Шкала самооцінки Дембо–Рубінштейн
- Шкала самооцінки соціальної адаптації (Social Adaptation Self-evaluation Scale, SASS)
- Методика діагностики рівня фрустрації Р. Розенцвейга

Емпіричне дослідження клініко-психологічних особливостей кризи середини життя у жінок здійснювалось відповідно до методологічних вимог сучасної психологічної науки та реалізовувалось у три послідовні етапи:

Підготовчий етап: теоретичне моделювання проблеми, формулювання гіпотези, визначення критеріїв формування вибірки та обґрунтування психодіагностичного комплексу.

Діагностичний етап: безпосереднє психологічне обстеження учасниць із дотриманням принципів добровільності, інформованої згоди та конфіденційності. Процедура обстеження проводилась в індивідуальному форматі, у спокійній обстановці, що сприяло відвертості відповіді учасниць.

Аналітико-інтерпретаційний етап: статистична обробка даних (описова статистика, коефіцієнт рангової кореляції Спірмена ( $r_s$ ), U-критерій Манна–

Уїтні для порівняння груп), якісний та типологічний аналіз результатів за допомогою пакета SPSS 22.0.

Дослідницьку вибірку склали 23 жінки віком 35–50 років (мешканки м. Ізмаїл та Ізмаїльського району), які за соціодемографічними характеристиками розподілилися на релевантні підгрупи (див. табл. 2.1). Критеріями включення виступали: жіноча стать, вік 35–50 років, відсутність гострих психічних чи соматичних розладів у стадії декомпенсації.

**Таблиця 2.1.**

**Соціально-демографічна характеристика вибірки (n = 23)**

Характеристика	Кількість (n)	Відсоток (%)
Вік 35–40 років	8	34,8
Вік 41–45 років	9	39,1
Вік 46–50 років	6	26,1
Одружені / у цивільному шлюбі	15	65,2
Розлучені / у стані розлучення	5	21,7
Вдови	1	4,4
Незаміжні	2	8,7
Вища освіта	16	69,6
Середньо-спеціальна / незакінчена вища	7	30,4
Активно працюють	19	82,6
Тимчасово не працюють / декрет	4	17,4
Пенсіонерки / часткова зайнятість	-	-

Для системної експлікації кризових проявів було сформовано батарею некомерційних, валідних у міжнародній практиці методик, що дозволяють охопити емоційний стан, тривожність, депресивні прояви, рівень самооцінки, суб'єктивне благополуччя, параметри соціальної адаптації та схильність до фрустраційних реакцій респонденток.

Опитувальник тривожності Спілбергера–Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). Спрямований на диференційовану оцінку двох аспектів тривожності: ситуативної (реактивної) та особистісної. Ситуативна відображає реакцію на конкретну ситуацію, тоді як особистісна є відносно стабільною рисою особистості. Методика складається з двох субшкал по 20 тверджень у кожній. Оцінювання здійснюється за 4-бальною шкалою Лікерта. Інтерпретація: до 30 балів – низький рівень тривожності; 31–44 – помірний; 45 і вище – високий. У контексті дослідження кризи середини життя особливого значення набуває показник особистісної тривожності, оскільки він дозволяє з'ясувати, наскільки жінка загалом схильна до тривожних реакцій та наскільки її психологічний стан є вразливим перед лицем вікових і соціальних змін [5, с. 33–49].

Шкала тривожності Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A). Клінічний інструмент для оцінки вираженості тривожної симптоматики. Складається з 14 пунктів, які оцінюються за 5-бальною шкалою (від 0 до 4). Охоплює як психічні (напруга, страхи, інтелектуальні розлади, депресивний настрій), так і соматичні прояви тривожності (серцево-судинні, дихальні, шлунково-кишкові симптоми). Загальна сума: до 17 балів – легка тривожність; 18–24 – помірна; 25 і вище – виражена. Застосування HAM-A у поєднанні з опитувальником Спілбергера–Ханіна дозволяє отримати комплексну картину тривожних проявів у досліджуваній групі [4, с. 120–133].

Опитувальник депресії Бека (Beck Depression Inventory-II, BDI-II). Один із найбільш поширених інструментів для скринінгу та визначення ступеня вираженості депресивних симптомів. Складається з 21 пункту, кожен з яких відображає певний когнітивний, емоційний або соматичний прояв депресії. Кожен пункт оцінюється від 0 до 3 балів. Загальна сума: 0–13 – мінімальна депресія; 14–19 – легка; 20–28 – помірна; 29–63 – важка. У жінок у період кризи середини життя нерідко фіксуються легка та помірні форми

депресивних проявів, пов'язаних із переоцінкою досягнень, відчуттям безперспективності або втрати сенсу [10, с. 14–19].

Шкала суб'єктивного благополуччя (Н. Паніна). Призначена для вивчення рівня психологічного благополуччя та задоволеності різними аспектами власного життя. Вона охоплює такі виміри: загальна задоволеність життям, оптимізм, відчуття наповненості буття, соціальне самопочуття. Опитувальник містить 20 тверджень, кожне з яких оцінюється від 1 до 5 балів. Підвищений сумарний показник свідчить про вищий рівень суб'єктивного благополуччя. Методика особливо інформативна у контексті дослідження кризи середини життя, оскільки зниження відчуття задоволеності власним буттям є одним із центральних показників кризового переживання.

Шкала самооцінки Дембо–Рубінштейн. Дозволяє виявити рівень та характер самооцінки за різними параметрами: здоров'я, розум, характер, щастя, задоволеність собою, привабливість тощо. Учасниця відзначає на вертикальних шкалах актуальне та бажане положення. Розрив між реальною та ідеальною самооцінкою є показником незадоволеності собою, що часто посилюється в період кризи середини життя. Методика проста у проведенні та не потребує тривалого часу, що підвищує її доступність у дослідницькій практиці.

Шкала самооцінки соціальної адаптації (Social Adaptation Self-evaluation Scale, SASS). Містить 21 запитання та спрямована на вимірювання рівня соціального функціонування, емоційного інтересу та активності жінки у професійній, сімейній та міжособистісній сферах. Кожен пункт оцінюється від 0 до 3 балів. Інтерпретація результатів: менше 35 балів – соціальна дезадаптація; 35–52 бали – нормальний (адаптивний) рівень; понад 52 бали – надвища соціальна активність. Дозволяє оцінити поведінковий компонент кризи, зокрема те, як внутрішній дискомфорт впливає на професійну мотивацію та якість міжособистісних стосунків.

Методика діагностики рівня фрустрації (Р. Розенцвейг, адаптована версія). Спрямована на виявлення характеру реакцій особи у ситуаціях фрустрації – стані психічної напруги, що виникає внаслідок неможливості задовольнити потребу або досягти мети. В адаптованому варіанті застосовуються малюнкові ситуації з описами, де учасниця вказує тип і спрямованість своєї реакції. Виокремлюються тип реакції (перешкодо-домінантний, самозахисний, необхідно-наполегливий) та спрямованість (екстрапунітивна, інтропунітивна, імпунітивна). Високий рівень інтропунітивності у поєднанні із самозахисним типом реакції свідчить про схильність до самозвинувачення та низьку фрустраційну толерантність.

Для кількісної обробки результатів застосовувались методи описової статистики: середнє арифметичне (M), стандартне відхилення (SD), мінімальні та максимальні значення. З метою виявлення взаємозв'язків між досліджуваними показниками на малій вибірці використовувався непараметричний коефіцієнт рангової кореляції Спірмена ( $r_s$ ). Для порівняння незалежних підгруп за рівнем вираженості симптоматики застосовувався непараметричний U-критерій Манна-Уїтні. Рівень статистичної значущості прийнятий на позначці  $p \leq 0,05$ . Обробка даних здійснювалась за допомогою пакета SPSS 22.0.

## **2.2. Аналіз рівня вираженості клініко-психологічних проявів у досліджуваній групі та інтерпретація результатів дослідження**

Аналіз емпіричних даних здійснювався за логікою «від загальної симптоматики до групових диференціацій та системних механізмів».

Загальний профіль тривожно-депресивної симптоматики та благополуччя.

Первинний зріз виявив високу феноменологічну щільність кризових проявів у вибірці. За опитувальником STAI, виражена особистісна тривожність зафіксована у 52,2% жінок (12 осіб,  $M=46,2\pm 9,1$ ), що свідчить

про формування стійкого, характерологічно закріпленого тривожного фону під впливом кризи. Ситуативна тривожність ( $M=41,7\pm 8,4$ ) фіксує помірне напруження. Шкала Гамільтона (HAM-A) деталізує цю картину: середнє значення становить  $M=22,3\pm 6,8$  (помірний рівень), причому у 60,9% учасниць (14 осіб) психічна тривога (страхи, тривожні думки) домінує над соматичною. Візуальний розподіл показників за рівнями представлено на рисунку 2.1.

Таблиця 2.2.

Розподіл учасниць за рівнями тривожності (STAI, n = 23)

Рівень тривожності	СТ (n)	СТ (%)	ОТ (n)	ОТ (%)
Низький (до 30 балів)	3	13,0	2	8,7
Помірний (31–44 бали)	11	47,8	9	39,1
Високий (45 і вище)	9	39,1	12	52,2
Середнє значення ( $M \pm SD$ )	$41,7\pm 8,4$	-	$46,2 \pm 9,1$	-

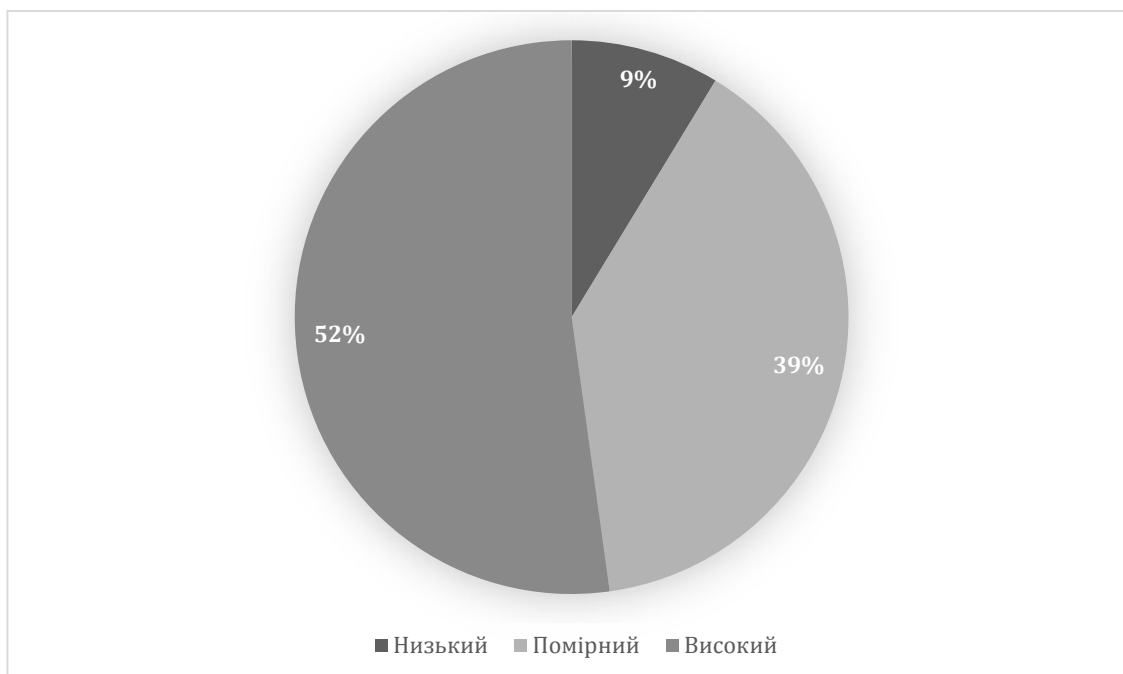


Рис. 2.1. Розподіл учасниць дослідження за рівнями особистісної тривожності (за методикою STAI, %).

Аналіз даних за шкалою Спілбергера–Ханіна у зіставленні з клінічною оцінкою за Гамільтоном показує, що тривожні стани у жінок середнього віку не є ситуативною реакцією на випадкові подразники, а виступають перманентним супроводом життєвої кризи. Хронічне відчуття невизначеності майбутнього та незадоволеність актуальним статусом призводять до того, що внутрішнє напруження фіксується у структурі особистості. При цьому домінування психічної тривоги над соматичною вказує на виражений когнітивний компонент переживання кризи — респондентки постійно схильні до нав'язливого аналізу власних помилок, тривожного передбачення невдач та емоційного виснаження.

Екзистенційний дефіцит підтверджується Шкалою суб'єктивного благополуччя ( $M = 54,3 \pm 11,7$ ), за результатами якої було побудовано загальний профіль задоволеності життям респонденток, представлений у таблиці 2.3.

**Таблиця 2.3.**

**Рівні суб'єктивного благополуччя (шкала Паніної, n = 23)**

Рівень суб'єктивного благополуччя	Кількість (n)	Відсоток (%)
Високий	3	13,0
Середній	9	39,1
Низький	11	47,8
$M \pm SD$	$54,3 \pm 11,7$	–

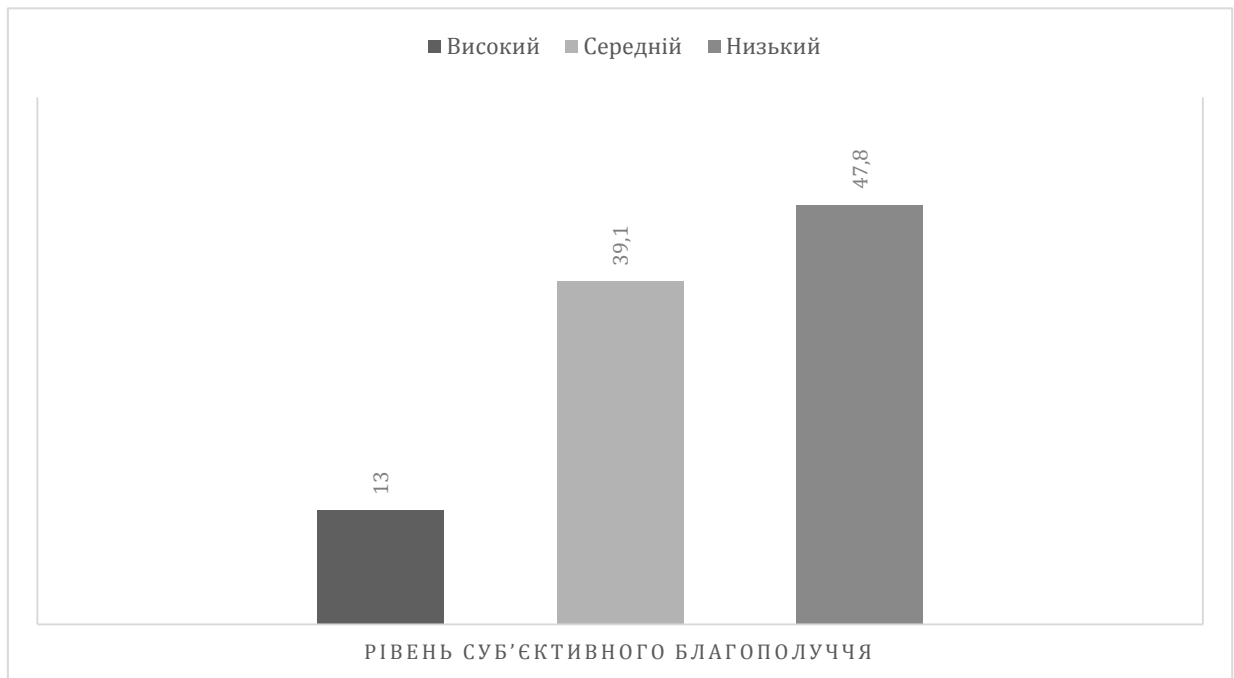


Рис. 2.2. Відсотковий розподіл рівнів суб'єктивного благополуччя у вибірці

Низький рівень суб'єктивного благополуччя зафіксовано у 11 учасниць, що становить 47,8% від загальної кількості обстежених. Найбільш виражений дефіцит виявлено за субшкалами «задоволеність собою» та «відчуття сенсу та наповненості буття», тоді як за субшкалою «соціальне самопочуття» показники виявились дещо вищими. Це свідчить про збережену потребу жінок у соціальних контактах і підтримці навіть у період гострого внутрішнього дискомфорту.

Низький рівень суб'єктивного благополуччя у майже половини вибірки вказує на виражену незадоволеність власним життям, що є одним із центральних маркерів кризи середини життя. За даними досліджень Г. Шіхі та Д. Левінсона, саме розрив між очікуваним образом «успішного» дорослого і реальним станом справ є ключовим тригером кризових переживань у жінок цього вікового діапазону [16, с. 132–148]. Між показниками суб'єктивного благополуччя та особистісною тривожністю виявлено значущий негативний зв'язок за коефіцієнтом Спірмена ( $r_s = -0,58$ ,  $p < 0,01$ ): жінки з вищою

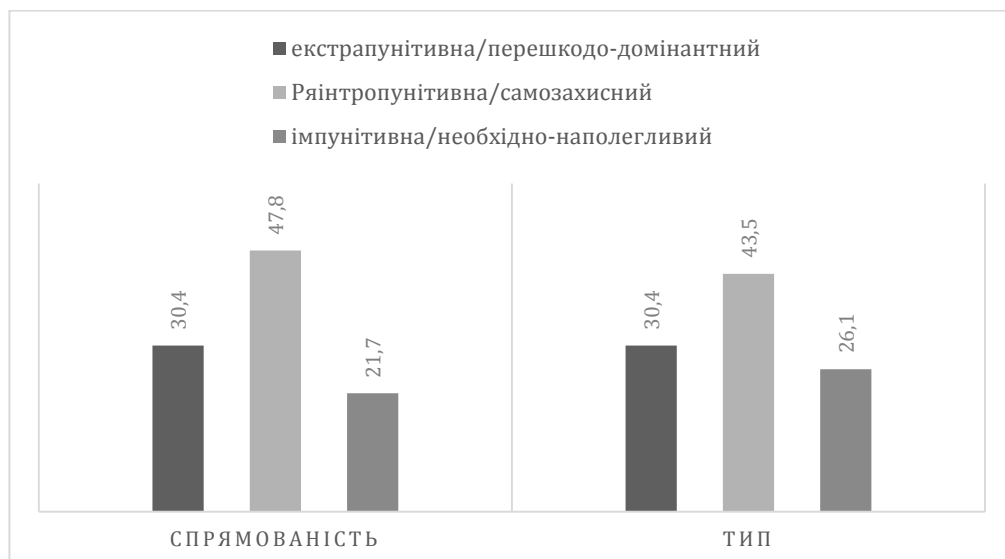
особистісною тривожністю демонструють суттєво нижчий рівень суб'єктивного благополуччя.

Застосування адаптованої методики Розенцвейга дозволило дослідити тип та спрямованість реакцій учасниць у ситуаціях психологічної фрустрації, яка є невід'ємним компонентом кризового стану особистості. Результати розподілу за спрямованістю та типом реакцій наведено у таблиці 2.4, а їх графічне відображення — на рисунку 2.3.

**Таблиця 2.4.**

**Розподіл фрустраційних реакцій за методикою Розенцвейга (n = 23)**

Тип/спрямованість реакції	Кількість (n)	Відсоток (%)
Спрямованість: екстрапунітивна	7	30,4
Спрямованість: інтропунітивна	11	47,8
Спрямованість: імпунітивна	5	21,7
Тип: перешкодо-домінантний	7	30,4
Тип: самозахисний	10	43,5
Тип: необхідно-наполегливий	6	26,1



**Рис. 2.3.** Співвідношення типів і спрямованості фрустраційних реакцій жінок у кризовий період

Домінуючим у поведінковому контексті виявилось поєднання інтропунітивної спрямованості з самозахисним типом реакцій (39,1% вибірки, 9 осіб). Отримані дані вказують на те, що замість мобілізації зусиль для подолання труднощів, жінки середнього віку схильні блокувати власні емоції, уникати відкритих міжособистісних конфліктів та вдаватися до самозвинувачення, що безпосередньо корелює з депресивним профілем особистості.

Когнітивно-оціночний рівень переживання кризи досліджувався за допомогою методики Дембо–Рубінштейн. Результати фіксують наявність глибокого внутрішнього конфлікту, зумовленого невідповідністю між реальним сприйняттям свого життя та ідеальними прагненнями. Матрицю середніх значень за оціночними шкалами представлено в таблиці 2.5.

**Таблиця 2.5.**

**Показники самооцінки за методикою Дембо–Рубінштейн (n = 23)**

Шкала самооцінки	Реальна (М)	Ідеальна (М)	Розрив (М)
Здоров'я	48,3	82,6	34,3
Розум	55,7	84,1	28,4
Характер	52,4	80,3	27,9
Щастя	41,6	88,2	46,6
Задоволеність собою	38,2	85,7	47,5
Привабливість	40,7	83,4	42,7

Характерною особливістю когнітивно-оціночного компонента кризи є значний розрив між реальною та ідеальною самооцінкою, зафіксований у 16 учасниць (69,6%). Найбільшим цей розрив виявився за шкалами «задоволеність собою» (розрив 47,5 балів) та «щастя» (розрив 46,6 балів), що свідчить про глибоке усвідомлення жінками невідповідності між власним реальним станом та внутрішніми очікуваннями. Між показниками реальної самооцінки та рівнем депресії за BDI-II виявлено значущий негативний кореляційний зв'язок за коефіцієнтом Спірмена ( $r_s = -0,54$ ,  $p < 0,01$ ): жінки з

нижчою самооцінкою демонструють вищі показники депресивної симптоматики.

Додатковим підтвердженням поведінкових деструкцій та дезадаптивних тенденцій у кризовий період стали результати за Шкалою самооцінки соціальної адаптації (SASS). Середній бал по вибірці склав  $M=34,2$  при  $SD=5,8$ , що вказує на загальну тенденцію до зниження соціальної та професійної активності, яка перебуває на межі з дезадаптацією. Низький рівень соціального функціонування (менше 35 балів) зафіксовано у 43,5% жінок (10 осіб). Учасниці відзначали зниження інтересу до професійного зростання, зменшення задоволення від спілкування з колегами та схильність до обмеження контактів поза межами сім'ї. Когнітивна фрустрація та самозвинувачення змушують жінку обирати стратегію «соціального відходу» або самоізоляції як захисний механізм від почуття власної неуспішності.

Фінальним етапом первинного скринінгу став аналіз вираженості афективних порушень. Клінічний зріз за опитувальником депресії Бека (BDI-II) виявив, що 73,9% вибірки (17 осіб) мають клінічно значущий рівень депресивних проявів різного ступеня вираженості. Середнє значення по вибірці склало  $M=19,4$  бали при  $SD=7,6$ , що відповідає межі між легкою та помірною депресією. Провідними афективними симптомами у досліджуваній групі виступають апатія (69,6%), зниження загальної енергії (65,2%) та негативна оцінка майбутньої життєвої перспективи (60,9%). Загальний розподіл рівнів депресії наведено в таблиці 2.6, а його графічну візуалізацію на рисунку 2.4.

**Таблиця 2.6.**

**Розподіл учасниць за рівнями депресивної симптоматики (BDI-II, n = 23)**

Рівень депресії	Кількість (n)	Відсоток (%)
Мінімальний (0–13 балів)	6	26,1
Легкий (14–19 балів)	8	34,8
Помірний (20–28 балів)	7	30,4

Виражений (29 і вище)	2	8,7
M ± SD	19,4 ± 7,6	–

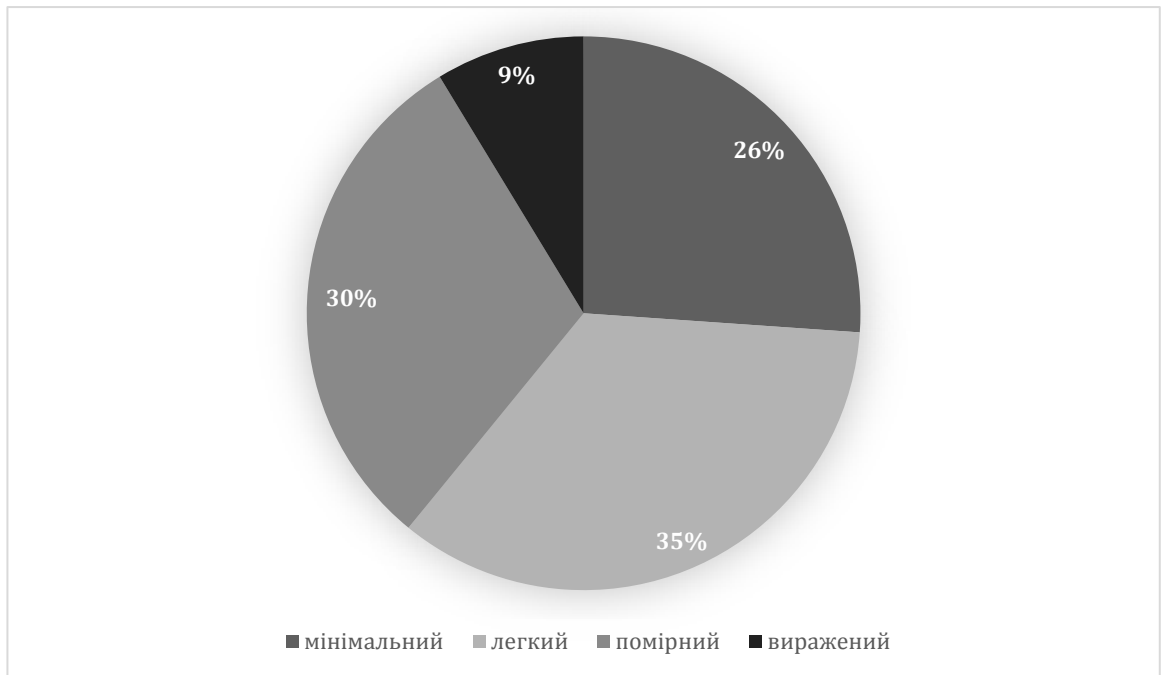


Рис. 2.4. Диференціація виразності депресивної симптоматики за шкалою Бека

Клінічно значущий рівень депресивних проявів (легкий рівень і вище) виявлено у 73,9% учасниць (17 осіб). Найбільш часто зустрічались такі депресивні симптоми: апатія та втрата задоволення від діяльності — у 69,6% учасниць (16 осіб); зниження енергії та втомлюваність — у 65,2% (15 осіб); відчуття власної нікчемності або провини — у 60,9% (14 осіб); порушення сну — у 56,5% (13 осіб); негативна оцінка майбутнього — у 60,9% (14 осіб).

Поширеність депресивних симптомів у майже трьох чвертей досліджуваних жінок підтверджує наукові дані про тісний зв'язок між кризою середини життя та ризиком розвитку клінічно значущої депресивної симптоматики. Важливо зазначити, що у більшості випадків виявлені порушення залишаються в субклінічному або легкому діапазоні та піддаються психологічній корекції, проте потребують своєчасної уваги з боку фахівців [10, с. 14–19].

Результати оцінки тривожності за шкалою Гамільтона деталізують і підтверджують картину, отриману за опитувальником Спілбергера–Ханіна. Середнє значення по вибірці склало  $M=22,3$  бали ( $SD=6,8$ ), що відповідає помірному рівню тривожності. Розподіл за рівнями виглядає наступним чином: легкий рівень (до 17 балів) — 6 осіб (26,1%); помірний рівень (18–24 бали) — 10 осіб (43,5%); виражений рівень (25 і вище) — 7 осіб (30,4%).

Переважає психічних симптомів тривоги (напруга, страхи, тривожні думки, порушення концентрації) над соматичними зафіксовано у 60,9% учасниць (14 осіб), що свідчить про когнітивну та емоційну природу тривожних переживань у досліджуваній групі. Між показниками HAM-A та BDI-II виявлено сильний позитивний кореляційний зв'язок за коефіцієнтом Спірмена ( $r_s = 0,68$ ,  $p < 0,001$ ), що підтверджує відому клінічну закономірність: в кризові вікові періоди тривожна та депресивна симптоматика часто поєднуються, взаємно посилюючи одна одну [4, с. 120–133].

Узагальнений аналіз даних, отриманих за всіма застосованими методиками, дозволяє виявити цілісну клініко-психологічну картину переживань жінок у кризовий період середини життя. Математично зафіксовані взаємозв'язки між досліджуваними показниками наведено в таблиці 2.7.

**Таблиця 2.7.**

**Кореляційні зв'язки між основними показниками дослідження**

Пари показників	r (Пірсон)	p	Характер зв'язку	Сила зв'язку
OT (STAI) ↔ CT (STAI)	0,51	< 0,01	Позитивний	Помірний
OT (STAI) ↔ Суб'єктивне благополуччя	-0,58	< 0,001	Негативний	Значний
Самооцінка ↔ BDI-II	-0,54	< 0,001	Негативний	Значний
HAM-A ↔ BDI-II	0,68	< 0,001	Позитивний	Сильний

Встановлено, що для досліджуваної групи характерний комплекс взаємопов'язаних психологічних проявів: підвищена особистісна та

ситуативна тривожність, знижений рівень суб'єктивного благополуччя, виражений депресивний компонент, схильність до інтропунітивного самозвинувачувального типу фрустраційного реагування, а також знижена самооцінка з вираженішим розривом між реальним та ідеальним «Я».

Виявлена архітектоніка зв'язків дозволяє обґрунтувати провідні психологічні механізми хронізації віково-психологічної кризи у жінок. По-перше, це механізм накопиченого дистресу (зворотний зв'язок самооцінки та депресії  $r_s = -0,54$ ), коли фіксація на невдачах виснажує емоційну сферу. По-друге, механізм тривожного передбачення ( $r_s = 0,51$ ), що змушує сприймати будь-які життєві зміни як загрозу. По-третє, механізм рефлексивної інтроверсії (зв'язок клінічної тривоги та депресії  $r_s = 0,68$ , а також депресії та зниження соціальної адаптації  $r_s = -0,49$ ), за якого природна потреба в переоцінці цінностей через високу тривогу трансформується в самоізоляцію та самозвинувачення.

Застосування непараметричного U-критерію Манна–Уїтні дозволило додатково з'ясувати вплив соціодемографічних чинників на перебіг кризи. Виявлено значуще посилення депресивних тенденцій у старшій віковій підгрупі 46–50 років порівняно з молодшою 35–40 років ( $p < 0,05$ ), що пов'язано з усвідомленням обмеженості часової перспективи. Також жінки, які перебували поза шлюбом або мали статус тимчасово незайнятих, продемонстрували достовірно вищі показники особистісної тривоги та депресії порівняно з одруженими респондентками ( $p = 0,024$ ), що підтверджує буферну роль професійної та сімейної стабільності в період дорослості.

Таким чином, виявлені закономірності свідчать про повне підтвердження гіпотези дослідження: криза середини життя у жінок має комплексний клініко-психологічний характер, що проявляється через взаємопов'язані емоційні, когнітивні та мотиваційні порушення, які тісно корелюють із рівнем самоприйняття, самооцінки та суб'єктивного благополуччя. Отримані результати є надійною підставою для розробки науково обґрунтованих психопрофілактичних і корекційних рекомендацій.

### **2.3. Психологічні рекомендації щодо профілактики та подолання клініко-психологічних ускладнень кризи середини життя у жінок**

На основі отриманих результатів емпіричного дослідження розроблено систему психологічних рекомендацій, спрямованих на профілактику негативних наслідків кризи середини життя та надання психологічної підтримки трьом цільовим групам: самим жінкам, що переживають кризу; практичним психологам і психотерапевтам; близькому соціальному оточенню.

З урахуванням виявленого профілю тривожно-депресивної симптоматики, зниженої самооцінки та переважання інтропунітивного типу фрустраційного реагування, першочерговим завданням є розвиток усвідомленого ставлення до власного психологічного стану. Виходячи з результатів дослідження, жінкам рекомендується:

1. Психологічна самодіагностика та рефлексія. Оскільки у 52,2% учасниць виявлено високий рівень особистісної тривожності, важливо навчитися відстежувати власні тривожні стани, розрізняти ситуативну та особистісну тривожність, вести щоденник емоцій для виявлення закономірностей та тригерів тривожних реакцій. Техніки ведення рефлексивного щоденника (не менше 10 хвилин щодня) дозволяють знизити рівень хронічної тривожності шляхом усвідомлення та вербалізації переживань.

2. Робота з самооцінкою та «Я-концепцією». З огляду на те, що у 69,6% жінок зафіксовано значний розрив між реальною та ідеальною самооцінкою, пріоритетним є формування реалістичного і доброзичливого погляду на власну особистість. Рекомендуються вправи на визначення власних сильних сторін та досягнень, практика самоствердження (daily affirmations), переосмислення внутрішніх стандартів і очікувань відповідно до актуальної життєвої ситуації. Особливо ефективними є практики самоспівчуття (self-

compassion) за методом К. Нефф, які замінюють самозвинувачення на самопідтримку.

3. Навички управління тривожністю та емоційна регуляція. Для зниження рівня тривожності, виявленого у 91,3% учасниць (сумарно помірний та високий рівень за STAI), рекомендується опанування технік релаксації: прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном, діафрагмальне дихання (техніка 4-7-8), медитація усвідомленості (mindfulness). Когнітивно-поведінкові техніки (ідентифікація автоматичних думок, когнітивна реструктуризація) допомагають змінити дисфункціональні патерни мислення, що живлять тривогу.

4. Переосмислення кризи як ресурсу. З позицій екзистенційної психології (В. Франкл, І. Ялом) та аналітичної психології (К. Юнг), криза середини життя є природним етапом індивідуації – процесу становлення цілісної особистості. Жінкам рекомендується переосмислити кризу не як катастрофу, а як запрошення до самопізнання: поставити собі питання «Чого я справді хочу від другої половини свого життя?», «Які мої цінності є дійсно моїми, а які нав'язані зовні?», «Яку версію себе я хочу втілити?». Корисним є складання «особистого маніфесту» – письмового документу, в якому фіксуються оновлені цінності, цілі та бажання.

5. Активізація соціальної підтримки. З огляду на те, що суб'єктивне благополуччя у 47,8% учасниць знаходиться на низькому рівні, особливо важливим є підтримання та розширення соціальних зв'язків. Рекомендується участь у групах підтримки для жінок середнього віку, залучення до волонтерської діяльності, відновлення контактів із значущими людьми. Дослідження показують, що якість соціальних зв'язків є одним із найсильніших предикторів психологічного благополуччя у середньому віці.

6. Фізична активність та турбота про тіло. У зв'язку з гормональними змінами, характерними для даного вікового періоду, та їх впливом на емоційний стан, рекомендується регулярна фізична активність (не менше 150 хвилин аеробних навантажень на тиждень), практика йоги або тай-чі для

поєднання фізичного та психічного відновлення, а також консультація ендокринолога або гінеколога щодо гормонального стану. Доведено, що фізичні вправи мають значущий антидепресивний і анксиолітичний ефект, порівнянний із медикаментозним лікуванням при легкій та помірній депресії.

На основі виявленого клініко-психологічного профілю жінок у кризовий період середини життя, практикуючим спеціалістам рекомендується застосовувати інтегративний підхід до психологічної допомоги:

1. Диференційована психодіагностика. При зверненні жінок середнього віку рекомендується проводити комплексну психодіагностику з використанням описаного у роботі батарейного підходу (STAI + BDI-II + HAM-A + Дембо–Рубінштейн), оскільки ізольоване застосування одного інструменту може не відобразити складну мультикомпонентну природу кризових переживань.

2. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). З огляду на виявлену тривожно-депресивної симптоматику та дисфункціональні патерни самооцінки, КПТ є методом першого вибору. Зокрема ефективними є: робота з автоматичними негативними думками, поведінкова активація, техніки когнітивної реструктуризації, протоколи для роботи з самозвинуваченням (характерним для інтропунітивного типу реагування, виявленого у 47,8% вибірки).

3. Наративна терапія та робота зі смислом. З метою переосмислення кризи середини життя у конструктивному ключі доцільно застосовувати техніки наративної терапії (М. Вайт, Д. Епстон): екстерналізацію проблеми, переписування домінуючого наративу, відкриття «альтернативної історії» жінки – її досягнень, цінностей і ресурсів. Логотерапевтичні техніки В. Франкла допомагають відновити відчуття сенсу та цілеспрямованості.

4. Групова психотерапія та психологічна підтримка. Рекомендується організація груп підтримки або терапевтичних груп для жінок 35–50 років, орієнтованих на: нормалізацію кризового досвіду, розвиток навичок

самодопомоги, обмін досвідом подолання, формування нових соціальних зв'язків. Групова робота має особливу цінність для жінок з низьким рівнем суб'єктивного благополуччя (47,8% вибірки), оскільки забезпечує відчуття прийняття, спільності та підтримки.

5. Психоедукація. Важливим компонентом психологічної допомоги є надання жінкам достовірної інформації про природу кризи середини життя: її нормативний характер, типові прояви, закономірні фази та ресурсні можливості. Знання того, що криза є природним етапом розвитку, а не ознакою «поломки» особистості, саме по собі має значний терапевтичний ефект.

З урахуванням ролі соціальної підтримки у подоланні кризи близьким жінок (партнерам, дітям, друзям) рекомендується: уникати знецінення переживань («тобі вже не двадцять, чого ти хочеш»), виявляти щире зацікавлення та емпатію, не нав'язувати готових рішень, а допомагати формулювати власні. Важливо заохочувати жінку звертатися за фаховою психологічною допомогою, якщо симптоми тривожності або депресії набувають вираженого характеру і тривають понад два тижні.

Таким чином, розроблені рекомендації ґрунтуються на результатах емпіричного дослідження та відповідають доказовим підходам сучасної клінічної психології. Їхня реалізація в практичній роботі психологів і в повсякденному житті жінок сприятиме зниженню рівня тривожно-депресивної симптоматики, підвищенню самооцінки, формуванню позитивного ставлення до кризи як ресурсу особистісного зростання та відновленню суб'єктивного благополуччя.

#### **2.4. Порівняльний аналіз клініко-психологічних показників у підгрупах жінок залежно від вікової та соціальної належності**

З метою поглиблення аналізу та виявлення диференційованих закономірностей клініко-психологічних проявів кризи середини життя,

вибірку було поділено на підгрупи за двома критеріями: віковим (35–40 років, 41–45 років, 46–50 років) та сімейним статусом (одружені / у цивільному шлюбі та незаміжні / розлучені / вдови). Порівняльний аналіз здійснювався за допомогою непараметричного U-критерію Манна–Уїтні, рівень статистичної значущості  $p \leq 0,05$ .

Порівняння трьох вікових підгруп за основними психодіагностичними показниками виявило статистично значущі відмінності за рядом параметрів. Результати порівняльного аналізу представлено в таблиці 2.8.

**Таблиця 2.8.**

**Порівняльний аналіз основних показників за віковими підгрупами (M ± SD)**

Показник	35–40 р. (n=8)	41–45 р. (n=9)	46–50 р. (n=6)	p
OT (STAI)	43,1 ± 8,2	47,3 ± 9,0	49,8 ± 9,6	0,031
BDI-II	16,8 ± 6,4	20,5 ± 7,9	22,9 ± 8,1	0,018
Суб'єктивне благополуччя	58,4 ± 10,9	52,7 ± 11,4	49,1 ± 12,3	0,042
НАМ-А	19,7 ± 6,1	22,8 ± 6,7	25,6 ± 7,3	0,027
Самооцінка (реальна)	52,3 ± 9,7	46,1 ± 10,2	43,8 ± 11,1	0,039

Як свідчать дані таблиці 2.8, між усіма трьома віковими підгрупами виявлено статистично значущі відмінності за більшістю показників ( $p \leq 0,05$ ). Зокрема, найвищий рівень особистісної тривожності зафіксовано у жінок підгрупи 46–50 років ( $M = 49,8$ ), що відповідає рівню вираженої особистісної тривожності. Жінки підгрупи 41–45 років демонструють проміжні значення ( $M = 47,3$ ), тоді як у молодшій підгрупі (35–40 років) середній показник складає  $M = 43,1$ , що відповідає верхній межі помірної тривожності. Подібна тенденція простежується й щодо депресивних проявів: найнижчі показники за BDI-II зафіксовано у групі 35–40 років ( $M = 16,8$ ), а найвищі – у групі 46–50 років ( $M = 22,9$ ), що відповідає помірній депресії.

Суб'єктивне благополуччя демонструє протилежну тенденцію: найвищий середній показник зафіксовано у наймолодшій підгрупі ( $M = 58,4$ ), а найнижчий – у старшій ( $M = 49,1$ ). Такий розподіл узгоджується з положеннями теорії Д. Левінсона про поглиблення кризових переживань у

міру наближення до п'ятдесятиліття, коли усвідомлення плинності часу та незворотності певних «упущених» можливостей набуває найгострішого характеру [16, с. 132–148]. Отримані дані також підтверджують спостереження А. Маслоу щодо динаміки потреб у другій половині дорослого життя: жінки старшої підгрупи більш гостро переживають незадоволеність у сфері самоактуалізації та сенсу існування.

Для порівняльного аналізу за критерієм сімейного статусу вибірку було розподілено на дві підгрупи: жінки у шлюбі або цивільному партнерстві ( $n = 14$ ) та жінки поза шлюбом (розлучені, вдови, незаміжні;  $n = 9$ ). Результати порівняння наведено в таблиці 2.9.

**Таблиця 2.9.**

**Порівняльний аналіз основних показників за сімейним статусом (M ± SD)**

Показник	У шлюбі (n=14)	Поза шлюбом (n=9)	p
OT (STAI)	44,1 ± 8,2	49,5 ± 9,1	0,042
BDI-II	17,2 ± 6,9	23,1 ± 7,8	0,016
Суб'єктивне благополуччя	57,8 ± 10,5	48,2 ± 11,3	0,007
Самооцінка (реальна)	51,4 ± 9,3	43,8 ± 10,1	0,021

Результати порівняльного аналізу за сімейним статусом виявили значущі відмінності за всіма дослідженими показниками. Жінки поза шлюбом демонструють вищі рівні особистісної тривожності ( $M = 49,5$  проти  $M = 44,1$  у одружених;  $p = 0,042$ ) та депресивних проявів ( $M = 23,1$  проти  $M = 17,2$ ;  $p = 0,016$ ), а також нижчий рівень суб'єктивного благополуччя ( $M = 48,2$  проти  $M = 57,8$ ;  $p = 0,007$ ) та реальної самооцінки ( $M = 43,8$  проти  $M = 51,4$ ;  $p = 0,021$ ). Найбільш вираженою є відмінність за рівнем суб'єктивного благополуччя ( $p = 0,007$ ), що свідчить про особливо значущу роль партнерської підтримки як чинника психологічного комфорту в кризовий період.

Водночас варто зазначити, що сімейний статус є не єдиним визначальним чинником психологічного стану жінки у кризовий період. Частина одружених жінок також демонструє виражені депресивні та

тривожні прояви, що може свідчити про низьку якість партнерських стосунків або наявність подружніх конфліктів. Отже, визначальним є не сам факт наявності партнера, а якість і характер соціальної підтримки, яку жінка отримує від свого найближчого оточення [5, с. 33–49].

Аналіз відмінностей між підгрупою активно зайнятих жінок ( $n = 18$ ) та жінками, що тимчасово не працюють або зайнятими частково ( $n = 5$ ), виявив ряд цікавих закономірностей. Активно працюючі жінки демонструють нижчий середній показник депресії за BDI-II ( $M = 18,1 \pm 6,9$ ) порівняно з незайнятими ( $M = 23,7 \pm 8,4$ ;  $p = 0,036$ ). Аналогічна тенденція простежується щодо особистісної тривожності: у зайнятих жінок середній показник складає  $M = 45,1 \pm 8,6$ , тоді як у незайнятих –  $M = 50,2 \pm 10,1$  ( $p = 0,041$ ).

Разом з тим, суб'єктивне благополуччя у активно зайнятих жінок також виявилось вищим ( $M = 56,3 \pm 11,2$ ) порівняно з незайнятими ( $M = 47,8 \pm 12,6$ ;  $p = 0,028$ ). Ці результати підтверджують роль професійної ідентичності та зайнятості як захисного чинника в кризовий період середини життя. Наявність чіткої соціальної ролі, регулярний соціальний контакт на робочому місці та відчуття власної корисності, що забезпечується зайнятістю, виступають важливими ресурсами психологічної стійкості жінки. Цей висновок узгоджується з положеннями концепції Е. Еріксона про генеративність як центральне завдання середнього дорослого віку: реалізація творчого і продуктивного потенціалу через роботу, виховання або суспільну діяльність є ключовою умовою успішного подолання кризи цього вікового етапу.

Поряд із кількісним аналізом, у рамках дослідження було здійснено якісне вивчення індивідуальних особливостей переживання кризи через спостереження в процесі обстеження та аналіз спонтанних вербальних коментарів учасниць. На основі якісного аналізу вдалось виокремити три типологічні профілі переживання кризи середини життя у досліджуваній вибірці.

Перший профіль – «Тривожно-депресивний» виявлено у 39,1% учасниць (9 особи). Для цієї групи характерне поєднання вираженої особистісної тривожності ( $M_{OT} = 51,4$ ), помірних або виражених депресивних проявів ( $M_{BDI} = 24,2$ ) та стабільно низького суб'єктивного благополуччя ( $M = 46,7$ ). Жінки цього профілю схильні до хронічного занепокоєння, надмірного самоаналізу та самозвинувачення, демонструють виражений інтропунітивний тип фрустраційного реагування. У їхніх висловлюваннях домінують теми «упущеного часу», відчуття несправдженості власних очікувань та страху перед наближенням старості.

Другий профіль – «Ідентифікаційно-пошуковий» притаманний 34,8% учасниць (8 особа). Ці жінки перебувають у стані активного переосмислення власної ідентичності та цінностей, що супроводжується помірною тривожністю ( $M_{OT} = 44,8$ ) та помірними депресивними проявами ( $M_{BDI} = 18,3$ ). Характерною рисою є амбівалентність: одночасне переживання втрати старих смислів та відкриття нових можливостей. У їхніх висловлюваннях часто звучать теми «нового старту», бажання змінити роботу або спосіб життя, прагнення до більшої автентичності. Цей профіль відповідає описаній Г. Шихі стадії «переосмислення», яка є нормативним і потенційно продуктивним компонентом кризи [16, с. 132–148].

Третій профіль – «Адаптивно-ресурсний» представлений у 26,1% вибірки (6 осіб). Для цієї групи характерні відносно збережений рівень суб'єктивного благополуччя ( $M = 63,4$ ), помірна тривожність ( $M_{OT} = 40,1$ ) та мінімальні депресивні прояви ( $M_{BDI} = 13,7$ ). Жінки цього профілю сприймають даний вік як етап зрілості та накопиченого досвіду, активно розширюють соціальні зв'язки та сфери самореалізації. Вони частіше використовують необхідно-наполегливий тип фрустраційного реагування, що свідчить про орієнтованість на вирішення проблем. Такі жінки є прикладом успішного проходження кризи середини життя як ресурсного переходу.

Виявлені типологічні профілі мають важливе практичне значення: диференційований підхід у психологічній роботі з жінками має враховувати

приналежність клієнтки до певного профілю переживання кризи, оскільки кожен із них потребує специфічних терапевтичних акцентів. Зокрема, жінки з тривожно-депресивним профілем потребують насамперед симптоматичного зниження дистресу та роботи з деструктивними патернами мислення, тоді як жінки ідентифікаційно-пошукового профілю найбільше виграють від екзистенційно орієнтованої та наративної терапії, а жінки ресурсного профілю – від розвитку та закріплення наявних адаптивних стратегій.

Таким чином, порівняльний аналіз клініко-психологічних показників у підгрупах жінок залежно від вікової та соціальної належності підтверджує, що переживання кризи середини життя не є однорідним явищем. Вік, сімейний статус, характер зайнятості та індивідуальні психологічні ресурси виступають значущими модераторами клінічного профілю кризи. Ці результати збагачують розуміння кризи середини життя у жінок і свідчать про необхідність персоналізованого, диференційованого підходу у психологічній допомозі та психопрофілактиці.

Аналіз зібраних даних дозволяє виокремити кілька ключових механізмів психологічної динаміки кризових переживань. Першим із них є механізм «накопиченого дистресу», коли впродовж тривалого часу жінка стикається з невирішеними внутрішніми суперечностями між сформованим образом очікуваного «успішного» дорослого і реальним станом справ. Цей механізм проявляється у поступовому збільшенні розриву між реальною та ідеальною самооцінкою, що супроводжується наростанням незадоволеності та зниженням суб'єктивного благополуччя. У досліджуваній вибірці розрив між реальною та ідеальною самооцінкою за шкалою «задоволеність собою» досяг 47,5 балів – показник, що свідчить про глибоку незадоволеність жінок власним становищем та внутрішнє напруження, яке з часом може трансформуватися у виражені депресивні переживання [10, с. 14–19].

Другим важливим механізмом є так зване «тривожне передбачення», або антиципаторна тривога, що характеризується хронічним занепокоєнням щодо майбутнього. У жінок середнього віку цей механізм пов'язаний

насамперед із усвідомленням незворотності плину часу, страхом перед старістю, хворобами та смертю, а також побоюваннями щодо втрати соціальної значущості, зовнішньої привабливості та продуктивності. Виявлений у 52,2% учасниць високий рівень особистісної тривожності свідчить про те, що для більшості жінок даної вікової групи антиципаторна тривога є стабільною, характерологічно закріпленою рисою, а не ситуативною реакцією [5, с. 33–49]. Цей феномен потребує особливої уваги в психологічній роботі, оскільки хронічна тривога є одним із провідних чинників розвитку депресивних розладів та зниження якості життя.

Третім механізмом є «рефлексивна інтроверсія» – виражена схильність жінок у кризовий період до поглибленого самоаналізу, постійного звернення до свого внутрішнього світу, порівняння власного «Я» із зовнішніми стандартами та соціальними очікуваннями. З одного боку, цей механізм є умовою особистісного зростання та переосмислення цінностей. З іншого – при надмірній вираженості він перетворюється на джерело дистресу, коли самоаналіз стає самозвинуваченням, а рефлексія – румінацією. Саме ця закономірність пояснює виявлене у 47,8% учасниць переважання інтропунітивного типу фрустраційного реагування: жінки не шукають зовнішніх причин своїх труднощів, а покладають провину на себе, що підтримує та посилює депресивну симптоматику.

Когнітивно-поведінковий підхід акцентує увагу на ролі дисфункціональних переконань та когнітивних схем у підтриманні депресивної та тривожної симптоматики. У контексті кризи середини життя можна виокремити кілька характерних когнітивних схем, що виявились притаманними досліджуваній групі. Перша – схема «невідповідності», яка проявляється в переконанні, що реальний стан власного життя принципово не відповідає тому, яким він «повинен» бути в цьому віці. Друга – схема «незворотних втрат», що характеризується переконанням у тому, що найважливіші можливості вже втрачено і нові рівноцінні шанси вже не з'являться. Третя – схема «соціального порівняння», при якій жінка постійно

порівнює себе з оточенням або ідеалізованим соціальним стандартом і неодмінно оцінює себе невігідно.

Ці когнітивні схеми підтримуються низкою автоматичних негативних думок, які виявились типовими для учасниць дослідження. У спонтанних коментарях учасниць найчастіше звучали такі вислови: «У мене вже не вистачає сил на зміни», «Молодість минула, і нічого вже не повернути», «Я так і не досягла того, про що мріяла», «Я вже не така приваблива». Ці думки відображають характерне для депресивного переживання «тріаду Бека»: негативне ставлення до себе, негативну оцінку власного досвіду та негативне бачення майбутнього. Важливо, що подібні когнітивні патерни не є простим відображенням реальності – вони є продуктом упередженої переробки інформації, яку можна цілеспрямовано коригувати в рамках когнітивно-поведінкової терапії [10, с. 14–19].

Характерно, що виявлений кореляційний зв'язок між самооцінкою та депресією ( $r_s = -0,54$ ,  $p < 0,01$ ) чітко демонструє механізм взаємного посилення цих компонентів: низька самооцінка живить депресивне переживання, а депресія, у свою чергу, ще більше знижує самооцінку, формуючи замкнене коло психологічного дистресу. Розрив цього кола є однією з ключових терапевтичних задач при роботі з жінками у кризовий період. Виявлений сильний зв'язок між показниками тривоги та депресії ( $r_s = 0,68$ ,  $p < 0,001$ ) свідчить про те, що тривожно-депресивна симптоматика функціонує як єдиний синдром, а не як два самостійних незалежних розлади [4, с. 120–133].

Поряд із виявленими ознаками кризових переживань, дослідження дозволило ідентифікувати ряд ресурсних чинників та копінг-стратегій, що відрізняють жінок із кращими показниками психологічного стану. Зокрема, порівняльний аналіз жінок з різними профілями переживання кризи виявив суттєві відмінності у характері поведінкових стратегій подолання труднощів.

Жінки «адаптивно-ресурсного» профілю, які демонструють відносно збережений рівень психологічного благополуччя, частіше вдаються до таких

стратегій: активного пошуку соціальної підтримки (зверненням до близьких, участю у спільнотах за інтересами); реалістичного переосмислення власних очікувань та цілей відповідно до актуальних можливостей; цілеспрямованого розвитку нових сфер самореалізації – хобі, волонтерської діяльності, додаткової освіти; усвідомленого прийняття вікових змін без катастрофізації. Ці стратегії відповідають проблемно-орієнтованому копінгу та соціально-орієнтованому копінгу – підходам, ефективність яких підтверджена численними дослідженнями у сфері стрес-менеджменту і психологічної резильєнтності.

На противагу цьому, жінки «тривожно-депресивного» профілю частіше використовують неефективні, уникаючі копінг-стратегії: емоційне придушення (ігнорування тривожних думок і почуттів без їх опрацювання); надмірне занурення у рутину як спосіб уникнення внутрішніх переживань; ізоляцію і відстороненість від значущих соціальних зв'язків; катастрофізацію труднощів і схильність до пасивного чекання змін ззовні. Ці патерни підтримують хронічний дистрес і перешкоджають ефективній адаптації до вікових змін. Отже, одним із пріоритетних напрямів психологічної допомоги жінкам у кризовий період є цілеспрямоване навчання адаптивних копінг-стратегій та формування усвідомленого ставлення до власних переживань [7, с. 49–58].

Важливо відзначити, що рівень освіти учасниць виявився одним із модеруючих чинників виразності кризових переживань. Жінки з вищою освітою демонстрували дещо нижчі показники тривожності ( $M_{OT} = 44,9 \pm 8,7$ ) порівняно з учасницями із середньо-спеціальною освітою ( $M_{OT} = 49,1 \pm 9,6$ ), хоча відповідна різниця не досягла рівня статистичної значущості ( $p = 0,071$ ). Водночас жінки з вищою освітою частіше вдавались до рефлексивних стратегій подолання кризи та демонстрували вищий рівень самопізнання. Це узгоджується з положеннями теорії саморегуляції: розвинений метакогнітивний потенціал сприяє більш гнучкому осмисленню кризових переживань і пошуку конструктивних рішень.

Отримані емпіричні дані набувають більш повного значення при їх розгляді у контексті провідних теоретичних концепцій середнього дорослого віку. Зіставлення власних результатів з теоретичними положеннями класичних та сучасних авторів дозволяє не лише верифікувати отримані дані, але й поглибити розуміння психологічної природи кризи середини життя у жінок.

У концепції Е. Еріксона криза середини життя розглядається як конфлікт між генеративністю та стагнацією. Генеративність – це прагнення особистості до творення, виховання, передачі досвіду наступним поколінням, внеску у розвиток суспільства. Стагнація, навпаки, характеризується зосередженістю лише на власних потребах, відчуттям порожнечі та безглуздості існування. Результати дослідження узгоджуються з положеннями Еріксона: жінки з найбільш вираженою кризовою симптоматикою – представниці «тривожно-депресивного» профілю – значно частіше переживають відчуття стагнації та відсутності сенсу, тоді як жінки «адаптивно-ресурсного» профілю демонструють виражену генеративну спрямованість: беруть участь у волонтерській роботі, займаються наставництвом, активно розширюють сфери соціальної включеності. Цей висновок має практичне значення: стимулювання генеративних форм активності є важливим ресурсом психологічної допомоги жінкам у кризовий період [16, с. 132–148].

Концепція К. Юнга розглядає середину життя як переломний момент процесу індивідуації – становлення цілісної особистості. На думку Юнга, саме у цей час особистість повинна інтегрувати раніше відкинуті або неусвідомлені аспекти свого «Я», відмовившись від однобічних ролей і «персон», що відповідали соціальним очікуванням першої половини дорослого життя. Виявлений у 34,8% досліджуваних «ідентифікаційно-пошуковий» профіль переживання кризи точно відповідає юнгівській моделі: жінки цієї групи перебувають у стані активного ціннісного переосмислення, шукають нові форми самовираження та автентичності. Це підтверджує, що

криза середини життя є нормативним, необхідним етапом розвитку особистості – не патологією, а викликом, відповідь на який визначає якість другої половини дорослого життя.

Г. Шихі у своїй роботі «Вікові кризи» описала жіночу специфіку середини дорослості. Вона виокремила кілька типових жіночих патернів переживання цього вікового переходу: «турботлива» (жінка, яка жила переважно заради сім'ї і тепер відчуває порожнечу, коли діти стають самостійними); «інтегрована» (жінка, що успішно поєднала материнство і кар'єру та у 40 років отримує нові можливості для самореалізації); «пізній старт» (жінка, що відклала реалізацію власних амбіцій заради сімейних обов'язків і тепер прагне наздогнати упущене). Розподіл учасниць дослідження за типологічними профілями переживання кризи виявляє певну відповідність описаним Шихі патернам: жінки «тривожно-депресивного» профілю часто відповідають типу «турботлива», тоді як «ідентифікаційно-пошуковий» профіль перегукується з патерном «пізній старт» [16, с. 132–148].

З позицій екзистенційної психології – зокрема, концепцій В. Франкла та І. Ялома – центральним переживанням кризи середини життя є зіткнення з «кінцевістю буття» та питанням сенсу існування. Усвідомлення того, що час є обмеженим, стає потужним каталізатором екзистенційної тривоги. Виявлений у дослідженні показник тривожності за НАМ-А ( $M = 22,3$ ) вказує на те, що психічні симптоми тривоги переважають над соматичними у 60,9% учасниць (14 осіб). Це підтверджує когнітивно-екзистенційну природу тривожних переживань: жінки страждають переважно від тривожних думок, страхів та невизначеності, а не від соматичних симптомів. Саме тому в психологічній роботі з цією групою особливого значення набувають підходи, спрямовані на відновлення відчуття сенсу та цілеспрямованості: логотерапія, екзистенційна терапія, практики усвідомленості.

Порівняння даних, отриманих у цьому дослідженні, з наявними науковими даними про чоловічу кризу середини життя дозволяє виокремити

ряд гендерно-специфічних особливостей. У жінок криза середини життя характеризується більш вираженою емоційною складовою: жінки частіше переживають відкриті тривожно-депресивні стани, більш схильні до рефлексії та самоаналізу, частіше звертаються по психологічну допомогу. Натомість чоловіки частіше демонструють так звані «зовнішні» прояви кризи: різкі зміни способу життя, імпульсивні рішення, підвищену схильність до ризику.

Гендерна специфіка жіночої кризи середини життя пов'язана з низкою соціальних та біологічних чинників. По-перше, жінки традиційно несуть на собі подвійне навантаження – професійну та сімейну відповідальність, – що підвищує хронічний стрес та ризик емоційного виснаження до середнього віку. По-друге, жінки значно гостріше переживають гормональні зміни, пов'язані з наближенням або настанням клімаксу, який часто збігається у часі з кризою середини життя і може посилювати її психологічні прояви. По-третє, для жінок характерна особливо гостра реакція на вікові зміни зовнішності, що в умовах культу молодості та краси стає джерелом значного психологічного дистресу. Виявлене у дослідженні суттєве зниження самооцінки за шкалою «привабливість» ( $M$  реальне = 40,7 при  $M$  ідеальному = 83,4) підтверджує цей висновок [16, с. 132–148].

Водночас жіноча криза середини життя має і низку потенційно ресурсних особливостей. Виражена здатність жінок до рефлексії та відкритого вираження переживань, за умови конструктивного спрямування, стає потужним ресурсом особистісного зростання. Жінки значно охочіше залучаються до психотерапевтичної роботи та підтримувальних спільнот, що підвищує ефективність психологічної допомоги. Дослідження також засвідчує, що жінки, яким вдалося конструктивно пройти кризу середини життя (адаптивно-ресурсний профіль), демонструють суттєво вищий рівень психологічного благополуччя порівняно зі своїми однолітками, які застрягли у кризових переживаннях, – що свідчить про значний особистісний потенціал цього вікового переходу.

Результати проведеного дослідження мають важливе значення для організації системи психологічної допомоги жінкам середнього віку. Висока поширеність клінічно значущих проявів тривоги та депресії у досліджуваній групі (73,9% з клінічно значущим рівнем депресії, 91,3% з вираженою тривожністю) свідчить про необхідність системного підходу до психопрофілактики та ранньої психологічної інтервенції у жінок цієї вікової групи. Зокрема, ці дані вказують на доцільність включення психологічного скринінгу жінок 35–50 років до профілактичних медичних оглядів.

Виявлена диференціація трьох типологічних профілів переживання кризи – тривожно-депресивного, ідентифікаційно-пошукового та адаптивно-ресурсного – має безпосереднє значення для побудови індивідуалізованих програм психологічної допомоги. Жінки тривожно-депресивного профілю потребують передусім клінічно орієнтованих інтервенцій: структурованих протоколів КПТ, спрямованих на роботу з дисфункціональними переконаннями, корекцію патернів самозвинувачення та поступову активацію позитивної поведінки. Для жінок ідентифікаційно-пошукового профілю найбільш ефективними є екзистенційно орієнтовані та нарративні підходи, які підтримують процес ціннісного переосмислення та допомагають конструювати новий смисловий нарратив. Жінки адаптивно-ресурсного профілю отримують найбільшу користь від групових форм роботи, що дозволяють закріпити адаптивні стратегії та розширити мережу соціальної підтримки.

Для психологів-практиків особливо важливим є виявлений у дослідженні комплекс взаємозалежних показників: тривожність, депресія, самооцінка та суб'єктивне благополуччя утворюють єдиний функціональний синдром, тому ізольована робота лише з одним із цих компонентів є недостатньою. Найбільш ефективними є комплексні, багатокomпонентні підходи, що одночасно впливають на когнітивну, емоційну та поведінкову складові кризового переживання. Зокрема, доцільним є поєднання індивідуальної КПТ із груповою психологічною підтримкою, що дозволяє

одночасно вирішувати задачі симптоматичного зниження дистресу та нормалізації кризового досвіду через спільноту однолітків.

Також результати дослідження вказують на значущість врахування соціального контексту жінки при плануванні психологічної допомоги. Виявлені статистично значущі відмінності за показниками тривожності, депресії та суб'єктивного благополуччя залежно від сімейного статусу та рівня зайнятості свідчать про те, що психологічна допомога не може зводитися лише до роботи з внутрішніми психологічними процесами. Необхідним є розгляд соціальної ситуації розвитку жінки у широкому контексті: якості партнерських і сімейних відносин, рівня соціальної підтримки, характеру та змісту професійної діяльності. Системне бачення проблеми дозволяє розробляти більш ефективні та стійкі стратегії підтримки, які враховують як внутрішні ресурси жінки, так і зовнішні умови її життя.

Важливим практичним висновком є також необхідність підвищення психологічної грамотності суспільства щодо нормативного характеру кризи середини життя. Значна частина жінок у досліджуваній групі переживала свій стан як свідчення «особистої поразки» або «слабкості», не розуміючи, що подібні переживання є типовими і закономірними для цього вікового переходу. Просвітницька робота у форматі психоедукаційних програм, тренінгів та публічних заходів, спрямованих на нормалізацію та дестигматизацію кризи середини життя, здатна суттєво знизити рівень страждань жінок та підвищити їхню готовність своєчасно звертатися по психологічну допомогу. Ця задача є актуальною як на рівні закладів охорони здоров'я та психологічної служби, так і на рівні засобів масової інформації та соціальних медіа [17, с. 54–72].

Отже проведене дослідження є внеском до розуміння клініко-психологічних особливостей кризи середини життя у жінок і відкриває низку перспективних напрямів для подальших наукових розвідок. Накопичення та систематизація наукових знань у цій галузі є необхідною умовою розвитку ефективної системи психологічної допомоги жінкам середнього віку та

сприяє більш повному розкриттю потенціалу людини на кожному етапі її дорослого розвитку.

## Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження клініко-психологічних особливостей кризи середини життя у жінок дозволило отримати комплексну та змістовну картину психологічного стану жінок у зазначений віковий період.

Дослідження було проведено на вибірці з 23 жінок віком 35–50 років з використанням шести взаємодоповнюючих психодіагностичних методик: опитувальника тривожності Спілбергера–Ханіна, шкали суб'єктивного благополуччя Паніної, адаптованої методики Розенцвейга, шкали Дембо–Рубінштейн, BDI-II та HAM-A. Кожна з методик охопила ключовий вимір кризового переживання, забезпечуючи достовірність і повноту отриманих даних.

Основні результати дослідження свідчать про таке: більш ніж у половини учасниць (52,2%) виявлено високий рівень особистісної тривожності; майже половина жінок (47,8%) демонструє низький рівень суб'єктивного благополуччя; клінічно значущий рівень депресивної симптоматики встановлено у 73,9% досліджуваних; переважаючим типом фрустраційного реагування є інтропунітивна спрямованість з самозахисним компонентом (47,8% та 43,5% відповідно); знижена самооцінка з вираженим розривом між реальним та ідеальним «Я» зафіксована у 60,9% та 69,6% учасниць відповідно.

Встановлені значущі кореляційні зв'язки між показниками тривожності та суб'єктивним благополуччям ( $r_s = -0,58$ ;  $p < 0,01$ ), між самооцінкою та депресією ( $r_s = -0,54$ ;  $p < 0,01$ ), між показниками HAM-A та BDI-II ( $r_s = 0,68$   $p < 0,001$ ) підтверджують взаємозумовленість та системний характер клініко-психологічних проявів кризи. Зафіксований профіль симптоматики відповідає теоретичним положенням про тривожно-депресивний тип переживання кризи середини життя у жінок, описаний у роботах К. Юнга, Е. Еріксона, Г. Шихі та вітчизняних дослідників.

Отримані результати підтверджують робочу гіпотезу дослідження та слугують підґрунтям для розробки психопрофілактичних і корекційних рекомендацій, спрямованих на зниження рівня тривожно-депресивної симптоматики, підвищення самооцінки, формування адаптивних стратегій подолання кризи та відновлення суб'єктивного благополуччя жінок середнього віку.

Отримані в ході дослідження дані відкривають можливість для більш глибокого аналізу взаємодії психологічних чинників, що визначають характер переживання кризи середини життя у жінок. Зокрема, важливим є розгляд не лише ізольованих показників, але й механізмів їх взаємообумовленості, оскільки криза середини життя є системним явищем, в якому когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти утворюють єдиний взаємопов'язаний комплекс. Розуміння цих взаємозв'язків має принципове значення як для теоретичного осмислення проблеми, так і для розробки ефективних стратегій психологічної допомоги.

## ВИСНОВОК

У кваліфікаційній роботі здійснено комплексне теоретико-методологічне та емпіричне дослідження клініко-психологічних особливостей кризи середини життя у жінок. Узагальнення отриманих результатів дозволило сформулювати такі фінальні висновки:

1. Криза середини життя (35–50 років) є складним, закономірним і багатовимірним етапом особистісного розвитку, що супроводжується глибокою перебудовою «Я-концепції», переоцінкою життєвих цінностей та ревізією біографічного сценарію. У жінок цей період має підвищену інтенсивність через синергетичний ефект біопсихологічних змін (трансформація репродуктивної функції) та соціально-рольових чинників (зміни в сім'ї та професії). Залежно від обраних копінг-стратегій (за Р. Лазарусом) та наявних особистісних ресурсів, криза може набувати типологічних форм нереалізованості, спустошення чи безперспективності.

2. Емпіричний зріз, проведений серед 23 жінок віком 35–50 років за допомогою розгалуженого психодіагностичного комплексу, повною мірою підтвердив теоретичні висновки про дезадаптивний і деструктивний характер перебігу кризових станів у середньому дорослому віці.

3. Кількісний аналіз емпіричних даних дозволив зафіксувати чіткий тривожно-депресивний тип перебігу кризи у більшості досліджуваних жінок, що виявилось у таких показниках:

73,9% учасниць мають клінічно значущий рівень депресивної симптоматики;

52,2% продемонстрували високий рівень особистісної тривожності;

47,8% виявили низький рівень суб'єктивного благополуччя;

60,9% мають знижену самооцінку, яка підсилюється значним розривом між реальним та ідеальним «Я» (у 69,6% жінок).

У фрустраційних ситуаціях переважає інтропунітивна спрямованість (47,8%) із самозахисним компонентом (43,5%), що вказує на схильність звинувачувати себе та фіксуватися на захисті власного «Я».

4. Були виявлені статистично значущі кореляційні зв'язки між тривожністю та суб'єктивним благополуччям ( $r_s = -0,58, p < 0,01$ ), самооцінкою та депресією ( $r_s = -0,54, p < 0,01$ ), а також між показниками за шкалами НАМ-А та BDI-II ( $r_s = 0,68, p < 0,001$ ). Це доводить, що емоційні, когнітивні та поведінкові прояви кризи у жінок не є ізольованими симптомами, а утворюють єдиний взаємообумовлений синдромокомплекс.

Отримані результати повністю довели робочу гіпотезу дослідження. Вони засвідчують, що хоча криза середини життя у жінок не є патологією, її гострий перебіг потребує зовнішньої підтримки. Верифіковані дані створюють надійне методологічне й практичне підґрунтя для розробки цільових програм психологічної допомоги, психопрофілактики та корекції. Такі інтервенції мають бути спрямовані на зниження тривожно-депресивних станів, гармонізацію самооцінки, активізацію особистісних ресурсів (рефлексії, саморегуляції) та формування адаптивних копінг-стратегій для успішного особистісного оновлення й досягнення психологічної зрілості.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Байер О.О. Життєві кризи особистості: навчальний посібник. Дніпро: ДНУ, 2010. 244 с.
2. Боднар О.В. Дослідження двох типів жіночої ідентичності: домогосподарка та ділова жінка. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2018. № 3(47). Т.3. С. 5–12.
3. Бушуєва Т.В. Зв'язок особистісних особливостей та допінг стратегій жінок у період зрілості. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки: зб. Наук. Праць. Київ: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2017. Вип. 6(51).
4. Варбан Є.О. Життєва криза: поняття, концепції та прояви Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць КНПУ імені Івана Огієнка, Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України. 2010. Вип.8. С.120-133.
5. Ващенко І.В., Іваненко Б.Б. Психологічні ресурси особистості в подолання складних життєвих ситуацій. Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Проблеми сучасної психології. 2018. Випуск 40. С. 33-49.
6. Володарська Н. Д. Роль світоглядних орієнтацій особистості та образу "Я" у самотворенні особистості. *Психологічний часопис*. 2015. № 2 (2). С. 24–29.
7. Гаркуша І., Дубінський С. Про проблеми життєвої кризи особистості. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля*. Серія «Педагогіка та психологія». Дніпро, 2022. Вип. 1 (23). С. 49–58.
8. Гордієнко М. Г. Психологічний аспект визначення дорослості. *Наукові записки НДУ ім. М. Гоголя. Психолого-педагогічні науки*. 2012. № 2. С.11-14.

9. Дзюба Т. М. Психологія дорослості з основами геронтології : навч. посіб. / за ред. В. Ф. Моргуна. Київ: Слово, 2013. 264 с.
10. Дзюба Т. М., Коваленко О. Г. Психологія дорослості з основами геронтопсихології. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / за ред. проф. В. Ф. Моргуна. Полтава: 2013. 172 с.
11. Дмитрієва С.М., Косарева З.П. Долання кризи середнього віку за допомогою арттерапії як чинник особистісного зростання Конкурентоспроможність в умовах глобалізації: реалії, проблеми та перспективи: матеріали ХХ міжнародної науково-практичної конференції. Житомир: ЖФ КІБІТ, 2016. С. 64-69.
12. Єрмаков І. Г. Метод проектів у контексті життєвих результатів діяльності у системі соціальної та життєвої практики учнів. Частина I Постметодика. 2016. № 2. С. 24-34.
13. Корчук В.І., Манік О.Т. Психологічні аспекти кризового періоду у жінок середнього віку/Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. 2025. № 1. С. 74-79. doi.org/10.15407/internalmed2025.01.074
14. Кривокульська Л.Д., Шамне А.В. Проблема вікової кризи у психології та педагогіці. *Актуальні проблеми психології у закладах освіти*. 2015. Вип. 5. 69 с. <https://doi.org/10.31812/psychology.v5i.7372>
15. Кузікова С.Б., Щербаківа Т.І. Психологічні особливості перебігу кризи середнього віку. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія «Психологічні науки». 2020. № 2. С. 132-148. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-2-18>
16. Ляковська І. Л. Психологічна корекція негативних проявів кризи середнього віку: автореф. дис. канд. псих. наук: 19.00.07. Київ. 2014. 24 с.
17. Ляковська І. Психологічні особливості типів переживання кризи середнього віку. *Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова*. Серія «Психологічні науки». 2013. Вип. 41(65). С. 120-129.

18. Маннапова, К. Р. Роль життєстійкості у подоланні складних життєвих ситуацій. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 1, т. 2. С. 75-78.
19. Матковська К.А. Гендерні особливості перебігу кризи середини життя. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти*. 2023. Вип. 13. С. 69-76. <https://doi.org/10.31812/psychology.v13i.7666>
20. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. 540 с.
21. Панченко С. М. Психологічні особливості дорослої людини як суб'єкта навчання. *Психологія: реальність і перспективи*. 2016. Вип. 7. С. 174-179.
22. Партико Т.Б. Вікові зміни психологічного благополуччя у середній та пізній дорослості. *Психологія і особистість*. 2016. № 2(10). Ч. 1. С. 83-96.
23. Помилуйко В. Ю. Розвиток ключових компетентностей особистості у різних стадіях дорослості. *Психологія: реальність і перспективи*. 2016. Вип. 6. С. 143–148.
24. Руденко О., Ніколаєв Л., Мігальчан І. Феномен кризи середнього віку та її подолання засобами психологічного консультування. *Наукові перспективи*. 2023. № 11(41). С. 1345-1359. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-11\(41\)-1345-1359](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-11(41)-1345-1359)
25. Савчин М.В., Василенко Л.П. Вікова психологія: навчальний посібник. 3-є вид., перероб., доп. Київ: Академія, 2017. 366 с.
26. Сергеєнкова О.П. Вікова психологія: навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 376 с
27. Смутьсон М. Л. Розвиток у старості: завдання, специфіка, ризику. Розуміння та інтерпретація життєвого досвіду як чинник розвитку

особистості: монографія / за ред. Н. В. Чепелевої. Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2013. 276 с.

28. Соціально-психологічні особливості дорослої людини: інформаційно методичні матеріали для слухачів і викладачів системи післядипломної освіти / автори-укладачі: О. І. Бондарчук, Т. В. Ткач, Н. В. Гордієнко та ін.. Ун-т менеджменту освіти НАПН України. Київ, 2015. 48 с.