

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Медичний інститут

Кафедра психології

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»

Завідувачка кафедри психології

_____ Ірина ЛИСЕНКОВА

« 01 » лютого 2024 року

УДК 159.923:[616.89–008.454–052:355.01

**ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНО–ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У
ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ В ПЕРІОД ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ**

Кваліфікаційна робота
за освітньо–професійною програмою «Психологія»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
галузь знань 05 – Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 «Психологія»

Виконав:

студент 665М групи

Фомін Айзек Олександрович

Науковий керівник:

к.психол.н., доцент

Астремська Ірина Володимирівна

Миколаїв – 2024

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Медичний інститут

Кафедра психології

Освітній рівень – магістр

Галузь знань: 05 – Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувачка кафедри психології

_____ Ірина ЛИСЕНКОВА

« 01 » лютого 2024 року

**ЗАВДАННЯ
НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА**

Студенту **Фоміну Айзеку Олександровичу**.

1. Тема роботи: «Гендерні особливості тривожно–депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів» затверджена наказом ЧНУ імені Петра Могили № 220 від «03» листопада 2023 року.

2. Об'єкт дослідження – тривожно–депресивні стани у осіб, які постраждали в період військових конфліктів.

3. Предмет дослідження – гендерні особливості тривожно–депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів.

4. Завдання дослідження:

1) здійснити теоретичний аналіз проблеми вивчення психологічних підходів до феномену тривожно–депресивних станів;

2) визначити гендерні особливості прояву тривожно–депресивних станів у людей постраждалих під час війни;

3) з'ясувати гендерні відмінності у прояві тривожно–депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів; дослідження гендерних особливостей тривожно–депресивних станів у осіб, які постраждали у період військових конфліктів;

4) розробка та апробація програми корекції тривожно–депресивних станів осіб, які постраждали у період військових конфліктів.

5. Науковий керівник роботи.

ПІБ та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
АСТРЕМСЬКА Ірина Володимирівна кандидат психологічних наук, в.о. доцента б.в.з.	21 вересня 2023 року	31 січня 2024 року

6. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи бакалавра (КРБ)	Строк виконання етапів роботи
1	Узгодження керівником змісту КМР	02.10.2023 р.
2	Пошук, добір та аналіз літературних джерел з питань проблематики, що досліджуються.	23.10.2023 р.
3	Робота над текстовим наповненням КМР	25.10.2023 р.
3.1	Розділ 1. Теоретичні аспекти вивчення тривожно–депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів	15.11.2023 р.
3.2	Розділ 2. Емпіричне дослідження гендерних відмінностей тривожно–депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів	30.11.2023 р.
3.3	Розділ 3. Формувальний експеримент: програма підтримки осіб, які постраждали в період військових конфліктів	15.12.2023 р.
4	Висновки	18.12.2023 р.
5	Захист КМР на кафедрі (попередній захист).	20.12.2023 р.
6	Захист КМР перед Екзаменаційною комісією.	26.02.2024 р.

Студент

Айзек ФОМІН

Науковий керівник

Ірина АСТРЕМСЬКА

АНОТАЦІЯ

Фомін А. О. Гендерні особливості тривожно–депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів. – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістра за спеціальністю 053 "Психологія" – Чорноморський національний університет імені Петра Могили, 2024.

Кваліфікаційну роботу присвячено теоретичному та емпіричному вивченню аспектів гендерних відмінностей тривожно-депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів; розроблена програма психологічної підтримки з елементами психологічної корекції емоційного стану для осіб що стикнулися з підвищенням рівня тривожно депресивного стану. Проаналізовані психологічні підходи до вивчення гендерних особливостей тривожно-депресивних станів, особливості прояву цих станів у людей, які постраждали під час війни, а також гендерні відмінності у їхньому прояві.

В роботі було зазначено поняття «тривога», «депресія» їх різницю, та актуалізовано необхідність подальших досліджень в цій темі. Вагома увага була приділена гендерним особливостям в тривожно–депресивних станах. Дослідження показало, що у жінок, які постраждали під час війни, тривожно-депресивні стани проявляються більш виражено, ніж у чоловіків. Зокрема, жінки частіше скаржаться на емоційну лабільність, порушення сну, тривогу, депресивні настрої, а також мають більш низький рівень самооцінки. У роботі містяться опис, результати емпіричного дослідження, а саме: констатувального, формуючого та контрольного етапів.

Наукова новизна полягає у вивченні тривожно–депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів, у контексті гендерної рівності з метою виявлення можливих гендерних відмінностей.

Ключові слова: тривожно-депресивні стани, гендерні відмінності, військові конфлікти, корекційна програма.

ANNOTATION

Fomin A. O. Gender peculiarities of anxiety-depressive states in persons affected by military conflicts - Manuscript.

Qualification work for the master's degree in specialty 053 "Psychology" - Petro Mohyla Black Sea National University, 2024.

The qualification work is devoted to the theoretical and empirical study of aspects of gender differences in anxiety and depression in persons affected by military conflicts; a program of psychological support with elements of psychological correction of the emotional state for persons who have faced an increase in the level of anxiety and depression has been developed. Psychological approaches to the study of gender peculiarities of anxiety and depression, the peculiarities of the manifestation of these conditions in people affected by war, as well as gender differences in their manifestation are analyzed.

The concepts of "anxiety" and "depression" and their differences were defined, and the need for further research on this topic was actualized. Considerable attention was paid to gender peculiarities in anxiety and depression. The study showed that women who suffered during the war manifest anxiety and depression more pronouncedly than men. In particular, women are more likely to complain of emotional lability, sleep disturbances, anxiety, depressive moods, and have a lower level of self-esteem. The paper contains a description and results of an empirical study, namely, the ascertaining, formative, and control stages.

The object of the study is anxiety and depression in people who suffered during military conflicts. The subject of the study is gender peculiarities of anxiety and depression in people affected by military conflicts.

The scientific novelty is to study anxiety-depressive states in persons affected by military conflicts in the context of gender equality in order to identify possible gender differences.

Keywords: anxiety and depression, gender differences, military conflicts, correctional program.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1	7
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНО–ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ В ПЕРІОД ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ	7
1.1 Психологічні підходи до вивчення гендерних особливостей тривожно– депресивних станів.....	7
1.2 Особливості прояву тривожно–депресивних станів у людей постраждалих під час війни.....	19
1.3 Гендерні відмінності у прояві тривожно-депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів	35
Висновки до першого розділу.....	53
РОЗДІЛ 2	56
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ В ПЕРІОД ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ.....	56
2.1 Опис проведення експериментального дослідження	56
2.2 Аналіз результатів констатувального експерименту	59
Висновки до другого розділу	70
РОЗДІЛ 3	72
КОРЕКЦІЯ ТРИВОЖНО ДЕПРЕСИВНИХ ОСІБ ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ В ПЕРІОД ВІСЬКОВИХ ДІЙ.....	72
3.1 Зміст та структура корекційної програми тривожно депресивних станів.....	72
3.2 Відстеження динаміки змін після проходження респондентами програми	76
3.3 Статистичний аналіз результатів формувального експерименту	83
Висновки до третього розділу.....	88
ВИСНОВКИ	90
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	94
ДОДАТКИ.....	101

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Гендерна рівність є одним з основних пріоритетів Програми розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН) в Україні. ПРООН працює над досягненням рівних прав і можливостей жінок і чоловіків, особливо в рамках ініціатив щодо демократичного врядування, сталого розвитку і довкілля та відновлення і розбудови миру на територіях, які перебувають в умовах конфлікту.

Гендерні особливості тривожно–депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів, є актуальною темою, оскільки війна є однією з найсерйозніших загроз для людства та призводить до значних людських втрат, руйнування інфраструктури, а також до психічних травм у людей, які постраждали від неї.

Військові конфлікти завдають шкоди психічному здоров'ю людей, незалежно від того, чи беруть вони участь у бойових діях, чи ні. До факторів, які сприяють цьому, належать: страх перед насильством, погіршення матеріального становища, тривалий стрес, відсутність доступу до медичної допомоги, вимушене переселення.

За даними ВООЗ, кожна п'ята людина, яка зазнала впливу війни, перебуває під ризиком розвитку психічних захворювань, для України це майже 8,5 млн осіб. Тривожні та депресивні розлади є найпоширенішими психічними розладами серед постраждалих від війни, які можуть мати різні клінічні форми та гендерні відмінності. Також негативно впливають на психічне здоров'я людини: відсутність ефективного лікування, страх смерті, втрата близьких, соціальна ізоляція, перенавантаження інформацією, дезінформація, недостатня психосоціальна підтримка.

Депресивність – це психологічний феномен, який досі недостатньо вивчений. Дослідження депресії та депресивних розладів в основному проводилися в рамках медичної та клінічної психології (Н. Гаранян,

В. Ковальов, Г. Мазуро, Б. Михайлов, Е. Наталевич, В. Підкоритов, В. Синицький, Л. Шестопалова, Ю. Чайка та ін.).

Розглядаючи феномен депресивності, слід звертати увагу на різні підходи до його тлумачення. Серед багатьох авторів (О. Баранов, Н. Водоп'янова, О. Єлисеєв, Є. Ільїн, А. Кудашев, Г. Нікіфоров, А. Реан та ін.) немає єдиного визначення поняття депресивності, оскільки депресивність розглядається з різних концептуальних позицій.

Тривожно–депресивні стани є одними з найпоширеніших психічних розладів, які виникають у людей, які постраждали в період військових конфліктів. Вони можуть проявлятися у вигляді тривожності, депресії, панічних атак, посттравматичного стресового розладу та інших симптомів.

Гендерні особливості тривожно-депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів, є предметом активних досліджень. Встановлено, що жінки мають підвищений ризик розвитку тривожно–депресивних станів у післявоєнний період. Це пов'язано з низкою факторів, включаючи біологічні, психологічні та соціальні.

Об'єкт дослідження – тривожно-депресивні стани у осіб, які постраждали в період військових конфліктів.

Предмет дослідження – гендерні особливості тривожно-депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів.

Мета дослідження Вивчення психологічних підходів до феномену тривожно–депресивних станів у контексті військових конфліктів з метою визначення гендерних особливостей прояву цих станів.

Для досягнення мети були визначені наступні **завдання**:

- 1) здійснити теоретичний аналіз проблеми вивчення психологічних підходів до феномену тривожно-депресивних станів;
- 2) визначити гендерні особливості прояву тривожно-депресивних станів у людей постраждалих під час війни;

- 3) з'ясувати гендерні відмінності у прояві тривожно-депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів;
- 4) дослідження гендерних особливостей тривожно-депресивних станів у осіб, які постраждали у період військових конфліктів;
- 5) розробка та апробація програми корекції тривожно-депресивних станів осіб, які постраждали у період військових конфліктів.

Методи дослідження: У роботі для розв'язання поставлених завдань та забезпечення об'єктивності дослідження були застосовані теоретичні методи: системно-структурний метод; метод теоретичного аналізу й узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; метод порівняльного аналізу та узагальнення даних; емпіричні методи: метод наукового спостереження; метод психодіагностичного обстеження; методи психологічної корекції; метод констатувального та формувального експерименту; методи інтерв'ю та консультаційної бесіди.

Для досягнення цілей дослідження застосовувався комплекс тестових методик: «Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності» (Ч.Д. Спілберг, Ю.Л. Ханін); «Визначення нервово-психічної напруги» (Т.А. Немчин); «Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності» (В.В. Бойко); «Шкала депресії» (П.М. Балашова).

В роботі використовувались *методи математичної статистики* (критерій Манна-Уїтні (U-критерій), T-критерій Вілкоксона), комп'ютерної обробки результатів (програма SPSS).

Експериментальна база дослідження: бенефеціари Миколаївської обласної організації Червоного Хреста України. *Вибірка дослідження* складає 60 осіб, серед них 30 жінок та 30 чоловіків; віковий ценз від 34 до 56 років.

Наукова новизна дослідження полягає у вивченні тривожно-депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів, у контексті гендерної рівності з метою виявлення можливих гендерних відмінностей. Такий підхід дозволяє глибше зрозуміти причини та наслідки

цих станів, а також розробити більш ефективні заходи їх профілактики та корекції.

Практична значущість полягає у розробці гендерно-чутливої програми психологічної підтримки осіб, які постраждали від війни. Програма, спираючись на результати дослідження має враховувати особливості гендерних відмінностей у осіб, що мають тривожно-депресивні стани внаслідок війни.

Апробація результатів дипломної роботи магістра. Основні ідеї та результати дослідження доповідалися та обговорювалися на III Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «*Mechanisms of Scientific and Technical Potential Development*» (23-24 листопада 2023 р.). Дніпро, Україна; XXVI Всеукр. наук.-практ. конф., присвяченій Всесвіт. дню науки в ім'я миру та розвитку «*Могілянські читання – 2023: досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні : глобальний, національний та регіональний аспекти*» (6-10 листопада 2023 р.). м. Миколаїв, Україна.

Публікації. Основний зміст і результати роботи висвітлено у 2 тезах та 1 публікації у фаховому науковому журналі категорії Б.

Структура роботи: Робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Основний текст дипломної магістерської роботи викладено на 93 сторінках комп'ютерного тексту, загальний – на 113 сторінках. Магістерська дипломна робота містить 6 таблиць та 11 рисунків. Список використаних джерел включає 70 найменувань українських та зарубіжних авторів.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНО–ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ В ПЕРІОД ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ

1.1 Психологічні підходи до вивчення гендерних особливостей тривожно–депресивних станів

Тривожно-депресивні розлади можуть мати різні визначення, але в основному це є хворобливий психічний стан, при якому людина перебуває в депресії внаслідок тривалих переживань тривожного характеру.

– Змішаний тривожний та депресивний розлад – це тип розладу невротичного спектру, що характеризується поєднанням симптомів як тривоги, так і депресії, при цьому жоден із цих симптомів не є достатньо вираженим для встановлення самостійного діагнозу тривожного розладу або депресії [23].

– Тривожно-депресивний розлад (інший варіант назви – тривожна депресія) – це хворобливий психічний стан, при якому людина перебуває в депресії внаслідок тривалих переживань тривожного характеру. Тривожна депресія однаково зустрічається у чоловіків і жінок різного віку [23].

У сучасних дослідженнях феномену тривожності та депресивності багато фундаментальних моментів, які потребують подальшого уточнення та осмислення. Основним питанням є проблема пояснення тривожності як психічного стану і як стійкої риси особистості. У психологічній літературі співіснують два основних поняття, які в деяких контекстах використовуються як синоніми, але частіше розглядаються як окремі поняття – «тривога» і «занепокоєння».

Термін «депресія» часто використовується для опису тимчасового стану, який виникає в результаті важких життєвих обставин, таких як розчарування або втрати. Однак цей термін може бути неточним, оскільки він також використовується для опису серйозного психічного розладу.

Тривожність – це властивість особистості, відносно постійна і незмінна протягом життя (особистісна тривожність), тоді як тривога – відносно стійкий негативний емоційний стан, пов'язаний зі змінами нервово–психічної діяльності (ситуаційна тривожність) [22, с. 47–48].

Кращими термінами для опису тимчасового стану, що виникає в результаті важких життєвих обставин, є деморалізація та гнітючий настрій. Деморалізація – це стан, який характеризується низькою самооцінкою, відчуттям безпорадності та відсутністю мотивації. Гнітючий настрій – це стан, який характеризується відчуттям печалі, туги та безрадісності.

Концептуальне розрізнення між тривогою як динамічним станом особистості та атрибутом або особистісним розташуванням підкреслює процедурну природу феномену тривоги. Цілком логічно розглядати цю ситуацію як низку когнітивних, емоційних і поведінкових реакцій, які реалізуються внаслідок впливу різних форм стресорів на людину. При цьому стресові подразники можуть мати як зовнішній характер, так і бути викликані якимись внутрішніми факторами, які інтерпретуються суб'єктом – як небезпека або загроза. Таким чином, когнітивна оцінка небезпеки досягає стану тривоги або посилює інтенсивність такого стану. Тривожні стани, можна включити в структуру загального процесу тривожності, який складається з таких компонентів, що розгортаються в часових проміжках: стрес – сприйняття або загроза – тривожний стан.

Оскільки зростаюча тривога сприймається індивідом як неприємна, тривожна, когнітивні та поведінкові реакції, які є невід'ємною частиною цього стану, функціонують для мінімізації існуючого суб'єктивного дискомфорту. Тривожний процес супроводжується переоцінкою стресових умов і вибором

відповідних поведінкових і когнітивних механізмів для зменшення стресових переживань, а також активацією способів уникнення тривожних ситуацій.

Якщо такту подолання або уникнення стресу недостатньо, активуються механізми психологічного захисту, функція яких полягає в зменшенні переживань тривоги. Основним завданням цих механізмів є зміна сприйняття стимулів, що викликають тривогу. Таким чином, у даному випадку тривожний стан передбачає таку послідовність реакцій: тривожний стан – когнітивна переоцінка – використання наявних ресурсів або психологічний захист [1].

Багато дослідників, таких як: Г. Гулко, В. Кисловська, Ч. Спілбергер, А. Лукасик, А. Малолеткова, А. Пригожан, М. Скворцова розкривають сутність поняття «тривога» шляхом порівняння його з поняттям «тривожність».

Слід зазначити, що при аналізі співвідношення двох понять «тривожність» і «тривога» дослідники мають дуже різні точки зору. З одного боку, поняття «тривога» дуже велике і багатогранне, і тривожність розглядається як один з його видів [33, с. 822-823]. З точки зору інших дослідників, співвідношення між двома поняттями «тривога» і «тривожність» видається більш лінійним [42, с. 639-640].

З точки зору Дж. Тейлора, – «тривожність – це драйв або стійка індивідуальна властивість, що включає суб'єкт–стимулюючу дію, як на когнітивний, так і на соматичний компоненти» [47, с. 297-298].

За К. Ясперсом, – «тривога – це емоційний стан, не пов'язаний з будь-яким об'єктом («вільно плаваюча тривога»), тоді як страх обов'язково пов'язаний зі стимулом, який містить конкретну загрозу для людини, її життя, щастя, здоров'я. К. Ясперс відносить тривогу до так званого «відчуття безпредметності», яке має значення для людини лише тоді, коли об'єкт знайдено. В. Паулдінгер запропонував розглядати тривогу як відчуття невизначеної загрози, непередбачуваної за своєю природою та часом, почуття дифузного побоювання та тривожного очікування [30, с. 329-330].

Питання формування та прояву особистісної тривожності викликає великий інтерес у дослідників різних галузей наукового знання. Під тривожністю найчастіше розуміють стійку рису, яка передбачає підвищену схильність індивіда відчувати тривожні стани [5].

Ця риса особистості є фактором, який змушує людину починати сприймати велику кількість об'єктивних факторів безпеки як такі, що містять загрози, що, у свою чергу, призводить до станів тривоги [24].

При цьому рівень особистісної тривожності залежить від частоти та інтенсивності, з якою людина переживає тривожні стани.

Г. Гулько, описує тривогу, як – «неспокій», тобто складне та багатогранне поняття, в якому узгоджуються не лише емоційні прояви, а й інші компоненти, які відіграють важливу роль у розумінні цих понять [4, с. 73-74]. Як критерій відмежування тривоги від тривожності В. Кисловська пропонує виділяти достатність переживання справжньому стану суб'єкта, тобто за її теорією – «переживання суб'єктом справжньої неповноцінності в будь-якій сфері, як постійний, дезадаптований прояв тривожності є особистісним утворенням» [23, с. 4–6].

Як зазначають дослідники, особистісний конструкт, про який йде мова, відомий як особистісна тривожність (тобто тривожність як особистісна риса або атрибут).

Згідно з теорією Ч. Спілбергера, тривога виділяється як стан (тимчасове переживання) і тривога як атрибут особистості (постійна риса характеру) [5]. За словами А. Лукасика, у національних традиціях слово «тривога» зазвичай визначають як емоційний стан, а термін «тривожність» – особистісна якість (втім, термін «тривожність» також використовується для визначення двох типів тривоги) [3, с. 147-150].

А. Прихожан зазначає, що тривога виділяється як емоційний стан і стійка ознака, як якість особистості. У вітчизняній психологічній літературі, як підкреслює вона, ця різниця задокументована у відповідних категоріях:

«тривожність» і «тривога». Остання категорія також використовується для опису всього явища [15, с. 45-46].

М. Скворцова вивчала проблеми самоактуалізації та тривожності як чинника міжособистісних стосунків студентів–гуманітаріїв. Дослідниця розуміла тривогу як ірраціональну, всепроникну реакцію на невизначену загрозу. Вона називає тривожність рисою особистості, яка посилює цю реакцію та схиляє людину до тривоги в певних ситуаціях [12]. Таким чином, визначаючи поняття «тривожність» і «тривога», було відзначено відсутність єдиного пояснення для них, що свідчить про те, що психологи розмежовують ці два поняття за різними ознаками.

У деяких роботах тривога розглядається як психофізіологічна тенденція, яка викликає емоційну реакцію навіть на злегка загрозові та стресові ситуації. На думку В.М. Астапова, тривожність є показником слабкості нервової системи та порушення нервових процесів [12]. У цьому випадку високі показники тривожності як атрибута темпераменту завжди асоціювалися з відносно високими показниками невротизму. Навпаки, в інших дослідженнях тривожність оцінюється як набута поведінкова тенденція, і вважається, що вона формується лише внаслідок формування певного негативного досвіду індивідів, які переживають тривожні стани.

О. Воскресенська визначає тривогу як емоційний стан, що характеризується суб'єктивними відчуттями напруги, тривоги, очікування, невизначеності, почуттям безпорадності. Тривога, на її думку, виникає через очікування небезпеки (яка може бути або не бути, коли її немає) і нерозуміння, як впоратися з ситуацією. На думку О. Воскресенської, – «тривога – це сукупність таких емоцій, як страх, смуток, сором, провина тощо. Переживання тривоги властиво будь-якій людині, яка опинилася в правильній ситуації» [11, с. 31-33].

Таким чином, тривогу можна охарактеризувати як стійке особистісне утворення, яке триває довше, має свою динаміку і стабільну реалізацію

поведінки, в якому переважають компенсаторно-захисні прояви.

Термін «тривога» найчастіше використовується для опису неприємного емоційного стану, який характеризується суб'єктивними відчуттями напруженості та тривоги, з одного боку, та фізіологічними змінами в організмі, з іншого: активацією нервової системи та типовими вегетативними симптомами (пульс і дихання). прискорене, підвищення артеріального тиску, підвищене потовиділення тощо) [21, с. 27–29].

За сучасними уявленнями, тривога – це не тільки емоційне явище, а й емоційний феномен. Він також включає когнітивний і мотиваційний компоненти, які формують певні моделі поведінки. Було введено поняття тривожної когнітивної моделі [41, с. 120-123], яка включає певні когнітивні установки та сприйняття світу на додаток до емоційного досвіду. Найчастіше тривога пов'язана з очікуванням невдачі в соціальних взаємодіях і часто викликана неусвідомленим відчуттям небезпеки.

Однією з основних функціональних характеристик тривоги є антиципація небезпеки, тобто на суб'єктивному рівні тривога проявляється як переживання чогось неприємного, невизначеного, загрозливого і посиляє сигнал індивіду. Крім того, якщо адаптивне почуття тривоги інформує про можливу небезпеку, але не дає бажання шукати її джерело, це проявляється як «сканування» існуючої ситуації з метою ідентифікації об'єкта загрози. Багато авторів вказують на можливість пошуку та виявлення каналів загроз. Тривога часто діє далеко за межі реальної ситуації, переносячи суб'єкта в майбутнє і в минуле [44, с. 210-212].

Саме ця активно-пошукова тривожна спрямованість характеризується як за змістом фіксованими в середовищі «загрозливими» елементами, так і за динамікою – тривалістю та стійкістю цієї спрямованості, яка може призводити до неупорядкованої поведінки чи хаотичної діяльності, яка відома в психологічній літературі як її характеристика. Ще однією функцією тривоги є оцінка існуючої ситуації, яка, в свою чергу, ініціює різні форми

приспосувальної дії, захисні механізми та інші форми приспосувальної діяльності, спрямовані на усунення джерел потенційної небезпеки. Тривога має тенденцію до зменшення, коли людина стикається з небезпекою. Водночас характер емоційного переживання залежатиме від оцінки індивідом власних можливостей.

Так, основною функцією тривоги є сигнально-стимулююча, тобто завдяки тривозі людина зосереджується на можливих труднощах, що в свою чергу сприяє зміні поведінки або стимулює включення механізмів психологічної адаптації. Крім того, під час реалізації стимулюючої функції тривога починає відігравати спонукальну роль, підвищуючи поведінкову активність, що дає змогу мобілізувати всі сили для досягнення найкращого ефекту, тому оптимальний рівень тривожності вважається необхідним для бути ефективності у реальності – адаптивна тривожність [35].

У той же час велика кількість досліджень показала, що тривала тривога, інтенсивності якої недостатньо для того, щоб впоратися зі складністю реальної ситуації, перестає повною мірою виконувати роль стимуляції, що призводить до гальмування поведінкової діяльності та може формувати психологічні розлади [27, с. 2-3].

Іншими словами, повна відсутність або високий рівень тривоги, що заважає нормальному розвитку та продуктивній діяльності, заважає нормальній адаптації. Кожна людина має свій власний оптимальний або бажаний рівень тривожності – це відомо як корисна тривога [8]. Він відіграє активну роль не тільки як індикатор можливої небезпеки, але і як фактор мобілізації психологічних резервів для запуску найбільш ефективних механізмів поведінкового реагування. На відміну від корисної тривоги, невротична тривога є реакцією на загрозу, якої недостатньо для боротьби з об'єктивною небезпекою, що призводить до дезадаптивних і плутаних особистих якостей. Ця тривога не обов'язково безпосередньо проявляється в поведінці, вона може проявлятися в суб'єктивному дискомфорті індивіда,

створюючи певний фон для життєдіяльності індивіда. Невротична, патологічна тривожність порушує всі сфери діяльності людини. На відміну від звичайної корисної тривоги, патологічна тривога завжди більш тривала і виражена, що призводить до гальмування, а не до посилення адаптаційних можливостей організму.

Таким чином, можна сказати, що тривога існує на кількох рівнях, класифікація яких пов'язана з різними передумовами її виникнення. В еволюційному сенсі можна розрізнити первинну та вторинну тривогу. Водночас базова тривога є результатом індивідуального розвитку особистості і є генетичним індивідуальним механізмом захисту. Вторинна тривога формується в процесі розвитку людини і пов'язана з необхідністю задовольнити значущу потребу. Крім того, вторинна тривога значною мірою опосередковується ширшим суспільством, на відміну від первинної тривоги, джерелом якої є мікросоціальне середовище, в якому знаходиться особистість. За рівнем ситуативної ідентифікації тривогу можна розділити на нормальну тривогу та невротичну тривогу. Якщо звичайна тривога зумовлена необхідністю відповідної ситуаційної адаптації, то невротична тривога передбачає неадекватну оцінку небезпеки, у тому числі неефективні методи психологічного захисту. Залежно від ступеня об'єктивації можна розрізнити вітальну тривогу та соціальну тривогу. Екзистенційна тривога більше зосереджена на психофізіологічній оцінці зовнішніх і внутрішніх загроз, пов'язаних з виживанням, тоді як соціальна тривога є ціннісною і виникає в умовах глобальної соціальної та культурної трансформації. Залежно від рівня ефективності тривожність можна класифікувати як конструктивну або деструктивну. Конструктивна тривожність за своїм існуванням і впливом на особистість є формуванням особливого виду діяльності, що передбачає нестандартні підходи до вирішення складних ситуацій, тоді як деструктивна тривожність призводить до дезінтеграції діяльності людини [45, с. 268-270].

Тривога – це складне і неоднозначне явище, роль якого необхідно

аналізувати з урахуванням цілого комплексу факторів. З одного боку, тривога руйнівню впливає на поведінку людини, роблячи його хаотичним і дезадаптивним. Згодом ця діяльність може бути порушена, і людина з низькою самооцінкою, генетично пов'язаною з високою тривожністю, отримає вторинне негативне підкріплення, яке вже є, що призведе до втрати самооцінки та контролю над власною поведінкою. З іншого боку, слід підкреслити, що тривога має чудовий продуктивний потенціал і, таким чином, може сприяти феномену особистісного зростання. Тривога, орієнтована на майбутнє, здатна впливати на рівень людської активності в усіх напрямках: надаючи людям інформацію про можливі небезпеки, тривога відкриває нові перспективи та можливості для самореалізації. На операційному рівні тривога є ефективним механізмом регуляції індивідуальної поведінки та пошуку ресурсів для вирішення проблем у потенційно загрозливих ситуаціях. Завдяки тривожності людина здатна мобілізувати важливі внутрішні резерви: психічні, фізичні, поведінкові.

Так, тривожність виконує мотиваційну та захисну функції. Включаючи в роботу адаптивні механізми, активізуючи поведінку, відповідну існуючим ситуаціям, змінюючи та руйнуючи неефективні моделі поведінки. Розвиток загальної теорії тривоги спочатку передбачає з'ясування зв'язку між трьома різними розуміннями тривоги: тривога як динамічний стан, тривога як складний процес, що включає компоненти стресу та загрози та тривога як риса особистості (тривожність).

Стан тривоги – це складне динамічне явище, в якому можна виділити багато основних компонентів, зокрема: стресори, сприйняття суб'єктивної загрози, стан тривоги, когнітивна оцінка ситуації та власних можливостей, психологічні захисні механізми, формування поведінкових реакцій [1].

Теорія тривожності також повинна включати поняття схильності до переживання тривоги, а точніше, концептуальну схему, що відноситься до індивідуальних відмінностей у схильності до переживання тривоги в різних

типах стресових ситуацій. Відмінності симптоматики станів тривоги та депресії подані в таблиці 1.1.:

Таблиця 1.1.

Відмінності симптоматики станів тривоги та депресії

Ознака	Тривога	Депресія
Основні симптоми	Нервозність, занепокоєння, страх, відчуття небезпеки, проблеми зі сном, дратівливість, проблеми з концентрацією уваги, м'язові спазми, проблеми з травленням	Постійне відчуття туги, смутку, розпачу, втрата інтересу до улюблених занять, зниження працездатності, порушення сну, втрата апетиту, відчуття безпорадності, безцільності, самогубні думки
Тривалість	Може бути короткочасною (тривожний стан) або тривалою (тривожний розлад)	Може бути короткочасною (депресивний стан) або тривалою (депресивний розлад)
Вплив на повсякденне життя	Може ускладнювати виконання повсякденних завдань, псувати відносини з близькими, призводити до соціальної ізоляції	Може ускладнювати виконання повсякденних завдань, псувати відносини з близькими, призводити до суїцидальних думок
Загальні причини	Генетика, біологічні фактори, стресові фактори, особистісні фактори	Генетика, біологічні фактори, стресові фактори, особистісні фактори
Лікування	Медикаментозне лікування, психотерапія, комбінація методів	Медикаментозне лікування, психотерапія, комбінація методів

Оскільки тривога – це природне відчуття страху перед обличчям загрози, яке дозволяє помітити її та вжити відповідних заходів з урахуванням реакції організму на стресову подію (явище). Якщо причина небезпеки відома, вживається слово страх, а якщо її важко визначити, то вживається слово тривога. Патологічний стан характеризується недостатньою інтенсивністю реакції на причину, яка є джерелом дистресу і заважає життєдіяльності особистості.

Сильно тривожні особистості, як правило, сприймають загрози своїй самооцінці та життю в різних ситуаціях і реагують надзвичайною напругою та вираженим емоційно виснажливим станом [39, с. 5-6]. Поведінка тривожної

людини у сучасних обставинах на території де ведуться бойові дії часто, характеризується такою симптоматикою:

- емоційно реагувати на звіти про невдачі;
- гірше адаптуються у стресових ситуаціях або коли на вирішення проблеми приділяється недостатньо часу;
- страх невдачі домінує над прагненням до успіху.

Тривожні особистості характеризуються низькою самооцінкою, страхом невдачі та поступливістю, а також високим рівнем відповідальності, сумлінності, обов'язку та скромності. Аналіз тривоги в її багатьох формах показує, що вона сама по собі часто виконує захисну функцію. Іноді тривожність позитивно впливає на розвиток особистості та активність, але це залежить від особливостей адаптаційної, пристосувальної поведінки особистості особливо під час війни, коли організм перебуває у стані виснаженого стресу.

У наукових дослідженнях тривогу поділяють на два основних типи: особистісну та ситуативну [9]. Особистісна тривожність – це суб'єктивно важливий феномен готовності (установки) людини пережити широкий спектр страхів і тривог. Особистісна тривога є фундаментальною рисою особистості, яка формується і закріплюється в ранньому дитинстві. Такий вид тривоги проявляється як типова, ситуативно стійка (тобто незалежно від конкретної соціальної ситуації) реакція людини на ситуації, що загрожують її особистості або особистості, що сприймається, – стан підвищеної тривожності. Особистісна тривога зазвичай не існує як окрема риса, і вона негативно впливає на формування і розвиток інших рис і характеристик людини, наприклад, мотивації уникати невдач, бажання уникнути відповідальності, страху конкурувати з іншими. Таким чином, з особистим занепокоєнням людини часто пов'язаний цілий ряд інших негативних рис, і невелику групу людей, які викликають у людини занепокоєння, слід розглядати як перешкоджаючих розвитку цієї особистості.

Ситуаційна тривога є показником інтенсивності переживань, пов'язаних з типовими подіями, а саме з воєнними діями на території України. Вона може виявлятися у різних людей, у різних ситуаціях, причому в одних людей це виявляється чітко, а в деяких взагалі не виявляється (в залежності від попередньо пережитого стресу чи напруги). Наприклад, деякі люди, які виявляють особливу тривожність, показуючи високий рівень тривоги у кризових ситуаціях, виглядають більш впевненими та сміливими в інших ситуаціях довоєнного життя. Спочатку у людини є лише ситуативна тривога – як емоційний стан, яка потім за несприятливих умов може перерости в особистісну тривожність, як властивість особистості.

3. Фройд вказував, що тривога є функцією Ego. Його мета полягає в тому, щоб попередити людину про загрозу, що насувається, дозволяючи людині правильно відреагувати в загрозовій ситуації. Психодинамічна теорія дослідника виділяє три типи тривоги залежно від того, звідки походить загроза та описує їх психологічні причини виникнення:

- тривога реальності – це емоційна реакція на загрозу та/або розуміння реальної небезпеки в зовнішньому світі, що виконує функцію самозахисту;

- невротична тривога – це емоційна реакція на небезпеку того, що неприйнятні імпульси від ідентифікатора стануть свідомими (невротична тривога спочатку сприймається як реалістична, але вона виникає, коли імпульси ідентифікації дійсно мають шанс прорватися через самоконтроль особистості);

- моральна тривога – пояснюється реакцією Super-Ego на загрозу само покарання (виникає, коли ідентифікатор прагне активно виражати аморальні думки чи дії, а Super-Ego відповідає почуттям провини та сорому) [43, с. 28–30].

У контексті дослідження страх визначається як емоція, яка виникає, коли біологічне чи соціальне існування людини знаходиться під загрозою, і

спрямована на реальне чи уявне джерело небезпеки. Страх варіюються в досить широкому діапазоні: побоювання, переживання, паніка. Якщо джерело небезпеки не ідентифіковано або не розпізнано, стан, що виникає, називається тривогою. Функціонально страх є попередженням про майбутню небезпеку, зосереджує вашу увагу на її джерелі та заохочує знайти способи її уникнути. Якщо він досягає інтенсивності впливу (паніка, страх), він здатний нав'язати стереотипну поведінку: втечу, заціпеніння, оборонну агресію.

Найпоширеніший погляд на різницю між страхом і тривогою полягає в тому, що він розглядає страх як відповідь на конкретну, певну, реальну небезпеку, тоді як тривога є відповіддю на невизначені, розпливчасті, безпредметні, переважно переживання уявних загроз. Відповідно до іншої точки зору, коли є бажана загроза, коли щось загрожує цілісності або існуванню людини як живої істоти, людського організму, а тривога – коли існує соціальна, особиста загроза, переживається страх [31, с. 230-231]. Небезпека в цій ситуації загрожує цінностям людини, потребам «я», її самооцінці, стосункам з іншими та її місцю в суспільстві.

Таким чином, як страх, так і тривога є адекватною реакцією на небезпеку, але у випадку страху небезпека є очевидною та об'єктивною, тоді як у випадку тривоги небезпека прихована та суб'єктивна. Іншими словами, інтенсивність тривоги прямо пропорційна тому, що дана ситуація означає для даної людини. Насправді він не знає причини свого занепокоєння, тому страх як емоція характеризується відносно короткочасністю, а тривога – більшою тривалістю, в деяких випадках триває все життя.

1.2 Особливості прояву тривожно–депресивних станів у людей постраждалих під час війни

Військова агресія та бойові дії на території України тривають вже майже два роки. Систематичний аналіз 12 психічних захворювань у 204 країнах і

територіях, опублікований у журналі The Lancet у 2022 році, показав, що найбільша частка припадає на депресивні та тривожні розлади (DALYs = роки життя з поправкою на інвалідність) [65].

Більше того, ці тенденції вже були присутні в період 1990–2019 років, коли людство не стикалося з проблемою COVID–19, а Європа не була в епіцентрі найбільшої з 1945 року війни. Нинішня війна в поєднанні з ситуацією, що склалася після COVID–19, посилює навантаження на громадське здоров'я через психічні розлади. У таких ситуаціях особистість часто відчуває стрес і глибокі переживання, страхи, тривогу за себе та своїх близьких. Оскільки стресові обставини можуть провокувати виникнення емоційного стану – тривоги, слід розглянути основні властивості впливу стресору на розвиток даного феномену.

Стрес – це неспецифічна реакція організму на будь-яку зовнішню вимогу. Психоемоційне напруження (стрес) (від англ. Stress-напруга) – це стан психічної напруги, що виникає у людини в складних умовах повсякденного життя та у виняткових екстремальних ситуаціях під час ведення бойових дій, або перебуванні під окупаційною владою, що провокує додатковий тиск на емоційний стан людини [25].

Оскільки тривога – це природне відчуття страху перед обличчям загрози, яке дозволяє помітити її та вжити відповідних заходів з урахуванням реакції організму на стресову подію (явище). Якщо причина небезпеки відома, вживається слово страх, а якщо її важко визначити, то вживається слово тривога. Патологічний стан характеризується недостатньою інтенсивністю реакції на причину, яка є джерелом дистресу і заважає життєдіяльності особистості.

Страх і тривога, в свою чергу, мають такі компоненти:

- когнітивний – думки про певну загрозу (без тривоги);
- фізіологічний – сигнальні реакції у вигляді збудження симпатичної нервової системи (розширення зіниць, почастішання пульсу, зниження

активності шлунково–кишкового тракту, пригнічення слиновиділення і блідості, скорочення м'язів, міміка, що виражає страх), збільшення кисню в ресурсах тканин та енергія, яка забезпечує можливість реагування на небезпеки;

- емоційний – почуття страху, жаху, паніки, переживання;
- поведінковий – відступ, втеча або боротьба [29, с. 191-195].

Екстремальні ситуації, такі як війна, суттєво впливають на психічне здоров'я, виснажуючи нервову систему до межі та зменшуючи нашу здатність реагувати через руйнування інфраструктури та економічний занепад. Війну в Україні можна назвати не просто стресором, а масштабною травматичною ситуацією для всього населення країни.

Стрес розвивається в людини як один із важливих і природних факторів регуляторного механізму. Вплив будь-якого істотного фактора викликає в організмі людини два взаємопов'язані процеси:

- мобілізацію фізіологічних систем (в основі яких лежить пристосування до реальності у відповідь на подразник);
- активацію стандартних, неспецифічних реакцій (розвиток яких спровокований невизначеним подразником для організму).

Ще у 1936 р. Г. Сельє вперше описав загальний адаптаційний синдром (ЗАС), який він визначив як групу пристосувальних реакцій організму, що мають загальнозахисний характер і виникають у відповідь на стресор – між інтенсивністю несприятливого фактора і особистісних витрат тривалості. Він виділив три стадії стресу [49, с. 77-79]:

- 1 стадія – загальна реакція на тривогу;
- 2 стадія – підвищення загальної стійкості організму до стресу;
- 3 стадія – виснаження.

Травма – це емоційна реакція на подію або ситуацію, яка порушує почуття безпеки. Травматичні події можуть бути небезпечними для життя, але будь-які події, які пригнічують або ізолюють, можуть призвести до травми.

Травма запускає тривогу, яка впливає на ваше тіло та свідомість, перетворюючись на реакцію боротьби або втечі. Травма впливає на кожну людину по-різному, залежно від часу та повторюваності її переживання. Реакції можуть включати ПТСР, тривогу, уникнення подібних ситуацій, розгубленість, дисоціацію та виснаження. Важкі реакції можуть включати дистрес без полегшення, нав'язливі думки про травму та інтенсивну дисоціацію. Відстрочені реакції можуть включати тривогу через спогади, уникнення почуттів або дій, пов'язаних з подією, депресію та розлади сну [68].

Травматичні ситуації, що становлять загрозу для людини, запускають автоматичний багатофазний каскад відповідей з боку центральної та вегетативної нервової системи. Тривалість та інтенсивність цих реакцій залежить від різних факторів. Гостра, відстрочена та хронічна фази реагування на травматичний стрес характеризуються відповідними емоційними реакціями та потенційним розвитком специфічно визначених розладів. Травматичні ситуації можуть варіюватися від особистих переживань, таких як серйозна аварія, фізичне або сексуальне насильство, до масштабних катастроф або війни [6].

Реакція організму на травму включає низку фізіологічних змін, останні дослідження припускають, що під час переживання фізіологічних змін, викликаних стресом, людина може прожити наступні стадії [63]:

- тривога;
- опір;
- виснаження.

Стадія тривоги. Якщо людина стикається з гострим стресором або небезпекою, ділянка мозку, яка називається мигдалеподібним тілом, надсилає сигнали в іншу ділянку, яка називається гіпоталамусом. Гіпоталамус функціонує як командний центр мозку, передаючи інформацію до решти тіла через нервову систему. Коли гіпоталамус активує симпатичну нервову систему, наднирники реагують на це, викидаючи в кров гормон

адреналін. Така ситуація може призвести до кількох фізіологічних змін, таких як прискорене дихання, прискорене серцебиття, приплив енергії та підвищена пильність. Комплексна реакція організму на стрес відома як реакція «бий, тікай або завмирай». Це та сама стратегія, яку використовували тварини та ранні предки людини, коли стикалися з небезпекою.

Стадія опору. Як тільки відчуття загрози або небезпеки минає, парасимпатична нервова система натискає на «гальма» і зменшує стресову реакцію організму. Якщо людина все ще відчуває, що перебуває в небезпеці, рівень гормонів стресу зростає, і можуть проявитися такі симптоми, як: зниження рівня концентрації уваги; дратівливість; розчарування; виснаження.

Стадія виснаження. Якщо людині не вдається завершити цикл стресу, організм може повторити стресову реакцію. Тривалий і хронічний стрес може мати свої наслідки, що призводять до: серцевих захворювань; виразки шлунку; порушення сну; психічних розладів; депресії; тривоги; втоми; вигорання [63].

Повторне переживання травми може стати надзвичайно болісним явищем для людини. Часто спогади про травматичний досвід знову й знову повертаються до свідомості, неначе по замкнутому колу. Таке явище може бути спробою мозку осмислити або проаналізувати пережите. Існують й інші прояви повторного переживання, такі як кошмари, які можуть переслідувати людину уві сні. Це пов'язано з тим, що нервова система була сильно зазнала сильного шоку, і мозок і під час сну продовжує обробляти подію. Часто ці кошмари не пов'язані з конкретною травмою, але мають схожі теми, такі як страх переслідування, наприклад. Крім того, самі спогади можуть викликати повторне переживання, коли пам'ять про травму отримує підказку і викликає потік емоцій та яскравих спогадів про травму. Всі ці явища можуть призвести до розладів пов'язаних зі сном після травматичного досвіду [61].

Поширеними емоційними реакціями на травму є страх, тривога, гнів, смуток, почуття провини і оніміння. Ці реакції є нормальними, оскільки вони свідчать про правильну роботу нервової системи. Страх може тривати довше,

ніж сама травма, і викликати повернення сильного страху при нагадуванні про подію. Гнів у людини може виникати на причину травми, або на себе через те, що сталося. Смуток і плач допомагають нервовій системі відійти від реакції «бий або тікай», а також можуть виникати через відчуття пригніченості та втрати. Почуття провини може з'явитися, якщо людина сама є відповідальною за травму або втрату, і може викликати негативні наслідки для нашого самопочуття. Також може виникнути відчуття оніміння, емоційна тупість, що може бути частковою реакцією самозахисту перед надто сильними емоціями [61].

Уникнення речей, пов'язаних з травмою, є нормальною реакцією людини на неприємні спогади. Мозок має тенденцію відтворювати травматичні події, тому довгий час може бути складно забути їх. Однак з часом більшість людей починають відчувати менший біль, коли згадують про ці події. Уникаючи речей, пов'язаних з подією, люди також намагаються уникнути болючих спогадів. Наприклад, можна уникати телепередач, які нагадують про травму, або місць, що визивають страх через сполучення з подією. Уникання речей, пов'язаних з травмою, може бути корисним у період після події, але довготривале уникання може перешкоджати процесу одужання. Важливо шукати підтримку та професійну допомогу, щоб повернутися до нормального життя [61].

Проживання травми часто супроводжується зміною поглядів на світ і на себе. Після травми може виникнути недовірливість: загальне підозрювання всіх, бажання відгородитися від інших для захисту. Травма може спричинити відчуття, що світ дуже небезпечне місце, що може призвести до переоцінювання небезпеки і непотрібної провини. Люди можуть критикувати себе за те, як вони впоралися з травмою, стверджуючи, що мали робити інакше. Також можуть виникати відчуття меншовартості, почуття слабкості і неконструктивної реакції на травму [61].

Також поширеною реакцією є відчуття постійної настороженості. Коли нервова система пережила жахливий шок, вона не відразу заспокоюється. Вона ще деякий час буде напруженою, настороженою щодо можливості подальшої небезпеки. Людина може продовжувати озиратися через плече або постійно сканувати навколишнє середовище на наявність загроз. Коли нервова система сильно налаштована на небезпеку, вона буде налаштована на виявлення будь-якої можливої загрози, що, ймовірно, означає, що у людини буде багато помилкових тривог. Вона може побачити нападника, який наближається, і зрозуміти, що це лише доброзичливий сусід, але серце вже вискакує з грудей. Нервова система, яка тимчасово застрягла в стані збудження, легко лякається таких речей, як грюкання дверей [61].

Труднощі зі сном також дуже розповсюджена реакція. Сон – це вразливий стан, і коли мозок і тіло збуджені, людині, швидше за все, буде важко заснути. Виходить так, ніби мозок каже: «Небезпека! Зараз не час для сну!» Кошмари, які часто сняться, також можуть заважати сну, і через них людина може втратити бажання лягати спати [61].

Як і у випадку зі сном, мозок може бути схильний уникати сексуальної активності після травми. Це легко зрозуміти, якщо травмою було сексуальне насильство, коли сексуальна активність може викликати болючі спогади про напад. Проте, навіть якщо травма не мала сексуального характеру, людина може бути менш зацікавлена в сексі, оскільки пріоритетом є відновлюємося після нещодавньої травми [61].

Війна і конфлікт можуть мати глибокий вплив на психічне здоров'я, призводячи до таких станів, як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія і тривога. Більшість людей, які стали жертвами небезпечних ситуацій, відчують дистрес – стан тривоги, суму, відчуття безнадії, проблеми зі сном, втома, роздратування або гнів, а також фізичний біль. Втім, важливо зазначити, що поширеність психічних розладів, таких як депресія і тривога, зростає в два рази в умовах гуманітарної кризи. За підсумками дослідження

ВООЗ, серед людей, які пережили конфлікт чи війну в останні 10 років, 22% мають депресію, тривогу, посттравматичний стресовий розлад, біполярний розлад або шизофренію. Особливо вразливими після надзвичайних ситуацій є люди з важкими психічними розладами, які потребують клінічної допомоги та доступу до основних потреб.

Л.В. Трубіцина, розглядаючи питання, пов'язані з травматичним процесом, виділяє наступні психотравмуючі ситуації: військові дії, стихійні лиха, екологічні та техногенні катастрофи, пожежі, терористичні акти, присутність під час насильницької смерті інших, нещасні випадки, сексуальне насильство, раптова поява небезпечної для життя хвороби або напад [6].

Хронічний вплив травматичного стресу може призвести до довготривалих змін у системах реагування організму на стрес, що потенційно може спричинити розлади психічного здоров'я, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія та тривожність [9]. Загальний огляд кризових станів представлено у табл. 1.2.

Таблиця 1.2.

Реакцій людини на кризові стани

Тип	Час початку	Тривалість	Емоційні реакції	Діагнози
Гостра криза	Відразу після стресового або травмуючого досвіду	Декілька годин або днів	Сильні емоції, такі як страх, тривога, сплутаність, зневіра, заціпеніння, вегетативне збудження	Гостра стрес-реакція, гостра реакція на стрес, розлади адаптації (початок), тривога, розлади мислення, короточасний психотичний розлад, марення через токсичні речовини, загострення зловживання ПАР / преморбідних афективних та особистісних розладів

Продовження таблиці 1.2.

Тип	Час початку	Тривалість	Емоційні реакції	Діагнози
Відтермінована криза	Через кілька годин, днів або тижнів після стресового або травмуючого досвіду	Декілька тижнів або місяців	Нав'язливі думки, вегетативне збудження (безсоння, нічні жахи, здригання, роздратованість), соматичні симптоми, важка втрата, втрата та горе, апатія, соціальна відстороненість	ПТСР (початок), зловживання ПАР, соматоформні розлади, депресія (початок), інші афективні розлади
Хронічна криза	Через кілька місяців або років після стресового або травмуючого досвіду	Декілька років або десятиліть	Розчарування або образа, смуток, постійні нав'язливі симптоми, переорієнтація на перебудову життя	ПТСР, зловживання ПАР, дистимія, інші афективні розлади, хронічні ефекти токсичного впливу

Є масштабні ситуації, які привертають увагу великої кількості експертів, але є і травматичні ситуації, які з різних причин виходять за межі уваги експертів. Основна причина цих фактів полягає в тому, що коли людина виступає як суб'єкт, що взаємодіє з іншими психотравмуючими ситуаціями, ситуація є «незначною», а сама подія має індивідуальний характер.

Інша концепція, пов'язана з цим питанням, виділяється в психологічних дослідженнях. Це надзвичайна (екстремальна) ситуація, яка визначається як ситуація, що склалася на конкретній території внаслідок аварії, небезпечного природного явища, лиха, стихійного лиха чи іншого лиха, що може призвести до загибелі людей, втрати майна, здоров'ю людей або навколишньому середовищу, значні матеріальні збитки та порушення умов життя людей. Особливості воєнних дій є непередбачуваними, а тому цей процес дослідження може бути багатоаспектним та мало дослідженим.

У сучасній теорії травми, що описує прояви тривоги серед населення існує цікавий підхід, розроблений американським вченим П. Левінім. При його розробці автор інтегрував актуальні знання не лише з психології та психотерапії, а й з біології, психофізіології та нейропсихології. Дослідник розуміє травму, – як «прорив бар'єрів, що захищають людину від впливу, що супроводжується інтенсивним відчуттям безпорадності. Часто психологічна травма виникає через брак особистих ресурсів, необхідних для подолання травмуючої події» [38, с. 177-179]. На думку П. Левіна, руйнівна сила травми залежить від індивідуальної значущості травмуючої події, ступеня психологічної захищеності, здатності до саморегуляції.

П. Левін пише, що травма часто пов'язана з наслідками таких подій, як війна, фізичне, емоційне або сексуальне насильство, нещасні випадки або стихійні лиха. Однак є багато «звичайних» подій, навіть дуже сприятливих, які можуть виявитися менш болючими, а їх переживання відбуваються через деякий час, що має назву – відстроченої реакції [46, с. 268-277].

Дослідження системи медичної інформації показали, що 41% звернень за медичною допомогою з приводу психічних розладів припадає на епілепсію, 23% – на психотичні розлади, а 13% – на помірні і важкі форми депресії, тривоги або посттравматичного стресового розладу [65].

За даними Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН), майже 8 мільйонів людей були змушені покинути Україну з початку російського вторгнення. Ще 6,5 мільйона людей знайшли притулок в інших частинах України, ставши внутрішньо переміщеними особами [67].

З 23 березня по 6 квітня 2023 року у співпраці з Департаментом соціальної політики КМДА було проведено опитування за допомогою додатку «Kyiv Digital». Метою дослідження було визначити рівень стресу серед мешканців Києва та зрозуміти їхні механізми подолання стресу. З 9 795 респондентів лише 11% назвали свій психічний стан стабільним. Серед опитаних 38% відчували тривогу або страх за своє майбутнє. Ще 18 % вказали

на незадоволеність, що виникає через порушення сну або втому. Постійну дратівливість і відчуття апатії відчували 12% учасників, а 9% повідомили про почуття самотності [22].

Згідно з оцінкою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), кожна п'ята людина, що постраждала від війни, має ризик розвитку психічних розладів. В Україні це майже 8,5 мільйонів осіб. Міністерство охорони здоров'я України прогнозує, що понад 15 мільйонів українців потребуватимуть психологічної допомоги через наслідки війни, а приблизно 3–4 мільйони – медикаментозного лікування.

Забезпечення підтримки психічного здоров'я в зонах конфлікту є значним викликом. Воно вимагає не тільки негайної психологічної допомоги, але й довгострокових систем підтримки, які допомагають людям впоратися з пережитим. Медикаментозне лікування часто є вирішальною частиною лікування розладів психічного здоров'я. До найпоширеніших ліків належать антидепресанти, заспокійливі препарати, антипсихотики, стабілізатори настрою та стимулятори.

Важливо зазначити, що ліки не виліковують психічні захворювання повністю. Натомість, вони допомагають впоратися з симптомами і є найбільш ефективними у поєднанні з психотерапією⁵.

Довготривале дослідження проведене у 1993–2004 рр. оцінювало психосоматичні скарги та симптоми депресії серед цивільного населення, біженців та солдатів під час та після війни в Хорватії. Дослідження показало, що тривалі стресові ситуації мають довгострокові наслідки для здоров'я, насамперед психосоматичні симптоми.

Біженці продемонстрували найвищий рівень депресивних симптомів, але рівень психосоматичних і депресивних симптомів змінювався з часом. У дослідженні зроблено висновок, що існують довгострокові наслідки соматизації психічних розладів у людей, які пережили війну.

Дослідження проблем психічного здоров'я новоприбулих сирійських біженців у США підтвердило, що поширеність можливих діагнозів була високою для посттравматичного стресового розладу (32,2%), тривоги (40,3%) і депресії (47,7%). Ймовірна поширеність депресивних і тривожних розладів була вищою серед жінок, але гендерної різниці щодо можливого ПТСР не спостерігалось.

Варто також розглянути мета-аналіз досліджень психічних розладів, пов'язаних з війнами та збройними конфліктами. Було виявлено, що загальна поширеність депресії становить 28,9%, тривоги – 30,7%, а ПТСР – 23,5%. Існує значна різниця в поширеності депресії та тривоги, але не ПТСР, між цивільними особами та військовослужбовцями. Загальна поширеність депресії під час війни становила 38,7%, а після війни – 29,1%. Загальна поширеність тривоги під час війни становила 43,4%, а після війни – 30,3%.

Автори дійшли висновку, що психічне здоров'я під час війни є проблемою громадського здоров'я, яку не можна ігнорувати. Належна допомога, що надається групам ризику, може зменшити поширеність психічних розладів.

Відсутність суттєвих відмінностей між військовими та цивільними групами за ступенем тяжкості ПТСР свідчить про те, що потрібно ретельно продумати лікування, яке надається під час та після військових конфліктів цивільному населенню, з точки зору протидії негативним наслідкам ПТСР та пом'якшення тих, що вже виникли.

Вплив війни на психічне здоров'я слід розглядати не лише як травматичні події (безпосередній вплив травми), але й як повсякденні стресові фактори (низької інтенсивності та потенційно травматичні), щоб подолати розрив між фокусуванням на травмі та порушенням психосоціальних рамок.

Дослідження на тему «Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни» було проведено у межах ініціативи

першої леді України О. Зеленської. Воно включало опитування 2100 осіб віком 18–60 років і показало такі результати:

– Емоційний стан: Понад третина респондентів відчували напругу (42%), надію (41%), втому (41%), страх (26%) та гнів (24%). 71% переживали стрес або сильну нервозність останнім часом.

– Причини стресу: Війна (72%) та фінансові труднощі (44%) були найпоширенішими причинами стресу.

– Вплив війни: Аспекти війни, що викликають стрес, – це небезпека для близьких (63%), втрата доходу і роботи (42%) та ризик втратити майно або загинути в бою (37%).

– Негативні стани: Тривога і напруга (50%), поганий настрій (45%), погіршення сну (41%), роздратування і злість (38%) були найпоширенішими негативними станами, які респонденти переживали останнім часом.

– Психологічна допомога: Дві групи були визначені як такі, що найбільше потребують психологічної допомоги: військовослужбовці, які брали участь у бойових діях (51%), та ті, хто втратив близьких через війну (48%).

В рамках дослідження також було опитано 73 психологів та психотерапевтів, які працюють на території України. Вони вказали, що особи, що зверталися по психологічну допомогу, найчастіше відчували зміни у фізичній та емоційній сферах, включаючи внутрішню тривогу, напругу, погіршення сну, фізичну та емоційну виснаженість.

Експерти вказують, що українцям бракує розвиненої культури піклування про власне психологічне здоров'я, і більшість українців не розрізняють психіатричну та психологічну допомогу. Водночас більшість пацієнтів потребують комплексного персоналізованого підходу, який має охоплювати психоосвіту, психотерапію, психологічну підтримку та посилення психосоціального ресурсу, а також фармакотерапію.

Існує багато факторів, які залежать від виникнення сповільнених реакцій

на стресові, травматичні ситуації. Це фактори, пов'язані з самою ситуацією, а також фактори, пов'язані з індивідуальними психологічними та фізичними особливостями людини, яка її переживає. Відстрочені реакції на інтенсивні стресові ситуації – це комплекс змін у настрої, психічних сферах і змін у поведінці, які відбуваються після травми людини [28, с. 47–49].

Психічна травма є наслідком впливу травматичного стресу, вона передбачає граничний (екстремальний) ступінь дратівливості до факторів, що порушують захисну систему індивіда, що призводить до серйозного порушення (психологічного чи біологічного) практично всієї функціональної системи будь-якої людини.

Травматичний досвід не можна включити в повсякденний алгоритм поведінки людини. Мова йде про ситуацію, коли загрожує життю, безпеці (фізичній, психологічній) людини, порушуються базові інстинкти людини: інстинкт самозбереження, інстинкт захисту родини і т.д. Відстрочена реакція – реакція, яка виникає не при сильному стресі, а коли сама ситуація завершена, але психологічно людина ще її не завершила.

Експерти визначили 2 основні стратегії поведінки для людей, які пережили тривогу [48, с. 154-156]:

– придушення, уникнення спогадів і емоцій, пов'язаних з ними (уникнення може приймати різні форми – наприклад, відмова від нагадувань про події, зловживання наркотиками чи алкоголем і притуплення усвідомлення сильний внутрішній дискомфорт);

– несвідоме бажання знову пережити травматичну подію (компульсивна поведінка), що може спостерігатися при будь-яких видах травми.

Багато людей, особливо діти, які пережили травму, схильні звинувачувати себе в тому, що сталося. У цьому випадку взяття на себе певної відповідальності може компенсувати почуття безпорадності та вразливості.

Стратегії більш конструктивного подолання травми включають:

– намагання позбавити інших від болю;

- пошук захисників (людина – опора, той що допоможе (психолог, соціальний працівник);

- кооперація (фонди, центри підтримки тощо).

Динаміка переживання травматичної ситуації складається з чотирьох етапів [32, с. 211-220]:

- I етап – це стадія заперечення або шоку, на цій стадії, яка настає відразу після впливу травмуючих факторів, людина не може прийняти те, що сталося на емоційному рівні, психологічно захищений від згубного впливу психотравмуючих ситуацій (зазвичай це короткочасно);

- II етап – стадія агресії та почуття провини – поступово починаючи переживати те, що трапилося, людина намагається звинуватити тих, хто був прямо чи опосередковано причетний до події, потім людина звертає агресію на себе і відчуває сильне почуття провини «Якби я поведився інакше, цього б не сталося»;

- III етап – стадія депресії – починається тоді, коли людина розуміє, що оточення сильніше за неї, супроводжується відчуттям безпорадності, покинутості, самотності та власної нікчемності.

- IV етап – стадія зцілення – характеризується повним (свідомим та емоційним) прийняттям свого минулого та набуттям нового сенсу життя: «Те, що сталося, дійсно сталося, і я не можу цього змінити; я можу змінити себе та продовжувати своє життя, незважаючи на травму» (особистість вміє витягувати з подій корисні життєві уроки).

Така послідовність є конструктивним розвитком ситуації. Якщо особистість не пройшла через етапи проживання з травматичною ситуацією, і ці етапи надто затягуються, не досягаючи логічного завершення, розвивається симптомокомплекс, з яким людина не може впоратися самостійно [34, с. 135].

Існує класифікація гострої психологічної реакції людини на стресову подію [9]. Виходячи з тяжкості реакції організму на стресову подію, було визначено прояви тривоги на емоційний стан людини в залежності від ступеню

тяжкості або індивідуальних особливостей (табл. 1.3.):

Таблиця 1.3.

Фактори, що впливають на ступінь впливу
на людину сильною стресовою ситуацією

Фактори, що підсилюють травматичний стрес	Фактори, що ослабляють травматичний стрес
Сприйняття того, що сталося як крайній несправедливості	Сприйняття того, що сталося як «ймовірного»
Нездатність і / або неможливість хоч якось протистояти ситуації	Часткове прийняття відповідальності за ситуацію
Пасивність в поведінці. Наявність незавершених раніше травм	Поведінкова активність. Наявність позитивного досвіду самостійного вирішення складних життєвих ситуацій
Фізична перевага	Сприятливий фізичне самопочуття
Відсутність соціальної підтримки	Психологічна підтримка з боку членів сім'ї, друзів, товаришів по службі

Таким чином, маючи можливість передбачити стрес, людина може крок за кроком «увійти» в екстремальну ситуацію, що дозволяє системі «організм – середовище» адаптуватися до нових режимів функціонування.

У цьому випадку ризик виникнення «бар'єрних синдромів» з психопатологічним змістом низький. Подолання перешкод і адаптація до нових екстремальних умов значно покращуються, якщо людина впевнена в надійності інструментів і систем, які використовує, а також соціальної підтримки.

Наведені дані свідчать про можливість попередження відстроченої реакції, яка при хронічному перебігу супроводжує розвиток інших фізіологічних та психологічних захворювань та може провокувати динамічний розвитку посттравматичного стресового розладу.

1.3 Гендерні відмінності у прояві тривожно-депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів

Для характеристики гендерних відмінностей у прояві тривожно-депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів важливо розкрити зміст самого терміну «гендер». Поняття «гендер» остаточно термінологічно сформувалось як наукова категорія у процесі розвитку теоретичних засад фемінізму.

Сторіччями людство формувало стереотипні уявлення щодо образу чоловіка та жінки, які й дотепер, незалежно від індивідуальних особливостей і віку, розповсюджуються на всіх представників чоловічої або жіночої статі. Вони відносяться і до особистих рис чоловіка й жінки, і до унікальності їхньої поведінки.

На думку соціальних психологів, пояснення багатьох гендерних відмінностей слід шукати в соціальних нормах, що приписують різні типи поведінки, атитюди, потреби й інтереси відповідно до біологічної статі. Комплекси норм, що містять узагальнену інформацію про якості, властиві кожній статі, називаються статевими або гендерними ролями. Певна частина цих соціальних норм упроваджується в свідомість безпосередньо, а частина – опосередковано через засоби комунікації, інформації, соціо-культурні зразки. Таким чином, гендер виступає як процес прийняття ролі, навчання, прийняття поведінкових дій, що притаманні певному гендерному статусу. Також поняття «гендер» інтерпретується як структура й статус, в розумінні завершеного оформленого гендерного статусу індивіда як частини суспільної структури певних відносин між жінками і чоловіками.

Поняття «гендер» розглядається як складний соціокультурний конструкт, що містить у собі розбіжності в поведінці, ролях, емоційних та ментальних характеристиках між жінками та чоловіками, сконструйованими суспільством. Наукові дослідження доводять, що гендер одночасно залежить

від особливостей і характеристик соціального середовища, в якому проходить реалізація гендерних практик, від суспільно-комунікаційних технологій та статі.

Гендерні дослідження широко проводяться в усьому світі, такими вченими як Ф.Л. Джеймс, К. Хорні, Т.С. Баранова, Ю.Є. Альошина. Проблематика гендерних досліджень розкрита в наукових працях соціальних психологів, таких як Ш. Берн, Д. Майерс, І.С. Кон, І.С. Клецина, Т.В. Бендас, О.А. Вороніна, які бачать переоцінку «гендерних» цінностей у сучасному соціальному суспільстві. Т.В. Бендас при вивченні гендерних відмінностей, розглядає такі питання, як природа відмінностей, їх оцінка та динаміка, вплив цих гендерних відмінностей на індивідуальний життєвий шлях чоловіків і жінок, можливості їх самореалізації. При розгляді гендерних характеристик вивчається ідентичність чоловіків і жінок і її складові: уявлення, стереотипи, установки, пов'язані з статевою диференціацією. Фундаментальною підставою гендерної теорії є уявлення про те, що майже всі традиційно вважають «природними» відмінності між статями, які мають під собою не біологічні, а соціальні підстави. У традиційній культурі уявлення про «маскулінність» і «фемінність» різко диференційовані і сконструйовані за принципом бінарної опозиції. Маскулінність і фемінність не тільки диференційовані, але й вибудовані ієрархічно за домінуючої ролі маскулінності. В соціальному середовищі формується певний соціокультурний простір – по суті комунікаційний, у якому людина, отримує можливість перебувати у реальності, що в даний момент є для неї зовнішнім середовищем. Користувач, конструюючи цю реальність, залишає в ній відбиток власної суб'єктності. У сучасному суспільстві відбуваються бурхливі зміни, що мають своїми наслідками, зокрема, перебудову соціальних зв'язків, стирання жорстких меж між традиційними гендерними ролями, руйнування усталених гендерних стереотипів.

Дж. Марсія висунув припущення, що гендерна ідентичність як гіпотетична структура феноменологічно проявляється через спостережувані патерни «вирішення проблем», тобто актуалізується в ситуації соціального вибору. Вирішення кожної, навіть незначної, проблеми вносить певний внесок у досягнення ідентичності.

Науковці доводять, що в сучасному світі великий вплив на гендерні прояви створює інтернет-середовище. Процеси, які відбуваються в інтернет-просторі, мають суттєву «гендерну складову», вплив якої здійснюється за двома напрямками. З одного боку, гендер впливає на соціальні процеси і змінює їх характер, а з іншого – підсилення впливу Інтернету та інформатизації суспільства має відбиття на гендер як на соціальний конструкт, перетворюючи і перенаправляючи певним чином структуру гендерних відносин в Інтернеті у повсякденне життя людей. Сьогодні науковці часто говорять про гендерні особливості протікання соціальних комунікацій в Інтернеті, мотивації аудиторії, сприйняття феномену інтернет-реалій, організацію та наповнення контенту.

Саме сучасний комунікаційний простір завдяки його характеристикам (високому ступеню анонімності й дистантності спілкування, розмаїттю засобів для створення ресурсної бази «конструювання» гендеру в мережі, які можливо використати для створення гендерних репрезентацій, швидкої й простої симуляції різного соціального середовища) створює можливості для розвитку таких гендерних моделей і тактик поведінки, які в реальній комунікації милих років були неможливі.

Актуальний зміст терміну «гендер», який відкриває нову пізнавальну перспективу, формується зокрема й на основі феміністських установок свідомості, які визначаються у наступному: неприйняття існування в сім'ї й суспільстві суворо закріплених чоловічих і жіночих ролей; засудження використання біологічно-статевих відмінностей для запровадження жорсткого підпорядкування жінки в сім'ї й суспільстві; неприйняття розподілення сфер

суспільного життя за статтю; переконання щодо однакових можливостей для самореалізації чоловіка й жінки в суспільних сферах і соціальних практиках; образ жінки як гендерного ідеалу характеризується такими рисами як активність, енергійність, прагнення до свободи й незалежності, впевненість у собі, різноманітна професійна діяльність, можливість кар'єрного зростання і реалізації власних здібностей та можливостей. Маскулінність і фемінність є категоріями, які відтворюють стереотипні уявлення про особистісні характеристики, поведінку, зовнішність і одяг, інтереси та захоплення, професійну активність, освіту, міжособистісні та сексуальні стосунки жінок і чоловіків. Варто зазначити, що частина розвинених суспільств переживає кризу фемінності та маскулінності, оскільки стереотипні уявлення про мужність і жіночність вже не стикуються з викликами сучасності.

Як окрему область гендерного континууму у ряді наукових досліджень розглядають андрогінність: одночасну присутність в однієї людини стереотипних для даного суспільства ознак чоловіка й жінки. Зовнішньо це може поєднувати чоловічі та жіночі ознаки. Андрогінна особистість характеризується тим, що однаково успішно інтегрує в собі традиційні чоловічі та жіночі якості, характерні для її соціокультурного оточення. У психології особистості андрогінія розглядається як особистісна характеристика, яку не пов'язують з порушеннями статевого розвитку чи статево-гендерної ідентичності, статево-рольової орієнтації. Розвинута андрогінна постать, якої би статі вона не була, володіє багатим арсеналом гнучкої гендерно-рольової поведінки, високих соціально-адаптивних здібностей та інших важливих якостей, вона стирає обмеженість жіночих і чоловічих гендерних ролей, знижуючи внутрішні конфлікти, пов'язані з неприйняттям своєї другої сутності. Гендерні проблеми в просторі сучасної комунікацій та інформаційного суспільства, розвиток теорії кіберфемінізму висвітлюють вітчизняні науковці І. Жеребкіна, К. Карпенко, Л. Компанцева, І. Солдатенко, В. Суковата та інші. Заслужують уваги наукові розробки

О.І. Горошко. Основні положення її наукових досліджень сприяють становленню та подальшому розвитку нового наукового напрямку – психології гендеру в комунікації. Це є важливим для розробки та здійснення ефективної соціальної політики в українському соціумі перед викликами інформаційно-комунікаційного суспільства, зокрема з метою зменшення цифрової нерівності, включаючи її гендерний аспект.

Л.В. Штильова визначає гендер як «культурний конструкт, який створюється людьми в суспільстві, нескінченно відтворюється і передається із покоління в покоління як частина культури, змінюється з різних причин, хоча і має деяку консервативність». Л.В. Штильова розглядає гендер як штучне утворення, як частину культури, яка нескінченно передається з покоління в покоління, з можливістю деяких змін. Людина, приходячи в світ, уже стикається з заданістю гендеру ззовні і, будучи частиною суспільства, не може його ігнорувати.

У нашій роботі, говорячи про «гендер» і «гендерну ідентичність», ми спираємося на поняття маскулінності і фемінності, що підкреслюють соціальну і психологічну складові.

В якості основних категорій, що визначають зміст маскулінності і фемінності, розглядаються категорії статусу, ролі та соціальної функції. В основі маскулінності лежать функції керівництва, підтримання дисципліни, «добування», способи подолання з зовнішнім середовищем і виконання діяльності. Фемінність, що базується на емоційній реактивності і турботі про інших, ототожнюється з експресивністю і інтерпретується через орієнтацію на виконання емоційних функцій, спрямованих на підтримку рівноваги в сім'ї та виховання дітей.

Ухвалення і засвоєння статевої ролі (диференціація діяльності, статусів, прав і обов'язків індивідів в залежності від їх статевої приналежності) дає людині статеву ідентичність, з якої в подальшому співвідносяться його самосвідомість і всі властивості його поведінки. Статеві ролі – вид соціальних

ролей, які мають нормативний характер, виражають певні соціальні очікування, проявляються в поведінці. На рівні культури статеві ролі існують в контексті певної системи статевої символіки і стереотипів маскулінності і фемінності.

Знову ми стикаємося з тим, що статеві ролі існують в нерозривному зв'язку з вимогами суспільства до норм поведінки жінок і чоловіків. Статеві ролі завжди пов'язані з певною нормативною системою, яку людина засвоює і відображає у свідомості і поведінці. Їх можна розглядати як зовнішні прояви моделей поведінки і відносин, які дозволяють іншим людям судити про приналежність індивіда до чоловічої або жіночої статі. Статеві ролі відносяться до типу запропонованих ролей: статус майбутнього чоловіка або майбутньої жінки купується дитиною при народженні, а потім в процесі статевої соціалізації дитина навчається виконувати ту чи іншу статеvu роль.

У психологічному словнику статева ідентичність визначається як єдність поведінки й самосвідомості індивіда, які зараховують себе до певної статі і орієнтуються на вимоги відповідної статевої ролі. У цьому визначенні підкреслюється узгодженість свідомості і поведінки людини як представника певної статі, тобто зв'язаність когнітивного і конативного компонентів ідентичності особистості. Орієнтирами для такого узгодження виступають вимоги статевої ролі.

І.С. Клецина пропонує визначати гендерну ідентичність як переживання людиною себе представником певної статі. Це багатофункціональний конструкт, що включає в себе, в тому числі, і психологічні характеристики маскулінності - фемінності, і гендерні уявлення. Гендерна ідентичність – базова структура соціальної ідентичності, що характеризує людину з точки зору її належності до чоловічої або жіночої групи, при цьому найбільш значуще те, як людина визначає себе сама. Багато вчених, зокрема, І.С. Клецина і І.С. Кон говорять про таку характеристику гендерної ідентичності як приналежність до гендерної групи – тобто відповідь на питання

«хто Я?», «З ким Я?». І відповідь: «Я в групі чоловіків» або «Я в групі жінок». Для нас важливо відзначити, що таким чином розкривається функціональне призначення гендерної ідентичності. І.С. Кон також підкреслює самостійність цього вибору. Це узгоджується з уявленнями про «ідентичності» Е. Еріксона і Дж. Міда.

Отже, І.С. Клецина, І.С. Кон підкреслюють наявність системи оцінки себе на відповідність або невідповідність власному образу чоловіка або жінки. Причому маркером відповідності або невідповідності є власні переживання з цього приводу, а також самооцінка.

Розглядаючи поняття ідентичності, ми з'ясували зокрема, що вона буває усвідомлювана та неусвідомлювана. Так само і по відношенню до гендерної ідентичності ми маємо на увазі її наявність в сфері усвідомлення і не усвідомлення. У словниковому визначенні підкреслюється особистий внесок самої людини в становлення гендерної ідентичності – «суб'єктивний досвід психологічної інтерпретації», тобто не сліпе слідування, а інтерпретація з опорою на особистий досвід. І тоді стає зрозуміло, чому саме усвідомлення. Автори визначення, таким чином, в черговий раз підкреслюють наявність особистого вкладу людини в процес становлення гендерної ідентичності. В ідеалі це має бути не сліпе слідування стереотипам, а свідомий вибір.

Гендерна ідентичність має багаторівневу складну структуру, що включає в себе основний (базовий) і периферичні комплекси характеристик. У структурі гендерної ідентичності можна виділити три компоненти:

- Когнітивний (пізнавальний) – усвідомлення приналежності до певної статі і опис себе за допомогою категорій мужності – жіночності. Це «Я-образ» чоловіка або жінки, усвідомлення ступеня типовості – не типовості своїх якостей як представника гендерної групи;
- Афективний (оціночний), що передбачає оцінку рис особистості і особливостей рольової поведінки шляхом співвіднесення їх з еталонними моделями маскулінності – фемінності (поняття «позитивна і негативна

ідентичність» стосуються саме оцінного компонента);

- Конативний (поведінковий), самопрезентація себе як представника гендерної групи, а також дозвіл криз ідентичності шляхом вибору поведінки, відповідно до особистісно значущих цілей і цінностей.

Згідно автору, особистісний смисл, як одиниця особистості, яка відображає всі її (особистості) складові і функції, виступає як механізм конструювання гендерної ідентичності, підлеглий або «пронизаний» потребою особистості в досягненні внутрішньої узгодженості, самоактуалізації і зовнішньому підтвердженні.

Таким чином, деталізуючи поняття гендерної ідентичності, структуруємо його за трьома критеріями: структурному, динамічному і функціональному.

Структурно гендерна ідентичність є:

а) опис типового (нормативного) зовнішнього вигляду, набору соціально запропонованих гендерних якостей;

б) відношення (у вигляді прийняття, згоди, переживання приналежності до гендерної групи);

в) рисунок поведінки – відповідно до соціальних стереотипів і досвіду самопрезентації в різних соціальних ситуаціях.

Динамічно гендерна ідентичність є:

а) перевірка відповідності з категорією, збір зворотного зв'язку, чи так мене бачать;

б) перевірка своєї поведінки, зовнішнього вигляду на відповідність до своїх потреб;

в) підпорядкування своєї поведінки під свої уявлення про те, як слід поводитися в гендерній (статевій) соціальній ролі, в даній ситуації, з даними людьми.

Функціонально гендерна ідентичність є:

а) призначення точки в просторі соціальних відносин, яка визначається

як Я (соціальне);

б) розташування себе в системі соціальних зв'язків;

в) вибір індивідуального специфічного образу своєї презентації в співтоваристві.

Як підсумок з вище наведеного, ми можемо дати робоче визначення, яким станемо користуватися в своїй роботі. Під гендерною ідентичністю будемо мати на увазі усвідомлені і неусвідомлені уявлення людини про себе як представника певної статі з точки зору стереотипів маскулінності і фемінності, прийнятих в даній культурі з урахуванням суб'єктивного досвіду переживань себе в якості представника заданої статі.

Під ідентифікацією відповідно розуміємо процес становлення свідомих і несвідомих уявлень людини про себе як представника певної статі з точки зору стереотипів маскулінності і фемінності, прийнятих в даній культурі з урахуванням суб'єктивного досвіду переживань себе в якості представника заданої статі.

R.S. Vealey стверджує, що гендерна ідентичність може вплинути на самооцінку, самосвідомість і самосприйняття. Вона стверджує, що почуття власної гідності, самоусвідомленості, і самосприйняття є критичними попередниками спортивних результатів.

Гендерна ідентичність є одним з центральних компонентів нашої особистості і соціальної ідентичності. Вона становить основу самооцінки, самоповаги і самосприйняття і впливає на думки, почуття і поведінку. Багато досліджень виявили гендерні відмінності в аспекті самооцінки.

У деяких дослідженнях виявлено, що немає значних відмінностей між дівчатками і хлопчиками в здатності до адекватної самооцінки.

Однак здатність адекватного оцінювання інших у дівчат вище, що пояснюється їх великим інтересом до інших людей. Але слід зауважити, що перенесення знань про оточуючих на своє Я у дівчат не перевищує, а може бути, дещо відстає від аналогічної здатності у підлітків-юнаків.

Зміст самооцінок дівчат стосується більшою мірою усвідомлення і оцінки їх взаємовідносин з іншими людьми. Динаміка оціночних суджень від підліткового віку до юнацького полягає в тому, що оціночні судження підлітків, які визначаються очікуваної оцінкою з боку однолітків, спрямовані в першу чергу на знаходження відповіді на питання, який він серед інших, наскільки він схожий на них.

У юнаків оціночні судження, які визначаються власним ідеалом, спрямовані на знаходження відповіді на питання, який він в очах оточуючих, наскільки він відрізняється від них і наскільки він близький до свого ідеалу. Пізніше самооціночні судження молодих людей визначаються вже синтезом різних видів оцінок оточуючих, результатами діяльності та спрямовані на пошук своєї значущості для інших і для самого себе.

Усвідомлення особливостей своєї зовнішності також впливає на формування у підлітка багатьох важливих якостей особистості (наприклад, впевненості в собі, життєрадісності, замкнутості, індивідуалізму). Починаючи з підліткового віку загальна самооцінка у дівчат істотно нижче, ніж у хлопчиків, і ця тенденція безпосередньо пов'язана з самооцінкою зовнішності.

У ряді досліджень було виявлено, що Я-концепція дівчат сильніше корелює з оцінкою привабливості свого тіла, ніж з оцінкою його ефективності. У юнаків, навпаки, провідним критерієм самооцінки є ефективність тіла. Ця залежність багато в чому пояснюється соціально-рольовими функціями чоловіків і жінок. Але разом з тим необхідно враховувати і механізми соціального підкріплення, похідні від існуючих стереотипів, які підтримуються і засобами масової інформації.

Основна частина досліджень статевих особливостей самооцінки, представлених у вітчизняній психологічній літературі (Мухіна В.С., Кон І.С., Кригіна М.М. та ін.) присвячена проблемі обумовленості статевих особливостей розвитку самооцінки культурним і соціальним контекстом.

Однак, незважаючи на наявність великого інтересу до цього питання, одностайного відповіді на нього немає. Дослідження ряду вчених (Е. Массобу, С. Ячлін, 1974, Р. Вylie, 1979, Chapman, Boersma, 1983, Ezeilo, 1983, March, 1985, Millis, 1992) не виявлено значущих статевих відмінностей в загальній самооцінці. В інших дослідженнях вказується на істотні статеві відмінності, як в загальних, так і в приватних самооцінці. Причому, в частині цих досліджень експериментально підтверджено наявність вищої загальної самооцінки у хлопчиків і юнаків в порівнянні з дівчатками і дівчатами (Р. Бернс, 1986, G. Gurin, J. Veroff, S. Feld, 1960; Smith, 1978; M. Elrod, S. Crase, 1980; Omizo, 1981; L. Francis, D. James, M. Jones, 1988, M. Mboya, 1998). А в дослідженнях G. Jaquish, R. Ripple (1980), Francis, Carter, Jones (1995) і L. Fransis (1996) було констатовано більш високі загальні самооцінки у дівчат в порівнянні з юнаками. Незначно вищі самооцінки дівчат-підлітків у порівнянні з хлопчиками-підлітками були відзначені в дослідженні S. Pulos (1999). Така різноманітність результатів може порозумітися рядом причин, серед яких: відмінність концепцій, методології та інструментарію, а також відмінність вибірок за етнічною і соціо-економічною ознакою.

Багато вчених відзначають наявність гендерних відмінностей в особистісній самооцінці осіб молодого віку (Н. Marsh, J. Harker, J. Barnes, 1985, Block, W. Robins, 1993, L. Leslie, 1998, J.). Так, наприклад, Н. Marsch, J. Harker, J. Barnes, вивчаючи самооцінку підлітків, виявили більш високі самооцінки у юнаків, ніж у дівчат, за наступними двома шкалами: математичні здібності, фізичні можливості, зовнішність і емоційна стабільність. А дівчатка проявили більш високі самооцінки в порівнянні з хлопчиками за шкалами: вербальні здібності, соціальні відносини зі своєю статтю, чесність. Більш позитивне ставлення до власної зовнішності у юнаків у порівнянні з дівчатами також було відзначено рядом дослідників (І. С. Кон, 1984, Р. Бернс, 1986, М. Rosenberg, 1984). Більш висока оцінка дівчатками своїх соціальних здібностей і моральних якостей в порівнянні з хлопчиками була відзначена в

дослідженнях L. Osborne, H. LeGette (1982) і в дослідженнях Pulos (1999). Ряд вчених вказує також на наявність статевих особливостей взаємозв'язку компонентів самооцінки: Я-реальне і Я-ідеальне (E. Skaalvikk, 1986). Вчені відзначають, що до 6-9 років у дитини складається більш-менш визначений ідеал Я. Диференціація реального і ідеального Я зростає в молодшому шкільному віці за рахунок зниження рівня самооцінки, зростання її реалістичності і підвищення рівня домагань особистості дитини і ідеальних уявлень про себе. Було виділено, що найбільш яскраво цей процес диференціації відбувається у хлопчиків.

Дослідження осіб молодого віку показало, що на самооцінку дівчат впливали чотири проблеми: здоров'я, фізичний розвиток, і сім'я. Вивчення молодих людей виявило, що у хлопчиків взаємозалежність між досягненнями і образом «Я» більш виражена в порівнянні з дівчатами, і з віком ця кореляція у юнаків посилюється, а у дівчат слабшає. Це відкриття узгоджується з гіпотезою про те, що на юнаків, у міру їх дорослішання, посилюється громадський тиск, пов'язаний з досягненнями. У той же самий час зростає тиск однолітків на дівчат, які повинні встановити соціальні зв'язки; тому вони зосереджуються радше на встановленні відносин в суспільстві, а не на досягненні успіхів у навчанні. Дівчата об'єктивніше оцінюють свій рейтинг серед однолітків, переоцінюючи при цьому свої розумові здібності; більш схильні до комплексів зовнішності і відчувають себе менш впевнено. Здатність адекватного оцінювання у юнаків вище, що, можливо, пов'язано з сильною орієнтацією на майбутню професію і досягнення в соціумі. Є певні дослідження студентів, метою яких був аналіз відмінностей за структурою і загальною напруженістю емоційних схем у залежності від гендеру. Було виявлено, що для дівчат характерна вираженість схеми «Недостатня усвідомленість емоцій», тоді як для юнаків – «Очікувана тривалість емоцій». Іншими словами дівчата менше схильні до аналізу, усвідомленню власних переживань, натомість хлопці схильні до їх пригнічування або уникання.

У залежності від інтенсивності і частоти використання стратегії регуляції емоції можуть мати як адаптивний, так і дезадаптивний характер. Н. Гранефські разом з колегами розробив модель когнітивної стратегії регуляції емоцій. Когнітивні стратегії – це сукупність когніцій (уявлень і мисленнєвих зусиль), спрямованих на управління і стримування своїх емоцій. Взагалі когнітивно-емоційна регуляція є важливим аспектом процесу емоційної регуляції в цілому і має на меті когнітивне управління емоційно-значимою інформації. Дослідниками було виділено дев'ять стратегій, які утворюють дві різні категорії, а саме: ефективні та деструктивні стратегії. Ефективні стратегії сприяють успішній адаптації: прийняття того, що трапилося; позитивне перефокусування; фокусування на плануванні; позитивна переоцінка; розгляд в перспективі. Натомість деструктивні стратегії навпаки перешкоджають адаптації та посилюють дезадаптаційні ефекти: самозвинувачення; румінація/нав'язливі думки про події; катастрофікація; звинувачення інших.

Тривога та депресія є найпоширенішими психопатологіями в суспільстві та дуже супутніми захворюваннями. Дійсно, глобальне дослідження, проведене у 2015 р. показало, що 45,7% людей, які протягом життя страждали від депресивного розладу, також страждали від одного чи кількох тривожних розладів [59]. Статеві відмінності щодо тривоги та депресії також спостерігаються, починаючи з періоду статевого дозрівання, з більшою вразливістю серед жінок, ніж чоловіків [33].

Сучасні підходи до діагностики та корекції тривожних і депресивних розладів акцентують увагу на важливості диференційної діагностики та належного терапевтичного супроводу тривоги й депресії. Вони включають в себе розгляд симптомів, таких як депресивний настрій, зниження зацікавленості, посилення/послаблення апетиту, безсоння/надмірна сонливість, психомоторне збудження/загальмованість тощо.

Змішаний тривожний та депресивний розлад характеризується поєднанням симптомів як тривоги, так і депресії, при цьому жоден із цих

симптомів не є достатньо вираженим для встановлення самостійного діагнозу тривожного розладу або депресії.

Основні теоретичні концепції тривожності та депресії включають психосоціальні та біологічні підходи. Психосоціальні підходи:

1. Когнітивно–поведінкова терапія (КПТ). Основний принцип КПТ – виявляє негативні стереотипи мислення та поведінки, які сприяють виникненню тривоги та депресії, і замінює їх на більш здорові. Доведена ефективність у лікуванні широкого спектру психічних розладів, зокрема тривоги та депресії. Механізми дії:

- Когнітивна реструктуризація – виявлення та подолання викривлених моделей мислення, таких як катастрофізація або негативне самонавіювання.
- Поведінкова активація – залучення до приємних видів діяльності та поступовий перехід до ситуацій, які викликають страх.
- Методи релаксації – управління фізичними та психічними реакціями на стрес.

2. Психологічний контекст тривожності. Цей підхід визнає, що тривога проявляється по-різному у різних людей через унікальні особистісні риси, минулий досвід та механізми подолання.

Фактори, що впливають на тривожність:

- Стресові життєві події: травма, втрата або хронічний стрес можуть спровокувати тривогу.
- Генетика і темперамент: деякі люди від природи більш схильні до відчуття тривоги через успадковані риси.
- Когнітивні фактори: негативні стереотипи мислення та неправильна інтерпретація ситуацій можуть сприяти виникненню тривоги.

Біологічні підходи включають нейробіологічні основи:

1. Задіяні структури мозку. Певні ділянки лімбічної системи, що відповідають за регуляцію емоцій та спогадів, відіграють певну роль у виникненні як тривоги, так і депресії. Розуміння участі мозку допомагає

розробити цілеспрямовані стратегії лікування, такі як глибока стимуляція мозку. Серед основних структур виділяють:

– Гіпокамп – задіяний у регуляції пам'яті та настрою, його порушення пов'язане з депресією.

– Мигдалеподібне тіло – обробляє такі емоції, як страх і загроза, його гіперактивність пов'язана з тривожними розладами.

2. Вплив хімічних змін у мозку. Ліки, що впливають на рівень нейромедіаторів, часто застосовують для лікування тривоги та депресії.

Приклади нейромедіаторів та їхня роль:

– Серотонін – низький рівень пов'язаний з депресією та тривогою.

– Гамма-аміномасляна кислота (ГАМК) – відіграє заспокійливу роль, дефіцит ГАМК пов'язаний з тривожними розладами.

– Дофамін – відповідає за винагороду та мотивацію, його дисрегуляція може сприяти розвитку обох станів.

Люди часто відчують симптоми як тривоги, так і депресії, тому розрізнити їх іноді буває складно. Ефективне лікування часто поєднує в собі як психосоціальні, так і біологічні втручання, адаптовані до потреб людини. Поточні дослідження продовжують проливати світло на складну взаємодію між психологічними та біологічними факторами тривоги та депресії, що призводить до вдосконалення методів лікування.

Тривожно-депресивні розлади можуть виникати з різних причин, таких як генетична схильність, дитячі психотравми, негативне мислення та оцінне сприйняття, високу емоційність та нестабільність психіки, наявність стресових ситуацій в повсякденному житті, розвинення патологій, що призводять до нервових розладів. Щодо впливу гендерних ролей на розвиток тривожно-депресивних станів, дослідження показують, що дівчата більш емоційні та схильні до переживання підвищеної тривожності. Крім того, дівчата частіше стикаються зі стресовими ситуаціями, такими як насильство, зневага, дискримінація, що може призводити до розвитку тривожно-

депресивних розладів. Чоловіки ж, зазвичай, виявляють меншу схильність до проявів тривоги та депресії, але, якщо вони стикаються зі стресовими ситуаціями, то можуть реагувати на них більш насильницьким шляхом.

Згідно з дослідженням, опублікованим у Британському журналі психіатрії, поширеність, захворюваність і ризик депресивних розладів загалом вищі у жінок, ніж у чоловіків, починаючи з середини пубертатного періоду і зберігаючись протягом усього дорослого життя.

Це може бути пов'язано з поєднанням таких факторів, як несприятливий досвід у дитинстві, депресивні та тривожні розлади в дитинстві та підлітковому віці, соціокультурні ролі з відповідним несприятливим досвідом, а також психологічні особливості, пов'язані з вразливістю до життєвих подій та навичками подолання.

Інше дослідження показало, що під час пандемії COVID-19 жінки демонстрували вищий рівень стресу та тривожних симптомів порівняно з чоловіками. Однак рівень депресивних симптомів був однаковим серед чоловіків і жінок.

Дослідження також виявило, що психологічні гендерні ролі сприяють гетерогенній структурі симптомів стресу та тривоги у відповідь на пандемію з плином часу.

Комплексний огляд літератури за 2001-2012 роки вивчав, чи були жінки-військовослужбовці США більш схильні до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) після повернення після участі в конфліктах в Іраку та Афганістані, ніж чоловіки. Авторами було проаналізовано 18 досліджень з 8 унікальних вибірок, які використовували різні інструменти, критерії та змінні для оцінки ПТСР за гендером. Стаття зазначає, що найбільш ретельні дослідження свідчать про вищий ризик ПТСР серед жінок, але висновки не є однозначними.

Автори розглядали декілька гіпотез про те, чому жінки можуть бути більш вразливими до травматичного досвіду. Виділяють такі фактори: різний

тип і тяжкість травматичних подій, попередня історія травми, сексуальне насильство, соціальна підтримка тощо [24].

В іншому дослідженні обговорюються гендерні відмінності посттравматичного стресового розладу, вказуючи на те, що навіть при найбільшій поширеності травми серед чоловіків, жінки більш схильні до розвитку цього стану [67].

Масштабне дослідження 2017 року показало, що дівчата та жінки вдвічі частіше, ніж чоловіки, стикаються з депресією, і ці гендерні відмінності проявляються, починаючи з 12-річного віку [53].

Гормональні фактори ризику також можуть відігравати певну роль у гендерних відмінностях у захворюваності на депресію, оскільки доведено, що естроген і прогестерон впливають на нейромедіаторну, нейроендокринну та циркадну системи, які причетні до розладів настрою. Жінки також можуть відчувати розлади настрою, пов'язані з менструальним циклом, наприклад, передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР) – розлад настрою, що характеризується депресивними симптомами, які виникають перед початком менструального циклу. Менопауза – це час, коли ризик виникнення депресії у жінки знижується, але перименопаузальний період – це час підвищеного ризику для тих, хто вже має в анамнезі депресію.

Крім цих статевих відмінностей, дослідження показали, що включення в дослідження психосоціальних змінних (наприклад, психологічних гендерних ролей) дозволяє глибше зрозуміти ці симптоми в окремих людей [60]. Дівчат, як правило, виховують більш турботливими та чутливими до думки інших, тоді як хлопчиків часто заохочують розвивати в собі більше незалежності у житті [2].

Тому, чоловіки, як правило, відчувають такі симптоми, як гнів, дратівливість, порушення сну та вживання психоактивних речовин, коли вони перебувають у депресії [3].

Вони також більш схильні описувати депресивні симптоми як «стрес», а не як почуття смутку [4].

Як концепція, відмінна від статі, визначеної народженням, психологічні гендерні ролі визначаються прихильністю чоловіків і жінок до соціально переданих стереотипних характеристик, пов'язаних із жіночністю та маскулінністю. Дійсно, люди соціалізуються, щоб включати риси особистості, ролі, характеристики та ставлення, які відповідають статі, визначеній при народженні. Деякі стверджують, що психічне здоров'я сильно модулюється психологічними гендерними ролями, оскільки дослідження продемонстрували вплив цих ролей на самооцінку, емоційну регуляцію, психологічну адаптацію та стратегії подолання [38].

Жінки можуть переживати більше стресових життєвих подій і мають більшу чутливість до них, ніж чоловіки. Жінки частіше, ніж чоловіки, впадають у депресію у відповідь на стресову життєву подію, а також переживають стресову подію, що передувала великому депресивному епізоду. Дівчата-підлітки, як правило, повідомляють про більше негативних життєвих подій, ніж хлопці, зазвичай пов'язаних з їхніми стосунками з батьками та однолітками, і відчують вищий рівень дистресу, пов'язаний з ними [5].

Також поширеним фактором впливу є гендерно зумовлене насильство, від якого частіше страждають саме жінки. В Україні випадки гендерно зумовленого насильства (ГЗН), насильства з боку інтимного партнера (НІП), домашнього (ДН) і сексуального насильства (СН) є доволі поширеними. Військовий конфлікт лише загострив проблеми з ГЗН, збільшивши кількість випадків жорстокого насильства [Аналітична довідка].

Показники поширеності депресії мають тенденцію бути досить стабільними в усьому світі, що може свідчити про те, що біологічні фактори відіграють найбільшу роль, а такі фактори, як соціально-економічний статус, освіта, раса, дієта і культура є вторинними або ускладнюючими впливами. Згідно з дослідженням, опублікованим в JAMA Psychiatry, коли депресію

вимірювали за допомогою так званих «чоловічих симптомів», чоловіки насправді мали дещо вищі показники депресії (26,3% для чоловіків і 21,9% для жінок) [6].

Садова М.А., доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри Одеського інституту міжрегіональної Академії управління персоналом, розкриває у своїй статті сутність гендерних та вікових відмінностей у депресії за допомогою різних психодіагностичних методик. Вона використовувала шкалу реактивної і особистісної тривожності Спілбергера, шкалу депресії Бека, методику диференційної діагностики депресивних станів Зунге, та шкалу оцінки депресії Монтгомері-Асберга. За результатами дослідження виявлено певні гендерні відмінності у депресії, такі як більша вираженість зовнішніх проявів смутку, порушення апетиту, песимістичних думок, утомленості у жінок, та більша вираженість внутрішньої напруги, суїцидальних думок, нездатності переживати почуття у чоловіків. Також виявлено вікові відмінності у депресії, такі як більша схильність до реактивної тривоги, суїцидальних думок, візуального смутку у молодшій віковій категорії (20–30 років), та більша схильність до особистісної тривоги, погіршення сну, порушення апетиту, песимістичних думок, труднощів концентрації, утомленості, нездатності переживати почуття у старшій віковій категорії (31–50 років) [20].

Висновки до першого розділу

Аналіз наукової літератури встановив, що тривожні та депресивні розлади є психічними станами, в яких людина перебуває в депресії через тривалу тривогу. Є два види цих розладів: змішаний тривожно–депресивний розлад та тривожно-депресивний розлад. Сучасні дослідження виникнення тривоги та депресії мають багато невирішених питань.

Тривога є станом індивіда, а тривожність – рисою особистості. Депресія

часто описується тимчасовим станом, але також є справжнім психічним розладом. Є різні підходи до поняття тривоги, такі як «тривога» і «занепокоєння». Тактики подолання і уникнення використовуються для зменшення тривоги, а в разі їх невдачі активуються механізми психологічного захисту для зниження тривожності. Тривога виникає під впливом різних стресових факторів, які людина сприймає як загрозу. Співвідношення понять «тривога» і «занепокоєння» має різні точки зору.

Тривогу можна охарактеризувати як суб'єктивний стимулюючий вплив на когнітивні та соматичні компоненти, а також як почуття безпредметності чи невизначеної загрози. Основною функцією тривоги є сигнально-стимулююча, тобто завдяки тривозі людина зосереджується на можливих труднощах, що в свою чергу сприяє зміні поведінки або стимулює включення механізмів психологічної адаптації. Крім того, під час реалізації стимулюючої функції тривога починає відігравати спонукальну роль, підвищуючи поведінкову активність, що дає змогу мобілізувати всі сили для досягнення найкращого ефекту.

Психологічні особливості прояву тривожно-депресивних станів у людей постраждалих під час війни включають реакцію організму на стресову подію, що викликана хвилюванням та страхом. При цьому страх та тривога включають роботу організму на таких рівнях: когнітивному, фізіологічному, емоційному та поведінковому. Страх та тривога є адекватною реакцією на небезпеку, але у випадку страху небезпека є очевидною та об'єктивною, тоді як у випадку тривоги небезпека прихована та суб'єктивна, а інтенсивність тривоги прямопропорційна тому, що дана ситуація означає для конкретної людини.

Психічна травма є наслідком впливу травматичного стресу, вона передбачає граничний (екстремальний) ступінь дратівливості до факторів, що порушують захисну систему індивіда, що може призвести до відстроченої реакції, яка виникає не при сильному стресі, а коли сама ситуація завершена,

але психологічно людина ще її не завершила. Динаміка переживання травматичної ситуації складається з чотирьох етапів: стадія заперечення або шоку, стадія агресії та почуття провини, стадія депресії та стадія зцілення.

Таким чином, гендерні особливості тривожно-депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів, є важливим фактором, який слід враховувати при розробці програм допомоги постраждалим. Для ефективного надання допомоги необхідно враховувати особливості прояву тривожно-депресивних станів у жінок та чоловіків.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ В ПЕРІОД ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ

2.1 Опис проведення експериментального дослідження

Дослідницько–експериментальна робота виконувалась на базі Миколаївської обласної організації Товариства Червоного Хреста України. У експерименті взяли участь 60 респондентів, віком від 25 до 45 років (ВПО та особи, що постраждали під час війни). Серед них 30 жінок та 30 чоловіків.

Діагностичний інструментарій дослідження склали:

- методика «Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності» (Ч.Д. Спілберг, Ю.Л. Ханін);
- методика «Визначення нервово–психічної напруги» (Т.А. Немчин);
- методика «Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності» (В.В. Бойко);
- методика «Шкала депресії» (П.М. Балашова).

У ході теоретичного аналізу феномену тривоги постраждалих осіб від наслідків воєнних дій на території України було встановлено, що за симптоматику проявів тривоги відповідає саме ситуативна тривожність, адже це вичерпна реакція у моменті «тут і зараз» у відповідь на стресор, саме тому було обрано методику «Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) тривожності» (Ч.Д. Спілберг, Ю.Л. Ханін), яка дозволяє виявити ознаки та схильності до особистісної тривожності особистості, що характеризує особливості реагування особистості на зовнішні подразники завжди і

довоєнний час і зараз в умовах постійного стресу та напруги. Ситуативна (реактивна) тривожність дозволяє перевірити на скільки стресостійко поводить себе особистість у даний момент часу, відчуває або не відчуває загрозу з минулого досвіду.

Методика «Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) тривожності» (Ч.Д. Спілберг, Ю.Л. Ханін) (Додаток А) включає дослідження двох основних типів тривоги, ситуативної та особистісної тривоги, де наявність одного не виключає наявності іншого. Під особистісною тривожністю розуміється стійка індивідуальна характеристика, що відображає тривожні тенденції суб'єкта і передбачає схильність сприймати досить широкий спектр ситуацій як загрозу і реагувати на кожну ситуацію конкретною відповіддю. Як тенденція, особистісна тривожність активізується, коли людина сприймає певні стимули як небезпечні для самооцінки та самоцінки. Ситуативна або реактивна тривога як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, тривогою, стурбованістю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може змінюватися за інтенсивністю та динамікою з часом [20].

Анкета містить 20 тверджень, що стосуються тривожних станів (тривожний стан, реактивна тривожність або ситуативна тривожність) і 20 тверджень, що визначають тривожність як схильність, особистісну характеристику (тривожність рис). За результатами цієї методики можна отримати низькі, середні та високі показники за шкалами тривоги. Низька тривожність свідчить про те, що суб'єкту необхідно розвивати почуття відповідальності та усвідомлення своєї реальної мотивації діяльності. Але іноді дуже низька тривожність свідчить про те, що людина активно пригнічує високу тривожність, щоб показати себе «з кращої сторони».

Наступна методика «Визначення нервово–психічної напруги» (Т.А. Немчин) було обрано аби перевірити стан респондентів після пережитих стресових подій та проаналізувати наскільки травматичним є пережитий

досвід. Даний метод дозволяє вимірювати тяжкість нервово–психічного стресу (НПС). Анкета являє собою складений за клінічними спостереженнями перелік симптомів нервово–психічного стресу, що містить 30 основних ознак стану, розділених на три рівні стресу. За змістом усі знаки також поділяються на три групи (Додато Б). Перша група (А) відображає наявність фізичного дискомфорту і неприємних відчуттів з боку систем організму. Другий набір (Б) ознак відображає наявність або відсутність психічного дискомфорту і скарг з боку нервово-психічної сфери. Третя група (В) описує загальні характеристики нервово-психічного стресу: частоту, тривалість, поширеність і тяжкість стану. Негативне емоційне збудження поширюється з глибин мозку на весь організм, дестабілізуючи роботу серця, судин, печінки, кишечника та інших життєво важливих органів. Емоційне збудження впливає на внутрішні органи незалежно від волі та бажання, хоча не завжди можна бути впевнені в тому, які зміни відбуваються в ньому в цей момент [16].

Методика «Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності» (В.В. Бойко) спрямована на діагностику рівня немотивованої тривоги, яка характеризується ірраціональним очікуванням неприємностей і можливих втрат (Додаток В). Високий показник а цією методикою свідчить про стан психологічної напруги у якому особистість перебуває під час стресових подій, їхня поведінка важко контролюється свідомістю, вони зазвичай відчувають тривогу та емоційні стани [5].

Психологічні чинники тривоги можуть бути викликані внутрішнім конфліктом, недостатнім рівнем домагань, недостатнім обґрунтуванням цілей, передбаченням об'єктивних труднощів, суперечливістю мотивації приписування, що вимагає вибору між різними формами дій від людей під час кризових ситуацій.

Анкета методики складається з 11 основних тверджень, яким відповідають три рівня сформованості немотивованої тривожності: низький, середній та високий [18].

У контексті дослідження показник невмотивованої тривожності, свідчить про рівень сформованості потенційного емоційного стану та сформованої моделі поведінки під впливом воєнних дій на території країни.

Депресія – після психологічного шоку від першої події, ейфорії та піднесення від першої перемоги неминуче оплакувати втрату, вона є неминучою стадією горя. Горе саме по собі є емоційним станом переживання втрати. Для деяких втрати під час війни складні: близькі люди, тварини, квартири, бізнес. Але втрата сенсу, ясності майбутнього, часу, перспективи, і врешті-решт з часом можуть призвести до неминучих наслідків у психічному стані людини, тому ще одним критерієм дослідження було виокремлено «депресію» за допомогою методики «Шкала депресії» (П.М. Балашова).

Дана методика (Додаток Ж) дозволяє перевірити наявність або відсутність ознак депресивного стану респондентів, від чого й залежатиме подальше дослідження й побудова корекційної роботи.

При цьому тривога може проявлятися на фізичному та психічному рівнях і призводити до змін у поведінці. Фізичні симптоми тривоги включають часті головні болі, коротке або нерегулярне дихання, втрату апетиту, біль і тиск у грудях, припливи тощо. Психічно занепокоєння проявляється дратівливістю та нервозністю, страхом гіршого, проблемами зі сном і концентрацією [19].

Відповідно, діагностичний інструментарій підібрано з урахуванням тематики дослідження та особливостей психічного та морального стану респондентів, аби перевірити та проаналізувати їх рівень тривоги та емоційного стану в цілому.

2.2 Аналіз результатів констатувального експерименту

Вибірку дослідження склали 60 респондентів, віком від 25 до 45 років (ВПО та особи, що постраждали під час війни), з них 30 чоловіків та 30 жінок.

За результатами методики «Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності» (Ч.Д. Спілберг, Ю.Л. Ханін) отримали наступні результати (рис. 2.1.):

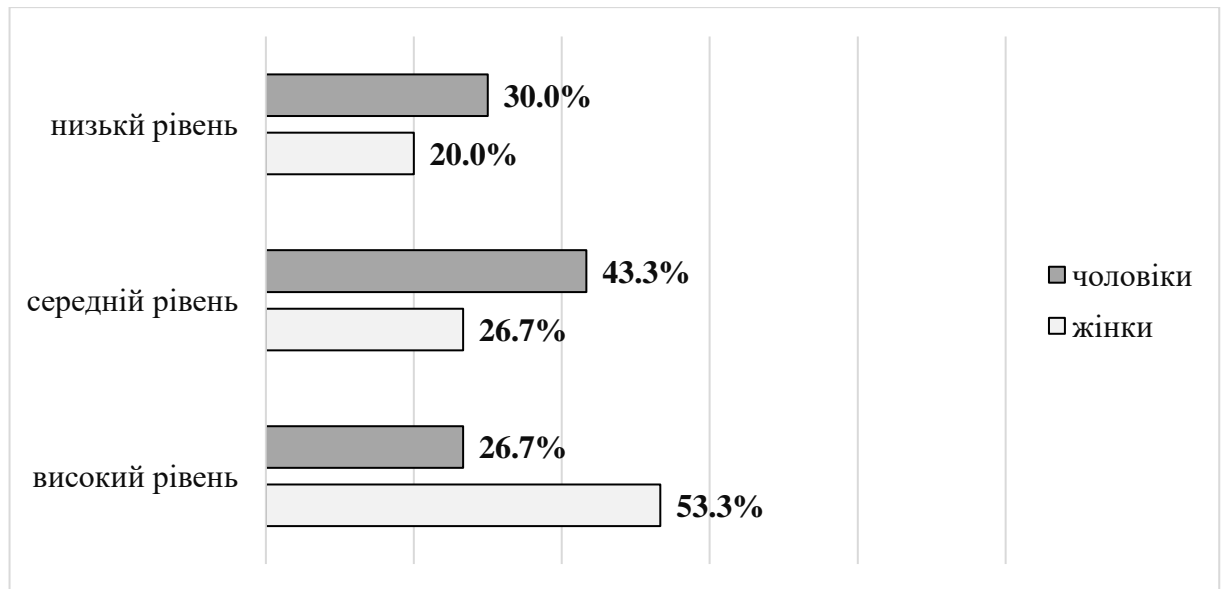


Рис. 2.1. Результати ситуативної тривожності.

За результатами дослідження, проведеного за методикою «Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності» Ч.Д. Спілберга та Ю.Л. Ханіна, серед жінок спостерігається тенденція до більш високого рівня тривожності, ніж серед чоловіків. Так, у жінок високий рівень тривожності виявлено у 53,3% випадків, у чоловіків – лише у 26,7%.

Середній рівень тривожності у жінок становить 26,7%, у чоловіків – 43,3%.

Низький рівень тривожності у жінок виявлено у 20,0% випадків, у чоловіків – 30,0%.

Ці результати свідчать про те, що у жінок більш виражена схильність до тривожних станів у відповідь на стресові ситуації.

Результати дослідження особистісної тривожності представлено на рис. 2.2.

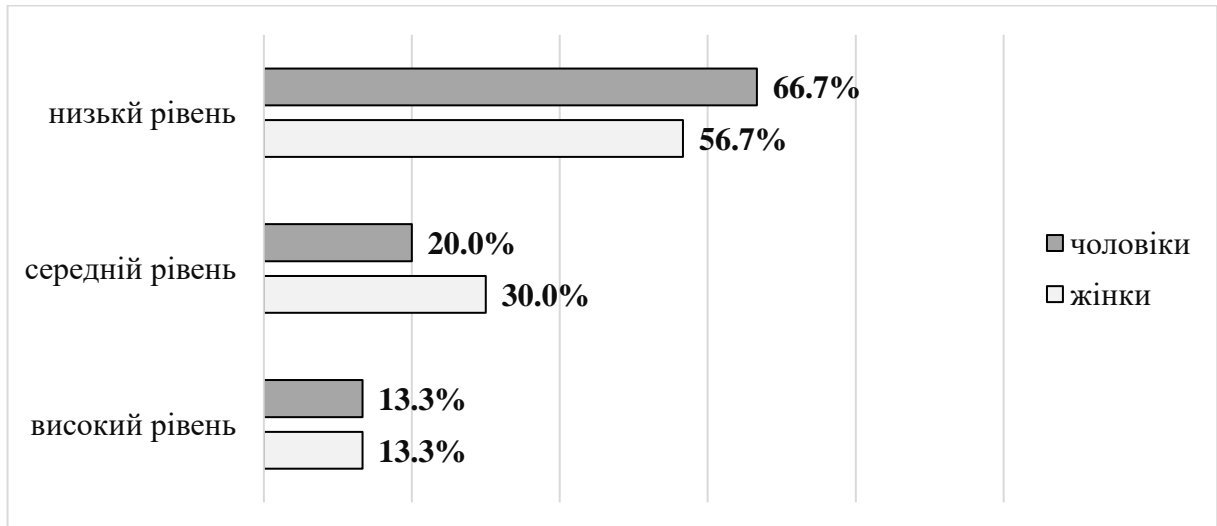


Рис. 2.2. Результати особистісної тривожності

Загалом, результати дослідження показали, що у жінок і чоловіків спостерігається приблизно однаковий розподіл рівнів ситуативної тривожності. У кожній групі близько 13% респондентів мали високий рівень тривожності, близько 30% мали середній рівень тривожності, а близько 56% мали низький рівень тривожності.

Однак, якщо розглянути результати дослідження більш детально, можна виявити деякі відмінності між жінками та чоловіками. Наприклад, у жінок трохи більше респондентів мали високий рівень тривожності, ніж у чоловіків (4% проти 3%). Крім того, у жінок трохи менше респондентів мали низький рівень тривожності, ніж у чоловіків (56,7% проти 66,7%). Ці відмінності можуть бути пов'язані з різними факторами, такими як гендерні ролі, соціальні норми та очікування.

Відповідно теоретичного аналізу було встановлено, що саме показник ситуативної тривожності визначає рівень тривоги серед респондентів, тому слід вказати, що високі показники у 46,7 % жінок та у 26,7% чоловіків. Результати свідчать про емоційну нестійкість та почуття неспокою та занепокоєння, заклопотаність, нервозність у цій конкретній ситуації, тому стан тривоги може виникати як емоційна реакція на екстремальну або стресову

ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі після пережитого стресового досвіду.

За результатними (Додаток 3) методики «Визначення нервово–психічної напруги» (Т.А. Немчин) було виявлено, що у групі жінок 50% респондентів мали надмірну нервово–психічну напругу, що значно більше, ніж у чоловіків (20%). Отриманий результат означає, що майже половина жінок у цьому дослідженні відчувають значний рівень стресу, що свідчить про складність контролю власних емоційних реакцій, такі респонденти швидко включаються у групові процеси при цьому переживають різний спектр емоцій з іншими людьми, від сміху до плачу. При надмірній нарузі важко концентруватись на одній задачі, такі респонденти виглядали розгубленими і задавали багато уточнюючих питань аби вірно зрозуміти проходження діагностики (Рис. 2.3).

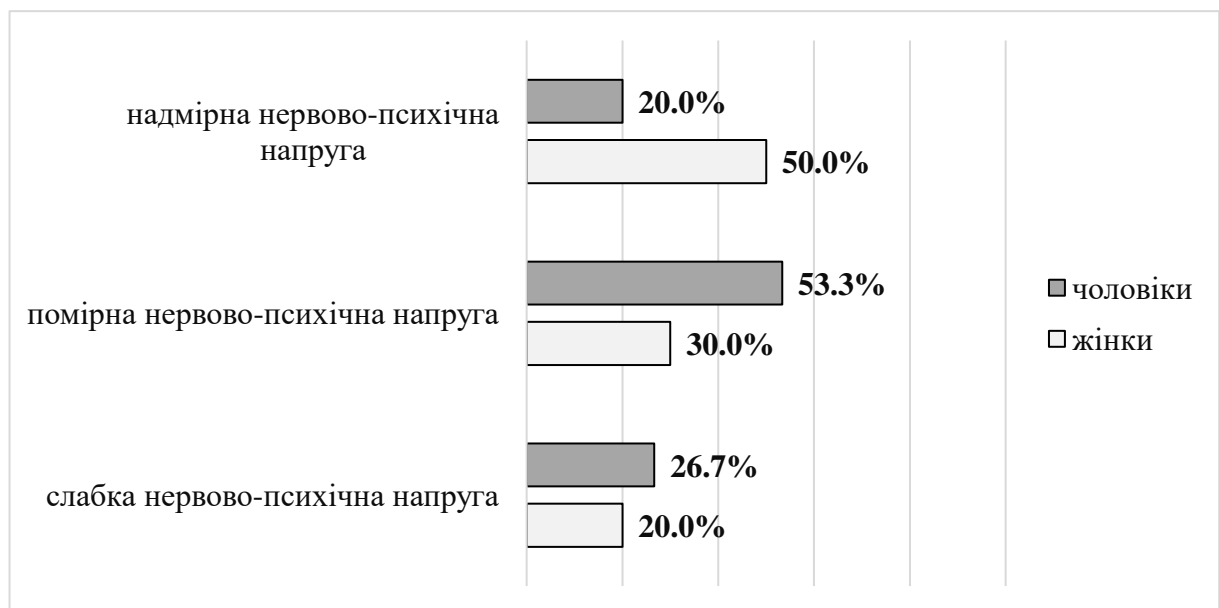


Рис. 2.3. Результати визначення нервово–психічної напруги

У жінок також більший відсоток респондентів з помірним рівнем нервово-психічної напруги (30%), ніж у чоловіків (26,7%). Це означає, що більше жінок, ніж чоловіків, відчувають помірний рівень стресу, який може

негативно впливати на їхнє здоров'я та самопочуття. У чоловіків 20% респондентів мали надмірну нервово-психічну напругу, однак у чоловіків більший відсоток респондентів з помірним рівнем нервово-психічної напруги (53,3%), ніж у жінок (30%). Це означає, що більше чоловіків, ніж жінок, відчувають помірний рівень стресу, який може негативно впливати на їхнє здоров'я та самопочуття.

За результатами дослідження можна зробити висновок, що жінки, які постраждали від військової агресії, більш схильні до нервово-психічної напруги, ніж чоловіки. Цей висновок можна пояснити різними факторами, такими як гендерні ролі та соціальні норми, зустрічаються з ситуаціями, які можуть викликати стрес, і фізіологічні фактори.

При високих показниках нервово-психічної напруги виникає неопосередкована реакція організму на новий стрес на основі минулого досвіду травматичних подій, при цьому можна спостерігати різні та різкі реакції у поведінці людини, що формує невмотивовану тривожність, що є дисфункціональним стереотипом емоційної поведінки особистості. Тому наступною було проведено діагностику за методикою «Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності» (В.В. Бойко). Результати у відсотковому співвідношенні показано на рис. 2.4.

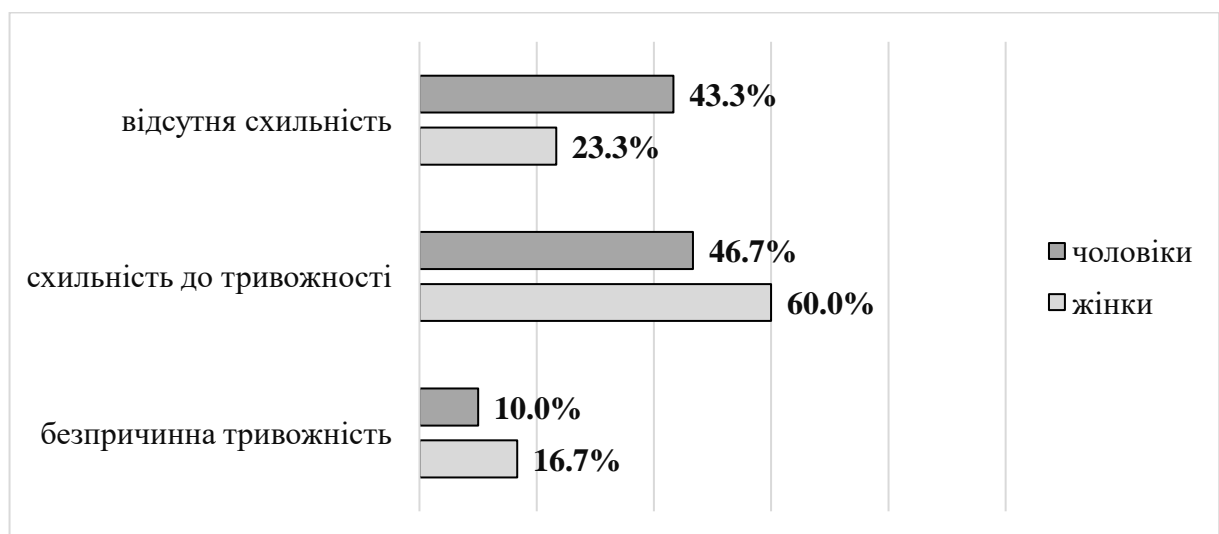


Рис. 2.4. Результати діагностики схильності до немотивованої тривожності

Безпричинна тривожність на високому рівні виявлена у 5 жінок з 30 (16,7%), що свідчить про наявність тривожності, незалежно від конкретних подразників або ситуацій. Схильність до тривожності показали 18 жінок (60,0%) – це може вказувати на наявність тривожної реакції на конкретні ситуації чи події. Відсутня схильність до тривожності у 7 жінок (23,3%), таким чином, вони не мають вираженої схильності до немотивованої тривожності, що може свідчити про стабільність їхнього психічного стану.

Безпричинна тривожність виявлена у 3 чоловіків з 30 (10,0%), що менше ніж у жінок. Схильність до тривожності виявили 14 чоловіків (46,7%), але цей рівень також менший, ніж у жінок. У вибірці 13 чоловіків (43,3%) не виявили вираженої схильності до немотивованої тривожності.

Загальний результат за цією методикою свідчить, що більшість респондентів схильні до тривожних проявів у поведінці, проте вищий рівень схильності переважає у групі жінок.

Завершальною є методика «Шкала депресії» (П.М. Балашова) оскільки, депресія, пов'язана з війною, може вразити людей будь-якої статі, було доцільно провести діагностику саме цього показника (Рис. 2.5.).

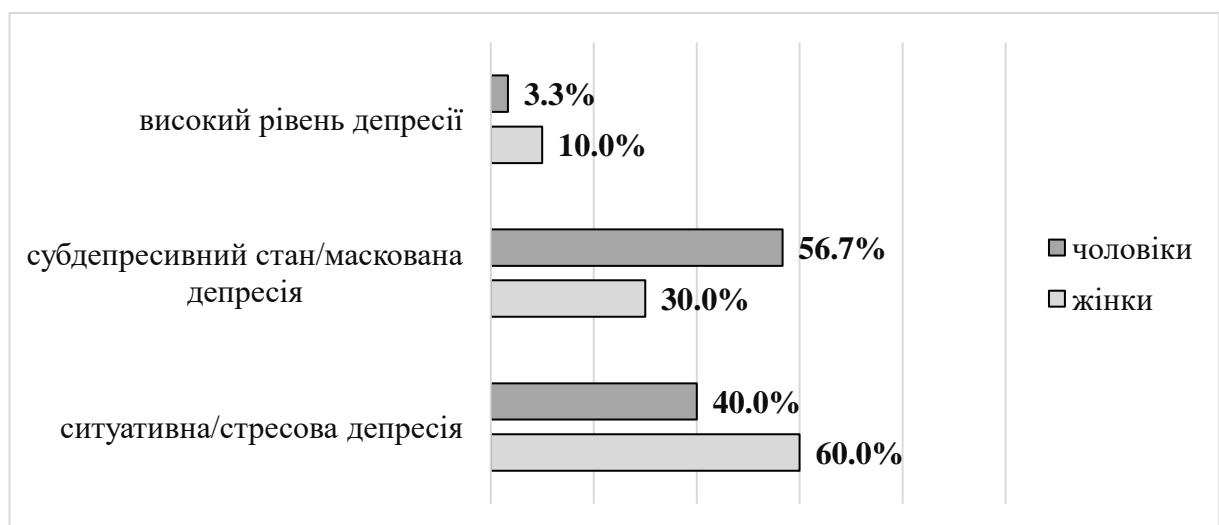


Рис. 2.5. Результати за методикою «Шкала депресії»

За результатами дослідження, у групі жінок найбільш поширеною є

ситуативна або стресова депресія (60%). Це може свідчити про те, що жінки більш схильні до депресії, яка виникає внаслідок конкретних ситуацій або стресових подій. Наприклад, у сьогоdnішніх обставинах депресія може бути викликана розлукою з близькими, втратою майна чи місця проживання або іншими важкими життєвими обставинами зумовленими військовими подіями.

У групі чоловіків найбільш поширеним є субдепресивний стан або маскована депресія (56,7%), що свідчить про присутні соматовегетативні прояви, які завжди супроводжують будь-які інші психосоматичні афективні розлади, а також часто спостерігаються як самостійний синдром (так звана «депресія без депресії»). Це може свідчити про те, що чоловіки менш схильні до явної депресії, але вони можуть відчувати депресивні симптоми в прихованій формі. Наприклад, чоловіки можуть бути більш схильні до апатії, втрати інтересу до життя, а також до зловживання алкоголем або наркотиками.

Високий рівень депресії в обох групах становить близько 10%. Це свідчить про те, що у невеликої кількості людей спостерігається серйозна депресія, яка вимагає професійної допомоги.

Результати дослідження показують, що у жінок загалом вище поширення депресії, ніж у чоловіків. Цей факт підтверджується даними інших досліджень, проведених у різних країнах. Існує кілька можливих пояснень цієї різниці. Одне з них полягає в тому, що жінки через соціальні норми виховуються більш емоційними та чутливими, ніж чоловіки. Вони також більш схильні до обмірковування негативних подій і переживань, що може призводити до депресії. Інше можливе пояснення полягає в тому, що жінки частіше зазнають стресу та інших негативних впливів, які можуть підвищувати рівень депресії. Наприклад, жінки частіше за чоловіків займаються турботою про сім'ю та дітей, що може бути джерелом депресії. Незалежно від причин, важливо враховувати поширення депресії у жінок, що може призводити до таких проблем, як порушення сну, втрата працездатності, суїцидальні думки та дії.

Відповідно за результатами проведеного діагностичного інструментарію, можна стверджувати, що стресові події під час війни впливають на усіх людей, було встановлено високі та середні показники проявів тривоги, підтверджено наявність ознак нервово–психічної напруги за рахунок пережитого стресу. Через швидкоплинність часу та швидкі зміни подій, умов, рішень, ситуацій психіка людини не встигає адаптуватись що провокує виникнення невмотивованої тривожності, через відсутність точки опори у сучасному житті українців, а тому більшість втрачає або змінює свої погляди на власну ідентичність, через такий швидкий темп та не вміння швидко реагувати в дії, та протистояти критичним ситуаціям (подіям).

З метою перевірки запропонованої гіпотези та статичного аналізу результатів дослідження було використано критерій Манна-Уїтні (U–критерій). Даний критерій – це непараметричний статистичний тест, який використовується для порівняння двох незалежних груп. Він може бути використаний в ситуаціях, коли дані не мають нормального розподілу або коли не виконуються інші вимоги для використання t-критерію Стюдента.

У випадку порівняння груп чоловіків та жінок за допомогою U-критерію Манна-Уїтні, його було використано для порівняння рівнів прояву тривоги, особистісної та ситуативної тривожності, нервово–психічної напруги, невмотивованої тривожності та рівнів депресивного стану. Результати статистичного аналізу представлено у табл. 2.1.

Таблиця 2.4.

Результати порівняльного аналізу груп чоловіків та жінок

Назви шкал	Середнє значення в групі жінок	Середнє значення в групі чоловіків»	Рівень значущості
Високий рівень ситуативної тривожності	2.067	1.533	0.037*
Середній рівень ситуативної тривожності	1.533	1.867	0.18
Низький рівень ситуативної тривожності	1.400	1.600	0.375

Продовження таблиці 2.4.

Назви шкал	Середнє значення в групі жінок	Середнє значення в групі чоловіків»	Рівень значущості
Високий рівень особистісної тривожності	1.267	1.267	1
Середній рівень особистісної тривожності	1.600	1.400	0.375
Низький рівень особистісної тривожності	2.133	2.333	0.43
Слабка нервово–психічна напруга	1.400	1.533	0.545
Помірна нервово–психічна напруга	1.600	2.067	0.069
Надмірна нервово–психічна напруга	2.000	1.400	0.016*
Безпричинна тривожність	1.333	1.200	0.451
Схильність до тривожності	2.200	1.933	0.305
Відсутня схильність до тривожності	1.467	1.867	0.103
Ситуативна/стресова депресія	2.200	1.800	0.124
Субдепресивний стан/маскована депресія	1.600	2.133	0.039*
Високий рівень депресії	1.200	1.067	0.305
* Кореляція значуща на рівні $P < 0,05$			
** Кореляція значуща на рівні $P < 0,01$			
*** Кореляція значуща на рівні $P < 0,001$			

Жінки мають вищий рівень ситуативної тривожності у порівнянні з чоловіками (рівень значущості = 0.037). Це означає, що жінки, як правило, відчувають більший рівень тривоги в конкретних ситуаціях, ніж чоловіки. Наприклад, жінки можуть бути більш схильні до тривоги в соціальних ситуаціях, таких як публічні виступи або зустрічі з новими людьми. Вони також можуть бути більш схильні до тривоги в стресових ситуаціях.

Жінки також мають вищий рівень нервово–психічної напруги у порівнянні з чоловіками (рівень значущості = 0.545). Тому, середній рівень нервово–психічної напруги у жінок трохи вищий, ніж у чоловіків. Жінки та чоловіки по–різному сприймають і оцінюють рівень своєї нервово–психічної напруги. Наприклад, жінки можуть бути більш схильні до перебільшення рівня своєї нервово–психічної напруги, ніж чоловіки.

Група чоловіків має вищий середній рівень субдепресивного стану/маскованої депресії (2.133), порівняно з групою жінок (1.600). Рівень значущості для цього показника становить 0.039, що свідчить про статистичну значущість різниці між групами на рівні значущості менше 0.05. Це означає, що чоловіки, як правило, відчують більший рівень депресії, ніж жінки, але ця депресія може бути прихована або маскована іншими симптомами, такими як тривога, дратівливість або проблеми зі сном. Тому, гендерні відмінності можуть існувати в проявах субдепресивного стану/маскованої депресії.

Основні висновки з отриманих даних такі:

– Жінки мають вищий рівень ситуативної тривожності та нервово-психічної напруги у порівнянні з чоловіками. Ці відмінності є статистично значущими, що означає, що вони не являються випадковими.

– Група чоловіків має вищий середній рівень субдепресивного стану/маскованої депресії, порівняно з групою жінок і ці відмінності є статистично значущими.

– Немає статистично значущої різниці у рівнях особистісної тривожності, безпричинної тривожності та схильності до тривожності між чоловіками та жінками. Це означає, що ці показники однакові для обох статей.

Ці результати підтверджують загальну тенденцію до більш високих рівнів тривожності та депресії у жінок, ніж у чоловіків. Ця тенденція спостерігається у багатьох дослідженнях, проведених у різних умовах та культурах. Існує кілька можливих пояснень цих відмінностей. Одне з пояснень полягає в тому, що жінки більш схильні до переживань тривожності та депресії через біологічні фактори, такі як зміна рівня гормонів. Інше пояснення полягає в тому, що жінки стикаються з більшою кількістю соціальних і психологічних стресорів, ніж чоловіки. Наприклад, жінки частіше стикаються з дискримінацією, насильством і жорстокістю.

Незалежно від причин цих відмінностей, важливо усвідомлювати, що жінки більш схильні до переживань тривожності та депресії. Це може

допомогти людям, які працюють із жінками, бути більш чутливими до їхніх потреб і пропонувати їм відповідну підтримку.

Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження включало чотири методики за допомогою, яких було встановлено рівні прояву тривоги, особистісної та ситуативної тривожності, нервово-психічної напруги, невмотивованої тривожності та рівнів депресивного стану під час війни в Україні. Було встановлено прямий зв'язок впливу воєнних дій на рівень тривоги серед постраждалих під час війни. У вибірку дослідження ввійшли 60 респондентів, віком від 25 до 45 років (ВПО та особи, що постраждали під час війни), з них 30 чоловіків та 30 жінок.

За результатами констатувального експерименту було встановлено, що рівні тривожності у жінок і чоловіків зазвичай розподілені порівну. Однак, існують певні відмінності між статями. Більше жінок мають високий рівень ситуативної тривожності, порівняно з чоловіками. Такі відмінності можуть бути зумовлені гендерними ролями, соціальними нормами та очікуваннями. Додатковий аналіз показав, що тривожність залежить від ситуаційного фактору, і багатьох жінок та чоловіків характеризують високі показники тривожності. За результатами іншої методики, більше жінок відчують нервову напругу, і це може свідчити про труднощі в контролі емоційних реакцій.

У дослідженні було з'ясовано, що тривожність виявляється у 16,7% жінок без причини, тоді як 60% жінок проявляють схильність до тривожності у відповідь на певні ситуації. Відсутність тривоги була виявлена у 23,3% жінок. У чоловіків, відсоток невмотивованої тривожності становить 10%, а схильність до тривожності виявлено у 46,7%. Дослідження також показало, що ситуативна або стресова депресія є найпоширенішою серед жінок, тоді як субдепресивний стан існує у більшості чоловіків. Загалом, депресія частіше виявляється у жінок, ніж у чоловіків.

Основними висновками з отриманих даних є те, що жінки мають вищий рівень ситуативної тривожності та психічного стресу порівняно з чоловіками, тоді як чоловіки мають вищий рівень субдепресивного/прихованого депресивного стану. Однак, статистично значущих відмінностей у рівнях особистої тривожності, безпричинної тривожності та схильності до тривожності між статями не виявлено. Ці результати підтверджують загальну тенденцію до вищого рівня тривоги та депресії у жінок, ніж у чоловіків, що була спостережена в різних дослідженнях. Існують різні пояснення для цих відмінностей, зокрема біологічні фактори, такі як зміни в гормональному фоні, а також більша кількість соціальних і психологічних стресів, з якими стикаються жінки. Важливо враховувати ці відмінності при роботі з жінками та надавати їм належну підтримку.

РОЗДІЛ 3

КОРЕКЦІЯ ТРИВОЖНО ДЕПРЕСИВНИХ ОСІБ ЯКІ ПОСТТРАЖДАЛИ В ПЕРІОД ВІСЬКОВИХ ДІЙ

3.1 Зміст та структура корекційної програми тривожно депресивних станів.

Оскільки цивільне населення фактично не може вплинути на ситуацію, а люди не можуть уникати читання новин про війни, тому що від цієї інформації залежить безпека їхніх родин. Однак знання про події, на які неможливо вплинути, допоможе навчитися адаптуватися знову до життя. У такі непевні часи, як війна, почуття тривоги, страху та депресії неминучі. Стрес може вплинути на людину, спричинити виснаження, поганий настрій і безпорадність.

Американський психолог А. Харт у книзі «Ліки від тривоги» зазначив, що коли людина відчуває тривогу, одним із найефективніших способів полегшити ситуацію є розмова з близькими. Це допомагає визнати та обговорити свої почуття, при цьому якщо такої можливості фізично немає, то можна спробувати записати свої думки в щоденник. Такий вид роботи над собою допомагає зрозуміти ситуацію і відчутти емоційне полегшення [14, с. 181-182].

Л. Бресфорд рекомендує використовувати мантру «це теж пройде» або техніку сканування тіла: потрібно сісти в крісло і спробувати відчутти кожну частину свого тіла: від маківки до кінчиків пальців ніг і навпаки. Це допоможе на час відволіктися від тривожних думок [35].

Страх – це наша поточна реакція на події, що відбуваються, тоді як тривога стосується минулих чи майбутніх подій, які переносимо в сьогодення.

Наприклад, якщо ви зустрінете в лісі ведмедя, ви в цю мить відчуваєте реальну небезпеку – це страх. А якщо ви йдете в ліс збирати ягоди, але думаєте, що можете зустріти ведмедя, і він зіпсує вам настрій – це тривога.

Гнів, страх, тривога тощо – усі сприймають як негативні, погані емоції, але насправді це «здорові» почуття, і вони важливі та корисні для людини, як і все інше. Лише в той момент, коли людина повністю занурюється в цю тривогу, їй стає важко переключитися з думок про минуле чи майбутнє на теперішній момент, у цей момент вона вже не помічає, що насправді знаходиться в безпечному місці, без жодної загрози – саме так і з'являється тривожність.

Тривожність є емоційною характеристикою всіх людей, незалежно від професії, матеріального становища, статі чи віку. Тому замість того, щоб боротися з тривогою, людині варто «позитивне підкріплення», щоб вона не заважала вести активне життя. Тривога може вказувати на творчі напрямки. Якщо ви переживаєте через якусь ситуацію, уявіть, що ви вже в ній, і складіть план дій. Наприклад, коли почалася пандемія, ми всі відчували тривогу. Натомість тепер маємо чіткий план дій – відвідати лікаря, пройти обстеження, стежити за диханням. Ми вже знаємо, що друзі допоможуть, а волонтери вже проводять швидкі тести майже в кожній лабораторії [18].

Тривога – це ознака: може бути якась небезпека, але я маю час підготуватися до неї або у мене є шанс уникнути її зовсім. Потім тривога спадає.

Прості техніки, які допоможуть заспокоїтися в момент тривожності:

- відстежуйте власні думки – змусити себе відволіктися, наприклад, розв'язати задачу чи ребус – те, що варто зробити, щоб максимально активізувати пізнання та відволіктися від думок про стан країни;
- спробувати дихальні вправи: глибоко вдихніть і видихніть, зосередившись на цьому (медитації);
- обмеження часу для новин і спілкування в соціальних мережах –

шокуючі новини переводять людей у фазу «бийся або біжи», що відбувається за рахунок підвищення рівня гормонів стресу, особливо кортизолу та адреналіну. Обмеження часу, допоможе певною мірою відновити баланс роботи гормональної системи та зменшити тривогу [25].

Тривога може викликати фізичні реакції в організмі – тремтіння кінцівок, тремтіння голосу, прискорене серцебиття, пітливість, озноб тощо. Якщо постійно і неконтрольовано хвилюватися, організм починає працювати неправильно, що може призвести до серйозних проблем зі здоров'ям. Змінюється якість життя, може порушуватися сон (безсоння або постійна нестача енергії) і харчування (людина неконтрольовано їсть або зовсім припиняє їсти), падає імунітет, виникають різні захворювання. Вплив на організм може бути різним, і, крім того, не завжди відповідний до рівня внутрішньої тривоги. Тому, коли особистість «опиняється» з тривогою, страхом і будь-якими загальними емоціями, необхідно стежити за фізіологічними реакціями на них. Спочатку це може бути складно, але з часом людина все швидше починає помічати цей прояв, а значить – відчувати потребу заглибитися в себе, зрозуміти, що відчуває, з'ясувати причину і вчасно швидко відреагувати.

Все життя наповнене невизначеністю, навіть якщо відкинути глобальні проблеми, ніхто з нас не знає, що з ним чи нею станеться, коли він або вона вийде або прийде через 5 хвилин зараз, завтра чи через рік. При цьому в умовах війни психіка історично адаптувалася до станів невизначеності. Через це більшість не думає про це щохвилини, тож невизначеність повсякденних справ не викликає занепокоєння.

Однак коли таких невизначеностей багато і вони глобальні – пандемії, рецесії, тероризм, звільнення – вони мають кумулятивний ефект, і боротися з ними стає дедалі важче, саме на цьому місці і в цей час з'являється відчуття неспокою.

З іншого боку, невизначеність також може підживлювати позитивні

емоції – очікування приємних змін. Мене звільнили – я знайду нову роботу, це буде не легко, але я отримаю новий досвід, я познайомлюся з новими людьми. Існує таке поняття, як резильєнтність (стійкість) – здатність особистості відновлюватися і продовжувати діяльність, здобувати новий досвід, переживати ці події, навіть коли все йде не за планом.

Культивування цієї здатності в собі дозволяє підвищити нашу стійкість і відчувати невизначеність з мінімальними особистими втратами, щоб «розвинути» свою стійкість і толерантність до невизначеності, потрібно знову зосередитися на собі, своїх емоціях і реакції на те, що відбувається навколо вас.

Крім того, варто пам'ятати, що робити це потрібно, коли перебуваєте у відносно спокійному стані, тому що в стресовому стані може бути важко повністю проаналізувати події та сприйняту інформацію (це залежить від особистості, для деяких, навпаки, легко наростити силу тиску та навички, а також повноцінно приймати рішення та діяти).

Якщо помітили, що вас починає охоплювати тривога (скутість рухів, емоцій, тремтіння тіла), рекомендовано виконувати такі дії [35]:

– прийняття своїх емоцій (не думай, що якщо ти боїшся, то ти слабкий – у цьому випадку Ви лише жива людина, яка має на це право. Щоб прийняти, скажіть: «Я боюся, я переживаю, я хвилююся» – використовуйте свій голос, щоб висловити свої почуття, тому що це змусить Вас почуватися краще);

– лист собі (візьміть аркуш паперу і запишіть усі почуття, які Ви зараз відчуваєте, наприклад, наскільки ти наляканий і тривожний, як жити далі, потім необхідно знищити лист);

– якщо тривожні думки не дають Вам спокою, дайте собі відповідь на питання: «Чи потрібно хвилюватися прямо зараз?». Якщо так, розробіть письмовий план дій і дотримуйтесь його. Якщо «Ні», переключіть фокус на щось інше;

– інфо-гігієна (не слідкуйте за новинами цілодобово, адже вони (особливо

фейкові) підвищують тривожність, краще скоротіть цей час і натомість приділіть час рідним, або улюбленій справі);

– використовуйте help-комунікацію (не соромтесь просити, говоріть прямо «Я потребую, щоб ти мене обійняв/обійняла», «Я хочу, щоб ти мене послухав / послухала», не очікуйте, що люди здогадаються самостійно) [26].

Щоб продовжувати жити «нормальним» життям навіть під час війни, слід Займайтесь рутиною, тими справами, що займались до війни (за можливості), хваліть себе частіше, дотримуйтеся своїх ролей (наприклад, тепер я – мати, потім дружина, потім лікар, громадянин тощо). Завжди слід пам'ятати «холодна голова і спокій – найефективніша зброя сьогодні», що допоможе не піддатися тривозі та стресу.

Таким чином, втрата ідентичності є природною в житті, а тим більше під час війни, психологічна допомога в цьому питанні ефективна лише за умови фізичної та моральної безпеки.

Тоді можливо працювати над відновленням власної ідентичності, пошуком себе та перебудовою своїх поглядів на стресову подію.

3.2 Відстеження динаміки змін після проходження респондентами програми

З метою оцінки ефективності програми психологічної підтримки для населення, що постраждало в умовах військового конфлікту, було проведене повторне тестування за методиками, що були використані для констатувального експерименту.

Аналіз результатів цих методик після участі в програмі психологічної підтримки дозволить зробити висновки щодо змін у рівнях тривожності, стресу та депресії серед учасників програми.

Порівняння даних до та після підтримки буде корисним для оцінки ефективності програми та її впливу на психічне становище учасників, особливо в умовах військового конфлікту.

Результати повторного проходження респондентами методики «Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності» представлено на рис. 3.6.

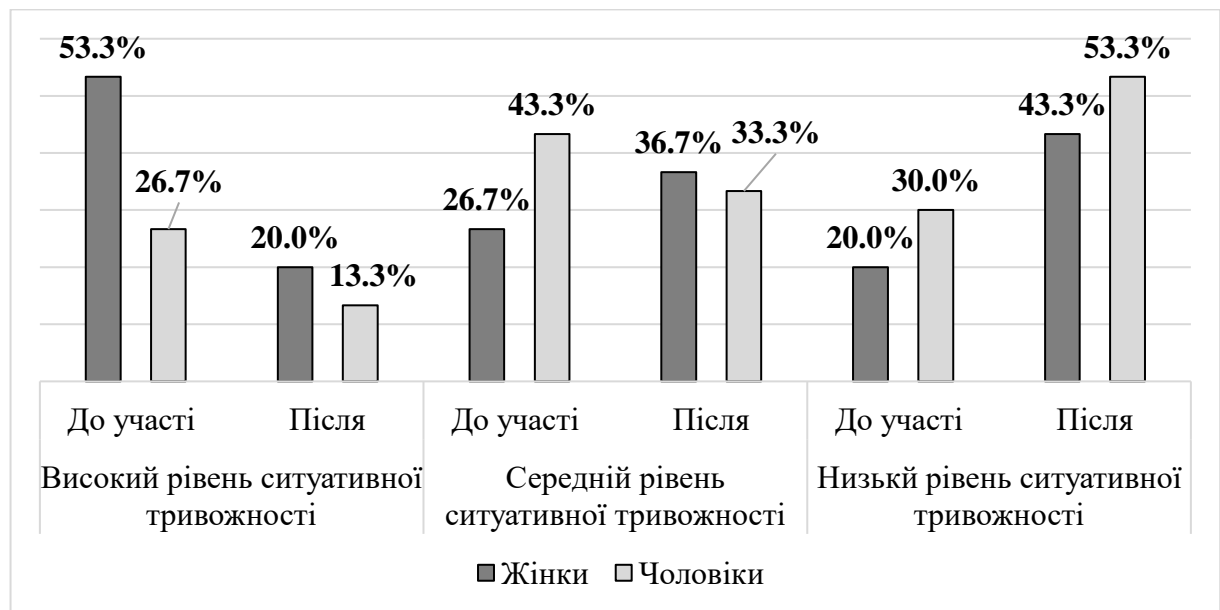


Рис. 3.6. Результати повторної діагностики ситуативної тривожності

За даними, наведеними на рис. 3.6., можна зробити такі загальні висновки. У жінок спостерігається значне зниження рівня тривожності у тих, хто мав високий рівень тривожності до участі. Це зниження становить 33,3%. У чоловіків також спостерігається значне 4зниження рівня тривожності у тих, хто мав високий рівень тривожності до участі. Це зниження становить 13,4%. Окрім загальних тенденцій, можна також помітити певні відмінності між групами жінок і чоловіків. У жінок у групі з високим рівнем тривожності спостерігається більш значне зниження рівня тривожності, ніж у чоловіків. Це зниження становить 33,3% у жінок і 13,4% у чоловіків.

Результати дослідження свідчать про те, що програма психологічної підтримки може бути ефективною для зниження рівня тривожності, особливо у тих людей, які мають високий рівень тривожності. По-перше, програма психологічної підтримки може допомогти людям з високим рівнем тривожності розвинути більш ефективні механізми подолання, що дозволяє їм краще справлятися зі стресом і тривожними ситуаціями. По-друге, програма може допомогти людям з високим рівнем тривожності краще зрозуміти причини своєї тривожності, що може призвести до зниження її рівня.

Результати повторної діагностики особистісної тривожності представлено на рис. 3.7.

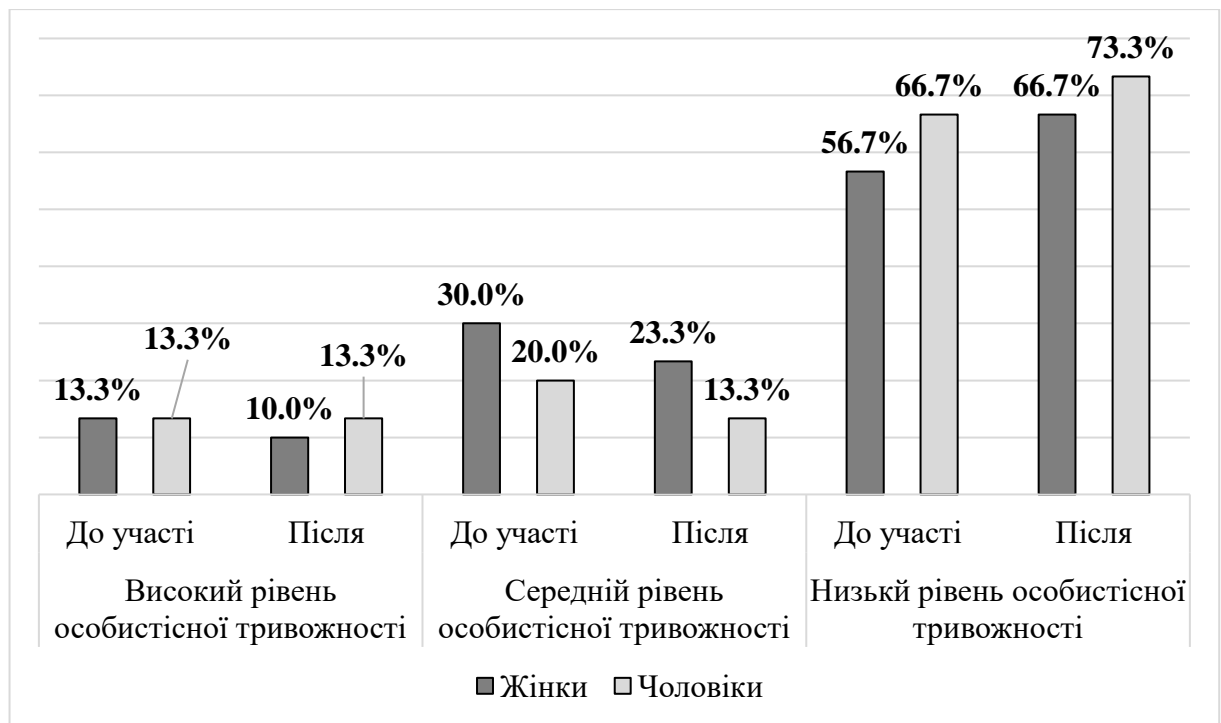


Рис. 3.7. Результати повторної діагностики особистісної тривожності

За даними, наведеними вище, можна зробити загальні висновки, у жінок спостерігається тенденція до зниження рівня особистісної тривожності після участі у програмі психологічної підтримки. Це зниження становить 3,3% у групі з високим рівнем тривожності, 6,7% у групі зі середнім рівнем тривожності та 10,0% у групі з низьким рівнем тривожності.

У чоловіків також спостерігається тенденція до зниження рівня особистісної тривожності після участі у програмі психологічної підтримки. Це зниження становить 6,7% у групі з високим рівнем тривожності та 6,7% у групі зі середнім рівнем тривожності.

Окрім загальних тенденцій, можна також помітити певні відмінності між групами жінок і чоловіків:

У жінок у групі з низьким рівнем тривожності спостерігається більш значне збільшення рівня особистісної тривожності, ніж у чоловіків. Це збільшення становить 10,0% у жінок і 6,6% у чоловіків.

Результати дослідження свідчать про те, що програма психологічної підтримки може бути ефективною для зниження рівня особистісної тривожності.

За результатними повторного проходження респондентами методики «Визначення нервово-психічної напруги» було виявлено певні зрушення, які у відсотковому вигляді представлено на рис. 3.8.

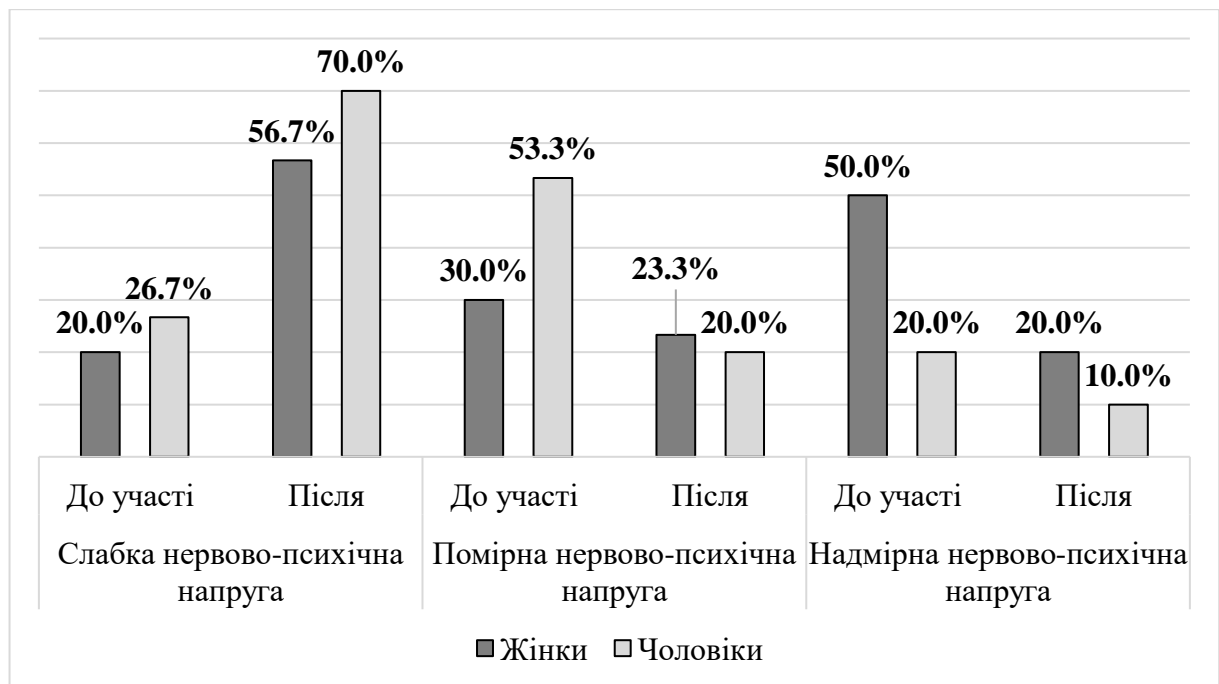


Рис. 3.9. Результати повторної діагностики нервово-психічної напруги

У жінок спостерігається тенденція до зниження рівня нервово-психічної напруги після участі у програмі психологічної підтримки. Це зниження становить 30,0% у групі з надмірною нервовою напругою, 6,7% у групі з помірною нервовою напругою та 36,7% у групі зі слабкою нервовою напругою. У чоловіків також спостерігається тенденція до зниження рівня нервово-психічної напруги після участі у програмі психологічної підтримки. Це зниження становить 43,3% у групі зі слабкою нервовою напругою, 33,3% у групі з помірною нервовою напругою та 10,0% у групі з надмірною нервовою напругою.

У жінок спостерігається більш значне зростання рівня слабкої нервової напруги, ніж у чоловіків. Це зростання становить 36,7% у жінок і 43,3% у чоловіків. У чоловіків спостерігається більш значне зниження рівня надмірної нервової напруги, ніж у жінок. Це зниження становить 10,0% у чоловіків і 30,0% у жінок.

В результаті, програма психологічної підтримки суттєво вплинула на рівні нервово-психічної напруги серед обох груп респондентів.

Також було проведено повторну діагностику за методикою «Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності» (В.В. Бойко). Результати у відсотковому співвідношенні показано на рис. 3.10.

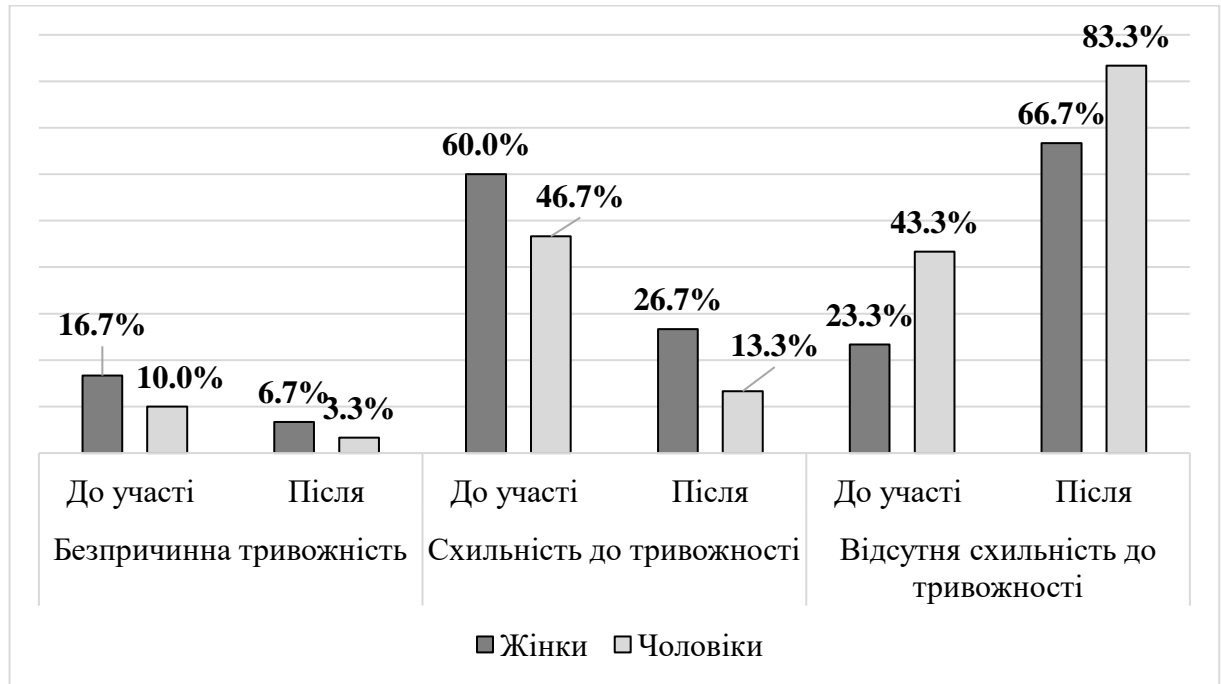


Рис. 3.10. Результати повторної діагностики схильності до немотивованої тривожності

Серед групи жінок спостерігається тенденція до зниження рівня схильності до тривожності після участі у програмі психологічної підтримки. Це зниження становить 33,3% у групі з схильністю до тривожності та 43,4% у групі з відсутньою схильністю до тривожності. У чоловіків також спостерігається тенденція до зниження рівня схильності до тривожності після участі у програмі психологічної підтримки. Це зниження становить 33,4% у групі з схильністю до тривожності та 40,0% у групі з відсутньою схильністю до тривожності.

У жінок спостерігається більш значне зростання групи з відсутньою схильністю до тривожності, ніж у чоловіків. Це зростання становить 43,4% у жінок і 40,0% у чоловіків. У чоловіків спостерігається більш значне зниження рівня безпричинної тривожності, ніж у жінок. Це зниження становить 6,7% у чоловіків і 10,0% у жінок.

Завершальною є методика «Шкала депресії» (П.М. Балашова) результати її повторного проходження учасниками представлено на рис. 3.11.

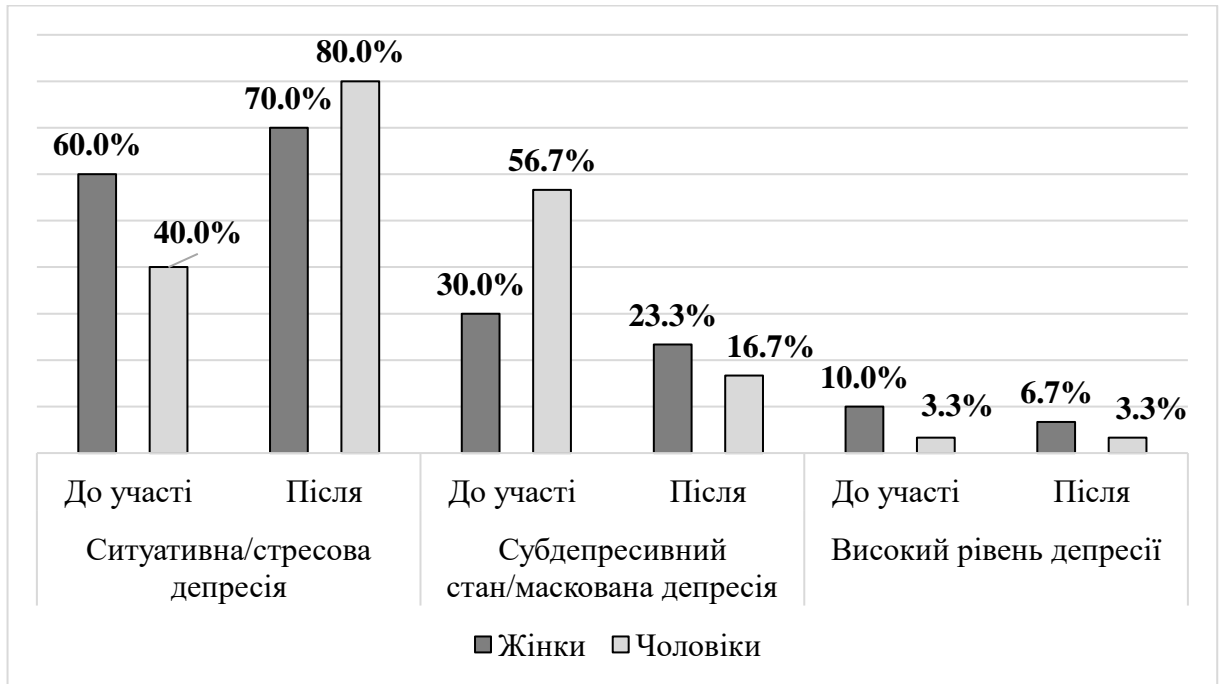


Рис. 3.11. Результати повторної діагностики за методикою «Шкала депресії»

Зростання рівня ситуативної/стресової депресії спостерігається в обох групах, але більш значуще у чоловіків (збільшення на 40,0% проти 10,0%). Це може бути пов'язано з тим, що чоловіки більш схильні до приховування своїх емоцій і не завжди звертаються за допомогою вчасно.

Ситуативна/стресова депресія часто виникає внаслідок важких життєвих обставин. Учасники програми психологічної підтримки, зіткнулися з такими обставинами через війну в Україні, що призвело до зростання рівня ситуативної/стресової депресії.

Зниження рівня субдепресивного стану/маскованої депресії спостерігається в обох групах, але більш значуще у жінок (зменшення на 6,7% проти 40,0%). Це може бути пов'язано з тим, що жінки більш схильні до вираження своїх емоцій і звертаються за допомогою, коли відчувають себе погано. Субдепресивний стан/маскована депресія часто виникає внаслідок хронічного стресу, невирішених проблем, низької самооцінки тощо. Учасники програми психологічної підтримки, ймовірно, отримали допомогу в усуненні

причин субдепресивного стану/маскованої депресії, що призвело до його зниження.

Зниження рівня високої депресії спостерігається в обох групах, але більш значуще у жінок (зменшення на 3,3% проти 0,0%).

Це може бути пов'язано з тим, що жінки більш схильні до депресії взагалі.

Вплив програми психологічної підтримки на рівень високої депресії, ймовірно, був незначним, оскільки ця категорія депресії пов'язана з серйозними психічними розладами, які потребують тривалого лікування.

Таким чином, програма психологічної підтримки може бути ефективною для зниження рівня особистісної тривожності, нервово-психічної напруги, схильності до тривожності та депресії.

Програма була спрямована на розвиток ефективних механізмів подолання, розуміння індивідуальних причини своєї тривожності.

3.3 Статистичний аналіз результатів формувального експерименту

Для статистичної оцінки ефективності застосованої програми було використано критерій математичної статистики. Т-критерій Вілкоксона – це непараметричний статистичний критерій, який використовується для порівняння двох незалежних вибірок. Критерій заснований на порівнянні сум рангів ознак у двох вибірках.

Для застосування критерію Вілкоксона необхідно, щоб вибірки були незалежними, а ознака, яка вивчається, була порядковою. Критерій не вимагає дотримання нормальності розподілу ознаки, а також рівності дисперсій у двох вибірках. Для розрахунку критерію Вілкоксона необхідно виконати наступні кроки:

1. Для кожної вибірки визначити ранги ознак.
2. Обчислити суму рангів для кожної вибірки.

3. Порівняти суми рангів.

Якщо сума рангів у першій вибірці більша або дорівнює сумі рангів у другій вибірці, то приймається гіпотеза про те, що між вибірками є статистично значуща різниця.

З метою оцінки впливу програми тренінгової підтримки на жінок було порівняно середнє значення показників у групі жінок до та після застосування програми. Також у табл. 3.1. вказані рівні значущості для кожного показника.

Програма психологічної підтримки мала позитивний вплив на ситуативну тривожність жінок із високим рівнем тривожності. У цих жінок середнє значення ситуативної тривожності збільшилося на 0.667. Цей ефект є статистично значущим з рівнем значущості $p=0.002^{**}$, що означає, що ймовірність того, що цей ефект виник випадково, становить менше 0.2%.

Програма психологічної підтримки не мала значного впливу на особистісну тривожність жінок. У всіх трьох групах жінок з різним рівнем особистісної тривожності середнього значення цього показника не змінилося.

Програма психологічної підтримки мала позитивний вплив на нервово-психічну напругу жінок із слабким рівнем напруги. У цих жінок середнє значення нервово-психічної напруги зменшилося на 0.733 пункту. Цей ефект є статистично значущим з рівнем значущості $p=0.001$, що означає, що ймовірність того, що цей ефект виник випадково, становить менше 0.001%.

Таблиця 3.5.

Результати формувального експерименту для групи жінок

Назви шкал	Середнє значення в групі жінок до застосування програми»	Середнє значення в групі жінок після застосування програми»	Рівень значущості
Високий рівень ситуативної тривожності	1.400	2.067	0.002**
Середній рівень ситуативної тривожності	1.733	1.533	0.467

Продовження таблиці 3.5

Назви шкал	Середнє значення в групі жінок до застосування програми»	Середнє значення в групі жінок після застосування програми»	Рівень значущості
Низький рівень ситуативної тривожності	1.867	1.400	0.008**
Високий рівень особистісної тривожності	1.200	1.267	0.317
Середній рівень особистісної тривожності	1.467	1.600	0.317
Низький рівень особистісної тривожності	2.333	2.133	0.083
Слабка нервово–психічна напруга	2.133	1.400	0.001***
Помірна нервово–психічна напруга	1.467	1.600	0.617
Надмірна нервово–психічна напруга	1.400	2.000	0.003**
Безпричинна тривожність	1.133	1.333	0.083
Схильність до тривожності	1.533	2.200	0.012*
Відсутня схильність до тривожності	2.333	1.467	0***
Ситуативна/стресова депресія	2.400	2.200	0.083
Субдепресивний стан/маскована депресія	1.467	1.600	0.317
Високий рівень депресії	1.133	1.200	0.317
* Кореляція значуща на рівні $P < 0,05$ ** Кореляція значуща на рівні $P < 0,01$ *** Кореляція значуща на рівні $P < 0,001$			

Програма психологічної підтримки також мала позитивний вплив на нервово-психічну напругу жінок із високим рівнем напруги. У цих жінок середнє значення нервово-психічної напруги збільшилося на 0.600 пункту. Цей ефект також є статистично значущим з рівнем значущості $p = 0.003$.

Програма психологічної підтримки мала позитивний вплив на схильність до тривожності жінок. У всіх жінок середнє значення цього показника збільшилося. У жінок із схильністю до тривожності цей ефект є статистично значущим з рівнем значущості $p = 0.012$, а у жінок із відсутністю

схильності до тривожності – з рівнем значущості $p < 0.001$. Рівень депресії не виявив статистично значущих відмінностей після проходження програми.

Також було проведено оцінку впливу програми психологічної підтримки на групу чоловіків. Результати представлено у табл. 3.2.

Таблиця 3.6.

Результати формувального експерименту для групи чоловіків

Назви шкал	Середнє значення в групі чоловіків до застосування програми»	Середнє значення в групі чоловіків після застосування програми»	Рівень значущості
Високий рівень ситуативної тривожності	1.533	1.267	0.046*
Середній рівень ситуативної тривожності	1.867	1.667	0.366
Низький рівень ситуативної тривожності	1.600	2.067	0.008**
Високий рівень особистісної тривожності	1.267	1.267	1
Середній рівень особистісної тривожності	1.400	1.267	0.157
Уязкий рівень особистісної тривожності	2.333	2.467	0.157
Слабка нервово–психічна напруга	1.533	2.400	0***
Помірна нервово–психічна напруга	2.067	1.400	0.012*
Надмірна нервово–психічна напруга	1.400	1.200	0.083
Безпричинна тривожність	1.200	1.067	0.157
Схильність до тривожності	1.933	1.267	0.008**
Відсутня схильність до тривожності	1.867	2.667	0.001***
Ситуативна/стресова депресія	1.800	2.600	0.001***
Субдепресивний стан/маскована депресія	2.133	1.333	0.001***
Високий рівень депресії	1.067	1.067	1
* Кореляція значуща на рівні $P < 0,05$			
** Кореляція значуща на рівні $P < 0,01$			
*** Кореляція значуща на рівні $P < 0,001$			

Загалом, результати формувального експерименту для групи чоловіків свідчать про те, що програма мала позитивний вплив на деякі показники

тривожності та депресії. Чоловіки із високим рівнем ситуативної тривожності показали статистично значуще зменшення середнього значення після застосування програми (від 1.533 до 1.267) з рівнем значущості $p=0.046$. Це означає, що програма була ефективною в зменшенні тривожності у чоловіків, які відчувають її в конкретних ситуаціях. Жодна з груп за рівнями особистісної тривожності не показала статистично значущих відмінностей після застосування програми. Це означає, що програма не мала значного впливу на особистісну тривожність чоловіків. Група зі слабкою нервово–психічною напругою показала статистично значуще збільшення середнього значення після програми. Це може бути пояснено тим, що програма допомогла чоловікам із низьким рівнем нервово–психічної напруги краще адаптуватися до стресових ситуацій.

Група з помірною напругою показала статистично значуще зменшення. Це може бути пояснено тим, що програма допомогла чоловікам із середнім рівнем нервово-психічної напруги знизити рівень стресу. Група з надмірною напругою не показала статистично значущих змін після програми. Це може бути пояснено тим, що програма не була достатньо ефективною для чоловіків із високим рівнем стресу.

Схильність до тривожності в групі чоловіків значуще збільшилася. Це може бути пояснено тим, що програма допомогла чоловікам краще усвідомлювати свої тривожні стани. Відсутність схильності до тривожності в групі чоловіків значуще збільшилася (від 1.867 до 2.667) з рівнем значущості $p=0.001$. Це може бути пояснено тим, що програма допомогла чоловікам розвинути навички боротьби зі стресом і тривогою.

Ситуативна/стресова депресія та субдепресивний стан/маскована депресія виявили статистично значущі збільшення після програми. Це може бути пояснено тим, що програма допомогла чоловікам краще усвідомлювати свої депресивні стани.

Загалом, результати формувального експерименту для групи чоловіків свідчать про те, що програма має потенціал для зменшення тривожності та депресії у чоловіків.

Висновки до третього розділу

З метою оцінки ефективності програми психологічної підтримки для населення, що постраждало в умовах військового конфлікту, було проведене повторне тестування за методиками, що були використані для констатувального експерименту.

Аналіз результатів цих методик після участі в програмі психологічної підтримки показав, що програма психологічної підтримки успішно знижує рівень тривожності не тільки у жінок, але й у чоловіків. Жінки, особливо ті, хто мав високий рівень тривожності до участі в програмі, показали значне зниження тривожності. У групі з високим рівнем тривожності це зниження становить 33,3% для жінок і 13,4% для чоловіків. Програма психологічної підтримки може бути ефективною у зниженні тривожності, розвиненні механізмів подолання стресу і тривоги, а також у кращому розумінні причин тривоги. Також виявлено різницю між жінками та чоловіками. Жінки, які брали участь в програмі з високим рівнем тривожності, виявили більше зниження тривожності, ніж чоловіки. Взагалі, у жінок спостерігається тенденція до зниження рівня особистої тривожності після участі в програмі, особливо у групах з низьким і середнім рівнем тривожності.

Щодо нервової напруги, показано, що і у жінок і у чоловіків знижується її рівень після участі в програмі. Зниження рівня нервового напруження у жінок було більш суттєвим, ніж у чоловіків. Однак, чоловіки мають тенденцію до більшого зниження рівня стресу залежно від його інтенсивності, що може бути пов'язано з їхньою тенденцією приховувати свої емоції.

Дослідження також показало, що програма психологічної підтримки може ефективно знижувати рівень тривожності та депресії. Жінок спостерігається тенденція до зниження рівня тривожності та депресії у групах без тривоги, а чоловіки мають більш помітне зниження рівня тривожності та більш менш помітне зниження рівня депресії.

У даному дослідженні проведено статистичну оцінку впливу програми психологічної підтримки на жінок і чоловіків. Виявлено, що програма психологічної підтримки позитивно вплинула на ситуативну тривожність у жінок з високим рівнем тривожності, але не мала значного впливу на особисту тривожність. Також виявлено, що програма позитивно вплинула на нервово-психічну напругу у жінок з низьким рівнем напруги, а також у жінок з високим рівнем напруги. Результати дослідження для чоловіків також свідчать про позитивний вплив програми на деякі показники тривожності та депресії. Зокрема, програма сприяла зниженню ситуативної тривожності у чоловіків з високим рівнем тривожності, а також покращенню усвідомлення тривожності і навичок подолання стресу. Тож, дана програма має потенціал для зниження рівня тривожності та депресії у чоловіків та жінок.

Таким чином, такі програми психологічної підтримки можуть бути дієвими у зниженні рівня тривожності та знятті нервового та психічного напруження. Важливими факторами є також розробка ефективних механізмів подолання та розуміння особистих причин тривоги та депресії у різних групах респондентів.

ВИСНОВКИ

1. Здійснено теоретичний аналіз проблеми вивчення психологічних підходів до феномену тривожно–депресивних станів. Тривога представляє собою складне та неоднозначне явище, яке може виявити як позитивні, так і негативні наслідки для людини. Цей стан може проявлятися як динамічним емоційним станом, так і стійкою рисою особистості. Тривога володіє мотиваційною та захисною функціями, і вона може виникати під впливом різних факторів, таких як стрес, загроза, генетичні особливості та індивідуальні риси. Цей стан може проявлятися різними способами, включаючи як емоційні, так і фізичні аспекти. Однак важливо розрізнити тривогу від депресії, оскільки ці два стани мають свої власні характеристики та прояви. Тривога характеризується відчуттям небезпеки, страху та занепокоєнням, і часто викликає активацію вегетативної нервової системи, виявляючись у симптомах, таких як прискорене серцебиття, підвищене потовиділення та тремтіння. З іншого боку, депресія характеризується відчуттям смутку, туги та безрадісності, часто супроводжуючись зниженням активності вегетативної нервової системи, виявляючись у симптомах, таких як зниження артеріального тиску та знижене потовиділення. Тривога часто вказує на підвищену активність та дратівливість, тоді як депресія часто пов'язана зі зниженою активністю та апатією. Важливо розуміти, що тривога та депресія можуть існувати як окремі стани, але також можуть поєднуватися у тривожно-депресивний розлад, що додає складність розумінню та управлінню цими емоційними станами.

2. Визначено особливості прояву тривожно-депресивних станів у людей постраждалих під час війни. Більшість людей, які стали жертвами небезпечних ситуацій, відчувають дистрес – стан тривоги, суму, відчуття

безнадії, проблеми зі сном, втома, роздратування або гнів, а також фізичний біль. За підсумками дослідження ВООЗ, серед людей, які пережили конфлікт чи війну в останні 10 років, 22% мають депресію, тривогу, посттравматичний стресовий розлад, біполярний розлад або шизофренію. Хронічний вплив травматичного стресу може призвести до довготривалих змін у системах реагування організму на стрес, що потенційно може спричинити розлади психічного здоров'я, такі як ПТСР, депресія та тривожність. За даними УВКБ ООН, майже 8 мільйонів людей були змушені покинути Україну з початку російського вторгнення. Ще 6,5 мільйона людей знайшли притулок в інших частинах України, ставши внутрішньо переміщеними особами. В Україні, де триває війна, поширеність тривожно-депресивних станів серед населення є надзвичайно високою. За даними опитування, проведеного у Києві, лише 11% респондентів назвали свій рівень стресу нормальним. Більшість людей відчувають тривогу, занепокоєння, страх, а також мають проблеми зі сном, втрату інтересу до життя та інші симптоми тривожно-депресивних розладів.

3. З'ясовано гендерні відмінності у прояві тривожно-депресивних станів у осіб, які постраждали в період військових конфліктів. Тривога та депресія є поширеними станами, а гендерні відмінності в їх проявах спостерігаються з особливою активністю в жінок, які частіше мають справу зі стресовими ситуаціями. Дослідження показують, що військовослужбовці-жінки мають більшу ймовірність розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) після повернення з військової діяльності. Також виявлено, що жінки мають вищу поширеність депресивних розладів порівняно з чоловіками, а гормональні фактори можуть впливати на ці гендерні відмінності. Додатково, включення психосоціальних змінних у дослідження дозволяє краще зрозуміти прояви тривоги та депресії у людей. Чоловіки, у свою чергу, можуть демонструвати депресивні симптоми як гнів, дратівливість та порушення сну. Отже, гендерні відмінності в проявах тривоги та депресії важливо враховувати при розробці стратегій психологічної підтримки для людей, які постраждали

від військового конфлікту. Психологічні гендерні ролі визначаються фемінністю та маскуліністю, які виявляються у стереотипних характеристиках. Люди соціалізуються згідно з ролей, що відповідають статі. Психологічні гендерні ролі впливають на самооцінку, регулювання емоцій, психологічну адаптацію та стратегії подолання. Жінки більш вразливі до стресових життєвих подій та депресії, а особливо підлітки, які також відчувають дистрес пов'язаний зі стресовими подіями. Жінки також постраждали від гендерно-обумовленого насильства, що поширене в Україні.

4. Досліджено особливості тривожнодепресивних станів у осіб, які постраждали у період військових конфліктів. Дослідницько-експериментальна робота виконувалась на базі Миколаївської обласної організації Товариства Червоного Хреста України. У експерименті взяли участь 60 респондентів, віком від 25 до 45 років (ВПО та особи, що постраждали під час війни). Серед них 30 жінок та 30 чоловіків. Виявлено, що вплив бойових дій під час війни в Україні має кореляційний зв'язок з рівнем тривожності серед постраждалих. Жінки у загальному мають вищий рівень ситуативної тривожності і психічного стресу, тоді як чоловіки мають вищий рівень субдепресивної/критичної депресії. Дослідження показало, що 16,7% жінок відчувають тривогу без причини, тоді як 60% жінок виявляють схильність до тривоги у відповідь на певні ситуації. У чоловіків, відсоток невмотивованої тривожності склав 10%, а схильність до тривоги спостерігалась у 46,7% випадків. Діагноз субдепресивного стану був встановлений у більшості чоловіків, тоді як ситуативна депресія була найпоширенішою у жінок. Висновок полягає в тому, що жінки мають вищий рівень ситуативної тривожності та психічного стресу, тоді як чоловіки мають вищий рівень субдепресивної/критичної депресії. Порівняно з чоловіками не було виявлено статистично значущих відмінностей у рівнях особистої тривожності, тривоги без причини або схильності до тривоги.

5. Розроблено та апробовано програму корекції тривожно-

депресивних станів осіб, які постраждали у період військових конфліктів. Дослідження показало, що програма психологічної підтримки була успішною у зниженні рівня тривожності у жінок та чоловіків. Зокрема, жінки з високим рівнем тривожності демонстрували значне зниження, а чоловіки - менше. Програма також допомогла знизити рівень нервового напруження, особливо у жінок. Дослідження також виявило, що програма може ефективно знизити рівень тривоги та депресії у жінок і чоловіків, але має більший вплив на ситуативну тривожність, ніж на особистісну тривожність. Крім того, програма допомагає покращити усвідомлення тривожності, навички подолання стресу та тривоги. Дане дослідження підкреслює необхідність враховувати статеві відмінності в плануванні та реалізації психологічних програм підтримки для жертв війни.

Програма психологічної підтримки має спрямовуватися на зниження тривоги, розвиток механізмів подолання стресу та тривоги, а також на краще розуміння та управління причинами тривоги. Дослідження показало, що програма психологічної підтримки може бути успішною у поліпшенні психологічного стану жертв війни і забезпеченні їм необхідної підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексенко Є.А. Тривога. Історії наднеспокійних людей. Київ. 2018. 156 с.
2. Астремська І. В. Корекція депресивних розладів з психосоматичною симптоматикою методом гештальт-терапії. Габітус. 2021. № 30. С. 85–90.
3. Ахмедов Т.І. Психологічні проблеми тривожності. 2019. С. 23–30.
4. Барінов Д.Н. Соціоструктурні джерела тривожності. Вип. 10. 2020. С. 147–150.
5. Барсукова Є.У. Реактивна тривожність – природне чи набутий стан організму. *Сучасна педагогіка*. №10 (47). 2019. С. 73–78.
6. Березін Ф.Б. Психічна та психофізіологічна адаптація людини. 2016. 121 с.
7. Беляєв В.П. Тривоги прожитого дня. Київ. 2018. 488 с.
8. Бігун Н.І. Профілактична робота в практичній психології: навч.–метод. комплекс дисципліни. Кам'янець–Подільський. 2019. 96 с.
9. Бізюк О.П. Особистість та тривога: навч. посібник. 2019. 236 с.
10. Білова М.Е. Психологічні особливості осіб з різним рівнем стресостійкості (на прикладі працівників стресогенних професій. Одеса. 2020. 320 с.
11. Зливков В.Л. Психологічні аспекти організації системи реабілітації військових, що повернулися із зони АТО. *Теоретичні і прикладні проблеми психології. Збірник наукових праць*. Харків. №4 (38). 2020. С. 177–184.
12. Кіндратець О.М. Розмежування українського суспільства в процесі демократизації. *Політичний менеджмент*. 2021. № 6. С. 31–41.
13. Корольчук В.М. Психологія стресостійкості особистості. Київ.

2020. 342 с.

14. Котигоренко В.О. Етнічні протиріччя і конфлікти в сучасній Україні: політологічний концепт. Київ: Світогляд, 2020. 722 с.

15. Кривицька О.В. Криза інтеграції у контексті перспективи консолідації українського суспільства. *Наукові записки Інституту політичних і етнонаціональних досліджень ім. І.Ф. Кураса НАН України*. 2018. Вип. 5–6. С. 181–200.

16. Лукомська С.О. Світові тенденції розвитку медико–психологічної допомоги учасникам бойових дій. *Медична психологія: здобутки, розвиток і перспективи. Матеріали Четвертої міжнародної науковопрактичної конференції (м. Київ, 22–24 жовтня 2015 р.)* / за наук. ред. С.Д. Максименка. Київ. 2021. С. 45–46.

17. Нехорошкова О.М. Нейробіологічні причини формування тривожних станів. Вип. 3. 2016. С. 24–36.

18. Нехорошкова О.М. Проблема тривожності як складного психофізіологічного. Вип. 6. 2016. С. 47–54.

19. Пов'якель Н.І. Професійна рефлексія психолога–практика // *Практична психологія та соціальна робота*. 2018. Вип. 6–7. С. 3–6.

20. Прихожан А.М. Психологія тривожності. 2019. 178 с.

21. Садова М.А. Гендерні та вікові відмінності депресивних станів особистості. *Міжнародний науковий журнал Науковий огляд*, 2020, 2.65: 75–89.

22. Аналітична довідка ООН Гендерно зумовлене насильство. *United Nations in Ukraine*. URL: https://ukraine.un.org/sites/default/files/2021-11/UN%20Policy%20Paper%20on%20GBV_FINAL%20UKR.pdf (дата звернення: 16.10.2023).

23. Гендерна рівність – серед основних пріоритетів ПРООН в Україні. *UNDP*. URL: <https://www.undp.org/uk/ukraine/blog/гендерна-рівність—серед-основних-пріоритетів-проон-в-україні> (дата звернення:

16.11.2023).

24. Депресивні розлади – Психіатричні захворювання – MSD Manual Professional Edition. *MSD Manual Professional Edition*.

URL: <https://www.msmanuals.com/uk/professional/psychiatric-disorders/mood-disorders/depressive-disorders> (дата звернення: 18.12.2023).

25. Методика «Визначення нервово-психічної напруги» (Т.А. Немчин) URL: <http://surl.li/fyvyb> (дата звернення: 10.11.2023).

26. Методика «Дослідження особистісної ідентичності» (Л.Б. Шнейдер) URL: <https://psytests.org/ident/mili.html> (дата звернення: 10.11.2023).

27. Методика «Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності» (В.В. Бойко) URL: <http://oipop.ed-sp.net/?q=node/50567> (дата звернення: 10.11.2023).

28. Методика «Шкала депресії» (П.М. Балашова). URL: <http://surl.li/fyvyi> (дата звернення: 10.01.2023).

29. Методика «Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) тривожності» (Ч.Д. Спілберг, Ю.Л. Ханін) URL: <http://surl.li/efjir> (дата звернення: 10.11.2023).

30. Соловійова С.Л. Тривога та тривожність: теорія та практика. 2016. Вип. 6 (17). URL: <https://clck.ru/YqeLf> (дата звернення: 10.09.2023).

31. Стрес-менеджмент в умовах війни. Київ: Студія 1+1. 2023. URL: <http://surl.li/fyvtr> (дата звернення 29.09.2023).

32. Хаустова О. О. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. *Здоров'я України | Інформація для спеціалістів охорони здоров'я*. URL: <https://health-ua.com/article/71710-trivozhnodepresivn-rozladiv-umovah-distresu-vjni-vukran> (дата звернення: 16.1.2023).

33. Що таке тривожність і як подолати | Уляна Супрун | Блог. *Уляна Супрун | Блог*. URL: https://suprun.doctor/zdorovya/shho-take-trivozhnist-i-yak-podolati.html?_page772 (дата звернення: 18.12.2023).

34. Altemus M., Sarvaiya N., Neill Epperson C. Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2014. Vol. 35, no. 3. P. 320–330.
35. Apsche J. Mediation analysis of Mode Deactivation Therapy (MDT). *The Behavior Analyst Today*. 2018. Vol. 13(2). P. 2–10.
36. Apsche J. Mode Deactivation Therapy (MDT): Case conceptualization. *The Behavior Analyst Today*. 2019. Vol. 4(1). P. 47–58.
37. Baer R. Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*. 2019. Vol. 11 (3). P. 191–206.
38. Baer R. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*. 2020. Vol. 15(3). P. 329–342.
39. Bem S.L. Gender schema theory: a cognitive account of sex typing. *Psychol. Rev.* 88, 1981. P. 354.
40. Bishop S. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2018. Vol. 11. P. 230–241.
41. Brown K. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*. 2019. Vol.18(4). P. 211–237.
42. Brown K. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2019. Vol. 84. P. 822–848.
43. Calleja N. Book review: Mode deactivation therapy for aggression and oppositional behavior in adolescents. *The Family Journal*. 2020. Vol.22. P. 135–136.
44. Cardaciotto L. The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia mindfulness scale. *Assessment*. 2018. Vol. 15(2). 204s.
45. Creswell J. Mindfulness Interventions. *Annual Review of Psychology*. 2018. Vol. 68. P. 240–251.

46. Felder J. Collaboration in Mindfulness–Based Cognitive Therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2019. Vol. 68 (2). P. 179–186.
47. Feldman G. Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scale–revised (CAMS–R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2021. Vol. 29(3). P. 177–190.
48. Fox E. Constructing a pragmatic science of learning and instruction with functional contextualism. *Educational Technology Research & Development*. 2020. Vol.54 (1). P. 5–36.
49. Hayes S. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 2020. Vol.44 (1). P. 1–25.
50. Hilton L. Meditation for Posttraumatic Stress: Systematic Review and Metaanalysis. *Psychol. Trauma*. 2020. Vol. 18. P. 120–128.
51. Höfling V. A short version of the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Journal of Clinical Psychology*. 2019. Vol. 67(6). P. 639–645.
52. Moos R. Life transitions and crises: A conceptual overview. *Coping with life crises: An integrated approach*. New York: Plenum, 2020. P.28–33.
53. Rush S. Mindfulness–Based Stress Reduction as a Stress Management Intervention for Cancer Care: A Systematic Review. *Journal of Evidence–Based Complementary & Alternative Medicine*. 2021. Vol. 3 (August). P. 210–219.
54. Salk R. H., Hyde J. S., Abramson L. Y. Gender differences in depression in representative national samples: Meta–analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*. 2017. Vol. 143, no. 8. P. 783–822.
55. Schwartz R. Internal Family Systems Therapy. *The Family Journal*. 2021. Vol. 4 (3). P. 268–277.
56. Sharma M. Mindfulness–based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: a systematic review. *Journal of Evidence–Based Complementary & Alternative Medicine*. 2021. Vol.19 (4). P. 271–286.

57. Spielberger C. Assessment of emotional states and personality traits: measuring psychological vital signs. *European Psychologist*. 2019. Vol. 11(4). P. 297–303.
58. Walach H. Measuring Mindfulness – The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*. 2021. Vol. 40. P. 154–155.
59. Zettle R. The Evolution of a Contextual Approach to Therapy: From Comprehensive Distancing to ACT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2020. Vol.1 (2). P. 77–89.
60. Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys / R. C. Kessler et al. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2015. Vol. 24, no. 3. P. 210–226. URL: <https://doi.org/10.1017/s2045796015000189> (date of access: 17.11.2023).
61. Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010 / A. J. Baxter et al. *Depression and anxiety*. 2014. Vol. 31, no. 6. P. 506–516. URL: <https://doi.org/10.1002/da.22230> (date of access: 17.11.2023).
62. Common Reactions to Trauma. *Psychology Today*. URL: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/think-act-be/201609/21-common-reactions-trauma> (date of access: 16.11.2023).
63. Crum-Cianflone N. F., Jacobson I. Gender Differences of Postdeployment Post-Traumatic Stress Disorder Among Service Members and Veterans of the Iraq and Afghanistan Conflicts. *Epidemiologic Reviews*. 2013. Vol. 36, no. 1. P. 5–18. URL: <https://doi.org/10.1093/epirev/mxt005> (date of access: 17.12.2023).
64. Marks J. How to Complete The Stress Response Cycle. *Psych Central*. URL: <https://psychcentral.com/stress/the-stress-response-cycle#How-to-complete-the-stress-cycle> (date of access: 16.11.2023).
65. Mental health in wartime: how UNDP-supported NGOs are providing

psychological aid to Ukrainians. *UNDP*.
URL: <https://www.undp.org/ukraine/news/mental-health-wartime-how-undp-supported-ngos-are-providing-psychological-aid-ukrainians> (date of access: 16.11.2023).

66. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis / F. Charlson et al. *The Lancet*. 2019. Vol. 394, no. 10194. P. 240–248. URL: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30934-1) (date of access: 16.11.2023).

67. Psychopathology in Women / ed. by M. Sáenz-Herrero. Cham : Springer International Publishing, 2015. URL: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-05870-2> (date of access: 17.12.2023).

68. Ushakova I.V. Supervision: training manual Mykolaiv: Publishing house of ChSU named after Petra Mohyly, 2011. 228p.

69. Situation Ukraine Refugee Situation. *Operational Data Portal*. URL: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine> (date of access: 16.11.2023).

70. Trauma Response: Understanding How Trauma Affects Everyone Differently. UMMS Health. <https://health.umms.org/2022/06/08/trauma-response/>.

ДОДАТКИ

Додаток А

«Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) тривожності Ч.Д. Спілберга-Ю.Л. Ханіна (або Тест Спілберга-Ханіна)»

Тест Спілберга-Ханіна належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності. Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність) і з 20 висловлювань на визначення тривожності як диспозиції, особливості особистості (властивість тривожності). Що розуміє Спілбергер під обома мірами тривожності видно з наступної цитати: «Стан тривожності характеризується суб'єктивними, свідомо сприйнятими відчуттями загрози і напруги, що супроводжуються або пов'язані з активацією або збудженням автономної нервової системи». Тривожність як риса особи, очевидно, означає мотив або набуту поведінкову диспозицію, яка зобов'язує індивіда до сприйняття широкого кола об'єктивно безпечних обставин, як таких, які несуть загрозу, спонукаючи реагувати на них станами тривоги, інтенсивність яких не відповідає величині реальної небезпеки.

Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілберга є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості, і як стан. У нашій країні використовують тест у модифікації Ю.Л. Ханіна (1976).

Реактивна (ситуативна) тривожність – стан суб'єкта в даний момент часу, який характеризується емоціями, які суб'єктивно переживаються особою: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі.

Хід роботи:

Обстежуваному пропонується – «Уважно прочитайте кожне з наведених тверджень і закресліть відповідну цифру справа залежно від того, як ви себе почуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтеся. Перша відповідь, зазвичай, яка приходить в голову, є найбільш правильною, адекватною Вашому стану». Проводиться тестування з використанням опитувального бланка.

**Опитувальний бланк ситуативної тривожності
(Спілбергера–Ханіна)**

№з/п	Ситуація	Ні, це не так	Напевно, що так	Вірно	Дійсно вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3.	Я почуваю себе напружено	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я розчарований	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9.	Я стурбований	1	2	3	4
10.	Я маю відчуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не відчуваю скованості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я заклопотаний	1	2	3	4
18.	Я надто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Показник ситуативної (реактивною) тривожності розраховується за формулою:

$$PT = \sum 1 - \sum 2 + 35,$$

де $\sum 1$ – сума закреслених цифр по пунктах 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\sum 2$ – сума закреслених цифр по пунктах 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Якщо РТ не перевищує 30, то, особа, яку опитували, не відчуває особливої тривоги, тобто у неї в даний момент виявляється низька тривожність. Якщо сума знаходиться в інтервалі 31–45, то це означає помірну тривожність. При 46 і більше – тривожність висока.

Дуже висока тривожність (>46) прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

Низька тривожність (<12), навпаки, характеризує стан як депресивний, ареаактивний, з низьким рівнем мотивацій. Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особою високої тривоги з метою показати себе в «кращому світлі».

Результати записати у зошиті і сформулювати висновок про рівень реактивної тривожності обстеженої особи.

Методика «Визначення нервово-психічної напруги» (Т.А. Немчин)

Інструкція. Уважно читайте твердження і поруч з ними позначайте знаком «+», якщо ви згодні, і знаком «-», якщо не згодні.

1. Наявність фізичного дискомфорту:

- А) повна відсутність яких-небудь неприємних фізичних відчуттів;
- Б) мають місце незначні неприємні відчуття, що не заважають роботі;
- В) наявність великої кількості неприємних фізичних відчуттів, що серйозно заважають роботі.

2. Наявність болісних відчуттів:

- А) повна відсутність яких-небудь болів;
- Б) болісні відчуття періодично з'являються, але швидко зникають і не заважають роботі;
- В) мають місце постійні болісні відчуття, що істотно заважають роботі.

3. Температурні відчуття:

- А) відсутність яких-небудь змін у відчутті температури тіла;
- Б) відчуття тепла, підвищення температури тіла;
- В) відчуття похолодання тіла, кінцівок, почуття ознобу.

4. Стан м'язового тону:

- А) звичайний м'язовий тонус;
- Б) помірне підвищення м'язового тону, почуття певної м'язової напруги;
- В) значна м'язова напруга, посмикування окремих м'язів обличчя, шиї, рук (тики, тремор).

5. Координація рухів:

- А) звичайна координація рухів;
- Б) підвищення точності, легкості, координованості рухів під час писання, іншої роботи;

В) зниження точності рухів, порушення координації, погіршення почерку, утруднення при виконанні дрібних рухів, що вимагають точності.

6. Стан рухової активності загалом:

А) звичайна рухова активність;

Б) підвищення рухової активності, збільшення швидкості й енергійності рухів;

В) різке посилення рухової активності, неможливість усидіти на одному місці, метушливість, прагнення ходити, змінювати положення тіла.

7. Відчуття збоку серцево–судинної системи:

А) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів з боку серця;

Б) відчуття посилення серцевої діяльності, що не заважає роботі;

В) наявність неприємних відчуттів з боку серця – частішання серцебиття, почуття тиску в ділянці серця, поколювання, болі в серці.

8. Прояви збоку шлунково-кишкового тракту:

А) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів у животі;

Б) одиничні, швидко минуці і такі, що не заважають роботі, відчуття в животі. Почуття легкого голоду, періодичне «гурчання»;

В) виражені неприємні відчуття в животі – біль, зниження апетиту, нудота, відчуття спраги.

9. Прояви з боку органів дихання:

А) відсутність яких-небудь відчуттів;

Б) збільшення глибини і частішання дихання, що не заважає роботі;

В) значна зміна дихання – задишка, почуття недостатності вдиху, «комок у горлі».

10. Прояви з боку видільної системи:

А) відсутність яких-небудь змін;

Б) помірна активізація видільної функції – більш часте бажання скористатися туалетом при повному збереженні здатності утриматися (терпіти);

В) різке частішання бажання скористатися туалетом, чи труднощі, навіть неможливість терпіти.

11. Стан потовиділення:

- А) звичайне потовиділення без яких-небудь змін;
- Б) помірне посилення потовиділення;
- В) поява рясного «холодного» поту.

12. Стан слизової оболонки порожнини рота:

- А) звичайний стан без яких-небудь змін;
- Б) помірне збільшення слиновиділення;
- В) відчуття сухості в роті.

13. Колір шкірних покривів:

- А) звичайний колір шкіри обличчя, шиї, рук;
- Б) почервоніння шкіри обличчя, шиї, рук;
- В) блідний колір шкіри обличчя, шиї, поява на шкірі кистей рук «мармурового» (плямистого) відтінку.

14. Сприйнятливість, чутливість до зовнішніх подразників:

- А) відсутність яких-небудь змін, звичайна чутливість;
- Б) помірне підвищення сприйнятливості до зовнішніх подразників, що не заважає роботі;
- В) різке загострення чутливості, відволікання, фіксація на сторонніх подразниках.

15. Почуття впевненості в собі, у власних силах:

- А) звичайне почуття впевненості у власних силах, здібностях;
- Б) підвищене почуття впевненості в собі, віра в успіх;
- В) почуття непевності в собі, очікування невдачі, провалу.

16. Настрій:

- А) звичайний настрій;
- Б) піднесений, підвищений настрій, відчуття підйому, приємного задоволення роботою чи іншою діяльністю;

В) зниження настрою, пригніченість.

17. Особливості сну:

А) нормальний, звичайний сон;

Б) гарний, міцний, освіжаючий сон напередодні;

В) неспокійний, з частими пробудженнями і сновидіннями сон упродовж кількох попередніх ночей, зокрема, напередодні.

18. Особливості емоційного стану загалом:

А) відсутність яких-небудь змін у сфері емоцій і почуттів;

Б) почуття заклопотаності, відповідальності за роботу, що виконується, «азарт», активне бажання діяти;

В) почуття страху, паніки, розпачу.

19. Перешкодостійкість:

А) звичайний стан, без яких-небудь змін;

Б) підвищення перешкодостійкості в роботі/здатність працювати в умовах шуму й інших перешкод;

В) значне зниження перешкодостійкості, нездатність працювати при відволікаючих подразниках.

20. Особливості мови:

А) звичайна мова;

Б) підвищення мовної активності, збільшення гучності голосу, прискорення мови без погіршення її якості (логічності, грамотності тощо);

В) порушення мови – поява тривалих пауз, запинок, збільшення кількості особистих слів, заїкуватість, занадто тихий голос.

21. Загальна оцінка психічного стану:

А) звичайний стан;

Б) стан зібраності, підвищена готовність до роботи, змобілізованість, високий психічний тонус;

В) почуття втоми, незібраності, неуважності, апатії, зниження психічного тону.

22. Особливості пам'яті:

- А) звичайна пам'ять;
- Б) поліпшення пам'яті – легко пригадується те, що потрібно;
- В) погіршення пам'яті.

23. Особливості уваги:

- А) звичайна увага без яких-небудь змін;
- Б) поліпшення здатності до зосередження, відволікання від сторонніх справ;
- В) погіршення уваги, нездатність зосередитися на справі, відволікання.

24. Кмітливість:

- А) звичайна кмітливість;
- Б) підвищення кмітливості, гарна спритність;
- В) зниження кмітливості, розгубленість.

25. Розумова працездатність:

- А) звичайна розумова працездатність;
- Б) підвищення розумової працездатності;
- В) значне зниження розумової працездатності, швидка розумова стомлюваність.

26. Явище психічного дискомфорту:

- А) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів і переживань з боку психіки загалом;
- Б) почуття психічного комфорту, підйому психічної діяльності або одиничні, слабо виражені, які швидко минають і не заважають роботі, явища;
- В) різко виражені, різноманітні і численні, які серйозно заважають роботі порушення з боку психіки.

27. Ступінь поширеності (генералізованості) ознак напруги:

- А) одиничні, слабо виражені ознаки, на які не звертається увага;
- Б) чітко виражені ознаки напруги, не лише такі, що н заважають діяльності, але, навпроти, що сприяють її продуктивності;

В) невелика кількість різноманітних неприємних ознак напруги, що заважають роботі різних органів і систем організм

28. Частота виникнення стану напруги:

А) відчуття напруги не розвивається практично ніколи;

Б) деякі ознаки напруги розвиваються лише за наявності реально важких ситуацій;

В) ознаки напруги розвиваються дуже часто і нерідко без достатніх на те причин.

29. Тривалість стану напруги:

А) дуже короткочасний, не більше кількох хвилин, швидко зникає ще до того, як минула складна ситуація;

Б) продовжується практично впродовж усього часу перебування в умовах складної ситуації і виконання необхідної роботи, припиняється невдовзі після її закінчення;

В) дуже велика тривалість стану напруги. Напруга не припиняється впродовж тривалого часу після складної ситуації.

30. Загальний ступінь виразності напруги:

А) повна відсутність чи дуже слабкий ступінь виразності;

Б) помірковано виражені, виразні ознаки напруги;

В) різко виражена, надмірна напруга.

Обробка та інтерпретація. За оцінку «+», поставлену напроти пункту «А» нараховується 1 бал, напроти пункту «Б» – 2 бали, напроти «В» – 3 бали.

Min – 30 балів, Max – 90 балів.

– 30–50 балів – слабка нервово–психічна напруга;

– 51–70 балів – помірна нервово–психічна напруга;

– 71–90 балів – надмірна нервово-психічна напруга.

**Методика «Експрес-діагностика схильності
до немотивованої тривожності» (В.В. Бойко)**

Інструкція до тесту. Прочитавши наведені нижче твердження, підтвердіть (відповідь «так») або заперечте (відповідь «ні») кожне із цих висловлювань.

Тестовий матеріал

1. Ви були сором'язливою, лякливою дитиною.
2. У дитинстві Ви боялися залишатися вдома на самоті (можливо, боїтеся і досі).
3. Вам іноді не дає спокою думка, що Вас може спіткати щось страшне.
4. Вам страшно під час грози або коли назустріч біжить незнайомий собака (лякалися в дитинстві).
5. Ви часто відчуваєте внутрішній неспокій, передчуваєте можливу біду, неприємності.
6. Ви боїтеся спускатися в темний підвал.
7. Вам часто сняться страшні сни.
8. Вас звичайно obsідають неприємні думки, коли близькі затримуються з невідомих причин.
9. Ви часто тривожитесь, аби чого не сталося.
10. Ви дуже переживаєте, коли близькі від'їжджають у відрядження, за кордон.
11. Ви боїтеся подорожувати літаком (чи поїздом).

Обробка та інтерпретація результатів тесту

Чим більше ствердних відповідей дав респондент, тим більш яскраво виражений у нього такий дисфункціональний стереотип емоційної поведінки як тривожність:

- 10–11 балів – безпричинна тривожність проявляється яскраво і стала невід'ємною рисою поведінки;

- 5–9 балів – спостерігається деяка схильність до тривожності;
- 4 бали і менше – схильності до тривожності немає.

Методика «Шкала депресії» (П.М. Балашова)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень (див. бланк для відповідей) і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як **Ви** почуваетесь останнім часом. Над запитаннями довго не задумуйтеся, тільки правильних чи неправильних відповідей немає.

№	Твердження	Відповіді			
		Ніколи	Іноді	Часто	Завжди
1	Я відчуваю пригніченість	1	2	3	4
2	Вранці я відчуваюся найкраще	1	2	3	4
3	У мене бувають періоди плачу чи майже сліз	1	2	3	4
4	У мене поганий нічний сон	1	2	3	4
5	Апетит у мене не гірший, ніж звичайно	1	2	3	4
6	Мені приємно дивитися на привабливих дівчат (хлопців), розмовляти з ними, перебувати поруч	1	2	3	4
7	Я помічаю, що втрачаю вагу	1	2	3	4
8	Мене непокоять заборони	1	2	3	4
9	Серце б'ється швидше, ніж звичайно	1	2	3	4
10	Я втомлююся без певних причин	1	2	3	4
11	Я думаю так само чітко, як завжди	1	2	3	4
12	Мені легко робити те, що я вмію	1	2	3	4
13	Відчуваю занепокоєння і не можу всидіти на місці	1	2	3	4
14	У мене є надія на майбутнє	1	2	3	4
15	Я більш дратівливий (–а), ніж звичайно	1	2	3	4
16	Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17	Я відчуваю, що корисний(а) і необхідний(а)	1	2	3	4
18	Я живу достатньо повним життям	1	2	3	4
19	Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру	1	2	3	4
20	Мене зараз радує те, що радувало завжди	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація результатів

Рівень депресії (РД) визначається сумою «прямого» і «зворотного» підрахунку.

Приклад зворотного підрахунку: у висловлюванні № 2 закреслена цифра 1, ми ставимо 4 бали; у твердженні № 5 закреслена відповідь 2 – ставимо 3 бали; у № 6 – відповідь 3 – ставимо 2 бали; у № 11 – відповідь 4 – ставимо 1 бал тощо.

«Прямий» підрахунок – твердження 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19.

«Зворотний» підрахунок – твердження 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

У сумі одержуємо рівень депресії, що коливається в діапазоні 20–80 балів:

- 20–50 балів – депресія відсутня;
- 50–59 балів – легка ситуативна чи стресова депресія;
- 60–69 балів – субдепресивний стан;
- 70–80 балів – високий рівень депресії.