

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

«\_\_\_\_\_»  
завідувачка кафедри психології  
\_\_\_\_\_ Ірина ЛИСЕНКОВА  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

УДК 159.942.5:616.89-008.484

## **ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ АПАТІЇ В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ**

Кваліфікаційна робота бакалавра  
за освітньою програмою «Психологія»  
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти  
галузь знань 05 - Соціальні та поведінкові науки  
спеціальність 053 «Психологія»

**Виконала:**  
студентка 465 групи  
**СУЛКОВСЬКА Ірина Борисівна**

**Науковий керівник:**  
кандидат психологічних наук, доцент  
**МИРОПОЛЬЦЕВА Ніна Ігорівна**

Миколаїв – 2023

Міністерство освіти і науки України  
Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Кафедра психології

Освітній рівень – бакалавр

Галузь знань: 05 – Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
завідувачка кафедри психології  
\_\_\_\_\_ Ірина ЛИСЕНКОВА  
« 01 » червня 2022 року

**ЗАВДАННЯ  
НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ БАКАЛАВРА**

**Студентці Сулковській Ірині Борисівні**

1. Тема роботи: «Особливості розвитку апатії в умовах невизначеності» затверджена наказом ЧНУ імені Петра Могили № 206 від «10» листопада 2022 року.
2. Об'єкт дослідження – розвиток апатії особистості.
3. Предмет дослідження – особливості розвитку апатії в умовах невизначеності.
4. Завдання дослідження:
  - 1) Здійснити теоретико-методологічний аналіз проблеми апатії, визначити психологічні особливості її розвитку.
  - 2) Визначити вплив умов невизначеності на розвиток апатії.
  - 3) Розглянути психологічну структуру поведінки апатійної особистості в невизначеності.
  - 4) Емпірично вивчити особливості розвитку апатії в невизначеності.
  - 5) Охарактеризувати індивідуально-особистісні особливості розвитку апатії.

## 5. Науковий керівник роботи.

ППП та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
<b>Миропольцева Ніна Ігорівна</b> кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології	21 вересня 2022 року _____	10 травня 2023 року _____

## 6. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи бакалавра (КРБ)	Строк виконання етапів роботи
<b>1</b>	Погодження керівником змісту КРБ	10.10. 2022 р.
<b>2</b>	Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження	01.11.2022 р.
<b>3</b>	Робота над підготовкою тексту КРБ	23.12.2022 р.
<b>3.1</b>	Розділ 1. Теоретико-методологічний аналіз особливостей розвитку апатії в умовах невизначеності.	01.03.2023 р.
<b>3.2</b>	Розділ 2. Емпіричне дослідження розвитку апатії в умовах невизначеності.	28.04.2023 р.
<b>4</b>	Висновки	10.05.2023 р.
<b>5</b>	Захист КРБ на кафедрі (попередній захист)	16.05.2023 р.
<b>6</b>	Захист КРБ перед Екзаменаційною комісією	21.06.2023 р.

Студент \_\_\_\_\_

Ірина СУЛКОВСЬКА

Науковий керівник \_\_\_\_\_

Ніна МИРОПОЛЬЦЕВА

## АНОТАЦІЯ

Сулковська І. Б. Особливості розвитку апатії в умовах невизначеності. – Бакалаврська робота.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавра за спеціальністю 053 «Психологія» – Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2023.

Кваліфікаційну роботу присвячено теоретико-методологічному аналізу психологічної літератури та характеризуванні особливостей розвитку апатії в умовах невизначеності.

Розкрито поняття, характеристику, види та вчення апатії різних психологів. Розглянуто види умов невизначеності та їх вплив на психічний стан людини. Проаналізовано, як умови невизначеності впливають на розвиток апатії.

Узагальнено результати емпіричного дослідження. Визначено індивідуально-психологічні особливості апатії в умовах невизначеності.

Об'єктом дослідження виступає розвитку апатії. Предметом дослідження є особливості розвитку апатії в умовах невизначеності.

Наукова новизна полягає в розробці теоретичних положень та обґрунтуванні особливостей розвитку апатії в умовах невизначеності. Виявленні індивідуально-особистісних особливостей поведінки індивіда з апатією.

Ключові слова: апатія, невизначеність, умови невизначеності, особистість, страх, стрес, депресія, тривога, ПТСР.

## ANNOTATION

Sulkovska I. B. Features of apathy development under conditions of uncertainty.

Qualification work for obtaining the educational and qualification level of a bachelor in specialty 053 "Psychology" – Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, 2023.

The qualification work is devoted to the theoretical and methodological analysis of psychological literature and characterization of the peculiarities of apathy development under conditions of uncertainty.

The concept, characteristics, types and doctrines of apathy of different psychologists are revealed. The types of uncertainty and their impact on the mental state of a person are considered. The author analyses how uncertainty conditions affect the development of apathy.

The results of an empirical study are summarized. The individual psychological features of apathy in conditions of uncertainty are determined.

The object of the study is the development of apathy. The subject of the study is the features of apathy development in conditions of uncertainty.

The scientific novelty consists in the development of theoretical provisions and substantiation of the peculiarities of the development of apathy in conditions of uncertainty. Identification of individual and personal characteristics of the behaviour of an individual with apathy.

Keywords: apathy, uncertainty, conditions of uncertainty, personality, fear, stress, depression, anxiety, PTSD.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ АПАТІЇ В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ.....	7
1.1. Поняття «апатії» в психологічній літературі.....	7
1.2. Психологічний вплив умов невизначеності на особистість.....	21
1.3. Умови невизначеності як стимул розвитку апатії.....	32
Висновки до першого розділу.....	42
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ АПАТІЇ В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ.....	44
2.1. Організація та проведення емпіричного дослідження.....	44
2.2. Якісні та кількісні характеристики змістовних компонентів апатії.....	51
2.3. Індивідуально-психологічні особливості розвитку апатії в умовах невизначеності.....	63
Висновки до другого розділу.....	76
ВИСНОВКИ.....	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	83
ДОДАТКИ.....	93

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Апатія – це стан емоційної відстороненості та відсутності мотивації до дії. Апатичні люди не завжди розуміють, що з ними відбувається. Апатія є симптомом різних психічних і фізичних станів, таких як депресія, тривога, втома тощо. Тому вивчення апатії допомагає зрозуміти ці стани.

Апатія – важкий психологічний стан, що характеризується відсутністю інтересу до навколишнього світу, внутрішньої мотивації, емоційної оцінки та емоційних реакцій. Це може призвести до зниження якості життя, зниження професійної та соціальної діяльності та загального стану здоров'я.

Апатія може бути проблемою в багатьох сферах життя. Дослідження апатії можуть допомогти покращити процеси та розробити стратегії підтримки динаміки та енергії цих сфер. Крім того, апатію можна відчувати в повсякденному житті, особливо в періоди соціальної ізоляції, втоми, відсутності мотивації та безнадії, особливо в періоди невизначеності. Вивчення апатії може допомогти зрозуміти та вдосконалити стратегії максимізації мотивації та енергії.

Залежно від психологічних факторів апатія може бути втратою інтересу до життя, відчуттям безпорадності, невпевненості, страху, тривоги тощо. Іншими факторами, які можуть сприяти розвитку апатії, є соціальні та культурні фактори, такі як сильний соціальний тиск, відсутність підтримки та почуття самодостатності.

Апатія може розвиватися в умовах невизначеності, після чого вона може бути викликана почуттям безнадійності та невпевненості у майбутньому. Коли людина не має достатньої інформації або відчуває, що немає контролю над ситуацією, вона може відчувати, що її дії не мають значення та нікуди не ведуть. Умови невизначеності можуть бути різноманітними: війна, пандемія, катаклізми тощо. Ці умови можуть викликати стрес та тривогу, що, у свою чергу, може призвести до втрати інтересу до дії та відчуття байдужості.

Зазвичай апатія розвивається безсимптомно, як деякі інші симптоми, чи розлади психіки. Апатійна людина не може зрозуміти відразу, що в неї розвивається апатія, адже якісь незначні зміни в активності можуть відносити до втоми, вигорання, чи навіть, ліні. Проте, значні зміни такі, як: відстороненість від оточуючих, зниження фізичної активності, зміна в настрої (на відміну від «звичного» настрою, може бути його відсутність, чи зниження).

В даний час відсутнє єдиного поняття, розуміння причин розвитку, динаміки та ознак апатії. Апатія досі є маловивченою як самостійним симптомом, тому виникають труднощі як у розмежуванні її від інших розладів, і у діагностиці такої поведінки та наданні точної психологічної допомоги. У зарубіжних дослідження існують різні підходи до вивчення апатії, але як частини симптомів клінічних розладів. Апатія розглядається як: порушення поведінки при хворобі Альцгеймера (Husain and Roiser), непомітний симптом деменції (Zhu and Anand), прояв при хворобі Паркінсона (Seppi), симптом поведінки (Marin), синдром поведінки (Marin), ознака депресії (Starkstein), при хвороби Хантінгтона (Caine and Shoulman), емоційне притуплення (Abrams and Taylor), негативні симптоми (Andreasen), спонтанна та спричинена нейрорептиками акінезія (Rifkin) та психомоторна затримка (Rogers), втрата елементарної сенсорної або моторної здатності (Marin), психомоторна відсталість (Rogers).

Актуальність обумовлена сучасними умовами життя, тому вивчення апатії є дуже важливим, оскільки воно може допомогти зрозуміти причини цього стану та визначити ефективні методи лікування та профілактики.

**Мета роботи** – теоретично аналізувати та емпірично дослідити особливості розвитку апатії в умовах невизначеності.

Відповідно до мети були визначені **завдання дослідження**:

- 1) Здійснити теоретико-методологічний аналіз проблеми апатії, визначити психологічні особливості її розвитку.
- 2) Визначити вплив умов невизначеності на розвиток апатії.



3) Розглянути психологічну структуру апатійної поведінки особистості в невизначеності.

4) Емпірично вивчити особливості розвитку апатії в невизначеності.

5) Охарактеризувати індивідуально-особистісні особливості розвитку апатії.

**Об'єкт дослідження** – розвиток апатії особистості.

**Предмет дослідження** – особливості розвитку апатії в умовах невизначеності.

**Методи дослідження.** Для досягнення мети та вирішення завдань обрано такі методи дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз, систематизація наукових джерел, узагальнення даних експериментального дослідження), емпіричні (тестування), методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних та кількісних даних емпіричного дослідження), методи математичної статистики (оцінка розбіжності експериментальних даних за допомогою t-критерій Стьюдента).

Психодіагностичний комплекс методик склали: тест САН (самопочуття, активність, настрої); тест «Загальна емоційна спрямованість» Б. Додонова; тест сенсо-життєвих орієнтації Д. Леонтева; методика «тривожність і депресія» Ю. Ханіна; фрустраційний вербальний тест Л. Собчик; тест «Діагностики соціально-психологічних установок» О. Потьомкіна.

**Експериментальна база дослідження.** Вибірку дослідження склали 40 осіб, які проживають у селищі Врадіївка Миколаївської області: 20 осіб жіночої статі віком від 20 до 25 років та 20 осіб чоловічої статі віком від 22 до 25 років.

**Теоретична та практична значущість.** Результати проведеного дослідження можуть бути використані для розробки робочих програм та навчально-методичної літератури з дисциплін «Позитивна психологія», «Когнітивно-поведінкова терапія» та «Психологія кризових станів», «Сучасні напрямки психології» в системі професійної підготовки майбутніх психологів та під час проведення виробничої практики.

**Апробація результатів дослідження.** Основні результати роботи були відображені в тезах на: Всеукраїнській науково-методичній конференції: «Психологічна наука в XXI столітті: перспективи розвитку» (Миколаїв, 2023) та на Міжнародній науково-практичній конференції «MODERN PROBLEMS OF SCIENCE, EDUCATION AND SOCIETY» (Київ, 2023)

**Публікації.** Основний зміст і результати роботи відображено у 2 тезах у збірнику матеріалів конференцій.

**Структура роботи** складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг бакалаврської роботи становить 107 сторінок, основний зміст викладено на 80 сторінках. Робота містить 6 таблиць, 2 рисунків, 6 додатки. Список використаних джерел складає 98 праць українських та зарубіжних авторів, з них 88 англомовні.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ АПАТІЇ В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ

### 1.1. Поняття «апатії» в психологічній літературі

Термін «апатія» зазвичай визначається як відсутність інтересу або емоцій. Особливо цікаво відзначити, що апатія являє собою відсутність емоцій, які людина повинна бажати повернути (таким чином роблячи емоції бажаним станом), тоді як апатія є навмисним упущенням емоційного страждання. Апатія – це психологічний стан, під яким ми розуміємо байдужість, нейтральне ставлення до життя і всього, що його оточує. Якщо торкнутися витоків виникнення цього поняття, то відомо, що з давніх часів апатію приписували нерозумним рухам душі, що характеризуються відхиленням від правильності судження про добро і зло.

Апатія – це стародавній термін, що походить від грецького слова *apatheia* (*a-pathos*, тобто без пристрасті), згаданого в стародавніх рукописах, таких як французький словник Фюрет'єра. Для стоїків Стародавню Грецію цей термін мав позитивну конотацію, і «вони прагнули випробувати абсолютну апатію і заціпеніти до смутку». Вони хотіли, щоб їхні душі перебували у стані спокою та тиші. Грецькі філософи також аналізували походження та мотиви людських дій. Аристотель стверджував, що ми спонукаємося до дії лише тоді, коли схоплюємо об'єкт бажання [9].

Протягом XIX століття термін апатія все частіше використовувався у медичній нозографії в іншому значенні. Наприклад, у виданні «Французького медичного словника Літтре і Робена» апатія визначається як «байдужість, несприйнятливність або нездатність відчувати емоції або реагувати на них при зіткненні з приємними і особливо сумними подіями». Включення апатії до нозології хвороби Паркінсона є прикладом прогресу, досягнутого в розмежуванні нервово-психічних синдромів наприкінці XIX століття [19].

Хоча «апатія», здавалося, поступилася місцем іншим термінам, її значення було збережено Ф. Навілем у Женеві. У 1922 р. він запровадив новий термін – брадифренія. Торкаючись конкретно питання про «психічні ускладнення летаргічного енцефаліту», він описав синдром апатії з чудовою клінічною проникливістю, розділивши руховий, когнітивний та емоційний аспекти. Він описав «дуже поширений і своєрідний стан розумової втоми та втрати [...], що характеризується зниженням довільної уваги, спонтанного інтересу, ініціативи, зусиль та працездатності, що супроводжується об'єктивним виснаженням та легкою втратою пам'яті» [63, с. 369–371].

Багато фахівців, особливо відомий американський психіатр і психоаналітик Р. Грінсон, вважають, що апатія має позитивну сторону. У крайніх випадках він діє як захисний механізм. Деякі гострі переживання – наприклад, відчуття безнадійності – руйнують і виснажують розум. Апатія є механізмом нейтралізації цих деструктивних переживань. Однак після того, як захисна «оболонка» одягнута, людина не завжди може її потім зняти. В результаті втрачається здатність нормально виражати емоції.

Інший американський психіатр і психоаналітик Г. Салліван досліджував здатність немовляти впадати в апатію на ранньому етапі життя, стверджуючи, що апатія – це внутрішня напруга, викликана тією чи іншою незадоволеною потребою в адаптаційній реакції. Однак, за словами Г. Саллівана, «апатія, спосіб уникнути швидко зростаючої напруги і, зрештою, жаху, – це стан повного виснаження енергії» [31, с. 154].

Крім того, цей захисний механізм не завжди дієвий: людина в стані апатії позбавляється можливості адекватно відреагувати на виникнення надзвичайної небезпеки. Апатію іноді називають «емоційною тупістю», оскільки визначальною характеристикою апатії є збіднення емоцій – головним чином вищих емоцій (співчуття, толерантність, вдячність, повага, щедрість тощо), пов'язаних із моральними, естетичними, інтелектуальними та релігійними потребами. А емоційно затуплена людина байдужа не тільки до оточуючих, а й до власної долі. У неї немає потягу до будь-якої діяльності і

планів на майбутнє. У зв'язку з цим апатію також називають «паралічем емоцій і мотивація». Щоб подолати стан апатії, потрібно спочатку визнати, що він існує. І усвідомлювати масштаби катастрофи. Адже поява всієї країни в такому стані означає, що ворог домігся свого. Тому що апатична людина не має здатності до опору чи мети [31].

Е. Фромм пов'язує походження цього процесу з домінуючою культурною нормою, згідно з якою цінність людини визначається набором корисних якостей: «Впевненість у собі та самоповага стають відображенням того, що інші думають про індивіда..... Якщо їх шукають, вони думають, що вони «хтось»; якщо їх не люблять, вони – ніщо в їхніх очах» [5, с. 107].

На думку Д. Хокінса, заразливість апатії пояснюється її низьким частотним положенням на шкалі емоційного діапазону, причому емоція, представлена нижче, є заразливою для загального емоційного стану групи [28].

Апатія є результатом втрати традиційних цінностей і зв'язків, що, за словами Х. Ортеги-і-Гассета, «ставить людей під загрозу перестати бути самими собою» [8, с. 490-491].

Апатія – це результат зусиль уряду, спрямованих на цілеспрямоване створення «маленьких людей», позбавлених свободи і права вибору. Ч. Міллс, говорячи про долю державних службовців, які, здавалося б, займають дуже важливе місце в соціальній структурі, сказав: «Я відчуваю, що ми живемо у світі, де громадяни є лише глядачами і нав'язаними акторами, де мій особистий досвід є політично марним, а політична воля – незначною ілюзією». М. Фуко поділяє подібну думку, проводячи аналогію між сучасним суспільством та ідеалізованою в'язницею. П. Бурдьє стверджує, що апатія є неминучим наслідком «символічного насильства» з боку можновладців. Г. Маркузе пропонує спеціальний термін «одновимірне життя», де «індивід ототожнює себе з нав'язаними йому способами», і ця ідентифікація «приносить новий рівень відчуження», а «відчуження суб'єкта поглинається відчуженою формою існування» [60, с. 260-270].

Апатія є наслідком інформаційного перевантаження світу. За словами Ж. Бодріяра, «ми живемо у світі, де дедалі більше інформації і дедалі менше сенсу». Цей погляд на апатію також поділяють М. Маклюен, Ж. Ліотар, Р. Лейн і Т. ДеЛука [17].

Апатія є адаптивним механізмом у часи гострої соціальної кризи. На думку З. Баумана, люди впадають в апатію, бо втрачають «контроль над сьогоденням», бо «найважливіші чинники, що визначають їхнє життя, їхнє соціальне становище і перспективи того й іншого, знаходяться не в їхніх руках». Іншими словами, «відстороненість» необхідна для правильного розуміння життя в сучасному суспільстві [98, 50].

П. Штомпка робить висновок, що ситуація, яка склалася в суспільстві, посилює недовіру, похмурий погляд на майбутнє, ностальгію за минулим, політичну байдужість і травму колективної пам'яті [31].

Байдужість є результатом відчуження механізму впливу, спричиненого трансформацією соціальної модернізації чи політико-культурних особливостей. С. Хантінгтон, описуючи процес модернізації традиційних політичних інститутів, бачить різкі зміни як фактор ризику для традиційних відносин, порушення яких, у свою чергу, може негативно вплинути на психоемоційний стан індивідів: «Під впливом модернізації... сім'я починає розпадатися і замінюється нуклеарною сім'єю, яка є надто малою, надто ізольованою та надто слабкою, щоб виконувати ті самі функції (соціально-політичний вплив чи репрезентацію). Таким чином, модернізація часто породжує відчуження та аномію, відсутність норм – результат конфлікт між старими та новими цінностями» [76, с. 49].

У 1960 році Б. Беттельгайм опублікував у США дослідження під назвою «Просвітлений розум». У цьому дослідженні, заснованому на власному досвіді перебування в таборах, Беттельгайм детально обговорив тріаду «навмисне пригнічення - апатія як результат пригнічення – агресія як неминучий супутник апатії». Продуктом цієї тріади є «ідеальний в'язень», повністю контрольована людина. За Беттельгеймом, пригнічення призводить до апатії,

апатія – до агресії, а спалахи агресії – до нової апатії. Апатія та агресія впливають одна на одну. Насправді, маніпулювати агресивною людиною так само легко, як і апатичною.

Р. Марін визначив синдром апатії як «стан первинного порушення мотивації [...], не пов'язане з порушенням інтелекту, емоцій чи свідомості». Р. Марін припустив, що апатію слід визначати як «особливий психіатричний синдром, що характеризується дефіцитом цілеспрямованої поведінки», про що свідчить «супутнє зниження когнітивних та емоційних складових цілеспрямованої поведінки». Його концептуалізація чітко визначила апатію як помітний та незалежний симптом у пацієнтів з первинною депресією та нейродегенеративними захворюваннями [54, с. 22-30].

Апатія як клінічний термін в даний час використовується для позначення патологічної поведінки, що характеризується зниженням потягу та мотивації, відсутністю цілеспрямованої поведінки, зниженням інтересу до звичного проведення часу зі зниженою емоційною реактивністю та експресивністю. Ця конструкція включала раніше терміни, такі як абулія і атимормія, і розглядала абулію як важку форму апатії. Як чітко заявив Р. Марін, «у клінічній практиці діагноз абулії ставиться пацієнтам, які не сплять, але в інших відносинах серйозно порушено їхню здатність до спілкування та ініціювання та саморегуляції цілеспрямованої поведінки». на континуумі мотиваційного та емоційного дефіциту, причому абулія є найважчою частиною континууму» [55, с. 248].

Після Р. Маріна конструкт апатії як нейропсихіатричного синдрому був організований у стандартизований набір діагностичних критеріїв С. Старкштайном і А. Лентженсом. Відповідно до модифікованих діагностичних клінічних критеріїв С. Старкштейна, заснованих на критеріях Р. Маріна, знижена цілеспрямована поведінка визначається як «брак зусиль або енергії для виконання повсякденних дій» і «залежність від підказок інших щодо структурування повсякденної діяльності»; зниження цілеспрямованого пізнання через «відсутність інтересу до вивчення нових речей або нового

досвіду» та «відсутність турботи про особисті проблеми»; і зниження емоційних супутніх цілеспрямованої поведінки через «незмінний або плоский афект» і «відсутність емоційної чутливості до позитивних або негативних подій» [84].

Крім того, Р. Леві та Б. Дюбуа підкреслили важливість визначення синдрому апатії як «кількісного зменшення добровільної, цілеспрямованої поведінки». Виділили три основні підтипи апатії: 1) зниження емоційно-афективної обробки (тобто мотивації), 2) порушення когнітивна обробка планів дій (тобто планування) і 3) труднощі в ініціації поведінки (тобто ініціація).

За першого підтипу апатії порушується зв'язок між емоціями та поведінкою. Це проявляється у відсутності сили волі, бажань, емоційному сплюсненні, нечутливості до позитивного емоційного підкріплення (винагороди) і нездатності точно передбачити позитивні або негативні наслідки своїх рішень на основі попереднього емоційного досвіду. Характерне зниження залученості в соціальні міжособистісні контакти. Апатія виникає внаслідок ушкодження орбітальної та медіальної префронтальної кори та/або її зв'язків із лімбічними структурами (мигдалина, субікулум, вентральна ділянка шиї) і базальними гангліями (вентральний стріатум і бліда куля). Цей стан виникає рано у пацієнтів із фронтотемпоральною дегенерацією або вогнищевим пошкодженням орбіто-медіальних лобових ділянок мозку іншої етіології. Цей підтип апатії може також зустрічатися при хворобі Альцгеймера [37].

Другий підтип апатії – «когнітивна апатія» або когнітивна інертність, дисрегуляторний синдром (*dysexecutive syndrome*). Патолофізіологічною основою цього підтипу апатії є порушення когнітивних функцій, необхідних для розробки плану дій. Основним симптомом є зниження самостійної активності, що супроводжується порушенням функцій лобового контролю, необхідних для вироблення цілеспрямованої поведінки (планування, вироблення нових стратегій і нових форм поведінки, перемикання з одного



виду діяльності на інший, робоча пам'ять тощо). У цьому разі патологічний процес локалізується в латеральній префронтальній корі (дорсолатеральна, вентролатеральна і полярна частини лобової частки), з порушенням зв'язків із когнітивною ділянкою базальних гангліїв – в основному з дорсальною частиною хвостатого ядра. За цієї форми апатії найбільші зміни спостерігаються в тесті сортування карток Віконсина, тесті з'єднання літер і цифр і тесті буквених асоціацій [83].

Третій підтип – апатія, пов'язана з порушенням самоактивації («психічна акінезія»). Порушується як самоактивація мислення, так і ініціація дій (моторні програми), які необхідні для цілісної поведінки. За відсутності зовнішніх подразників пацієнт може сидіти нерухомо цілий день, нічого не роблячи. Водночас може спостерігатися порожнеча думок, «розумова порожнеча». Тільки реакції на подразники нормальні, а емоційна відповідь короткочасна. Можливі псевдокомпульсивні стереотипні форми поведінки або мислення. Цих пацієнтів необхідно постійно підштовхувати до дій. Порушення спонтанної активності, а не емоційне сплюснення або когнітивні труднощі є основними результатами. Цей тип апатії частіше трапляється за дисфункції базальних гангліїв та асоціативних лімбічних структур, пов'язаних із когнітивною функцією. Синдром найбільш виражений за двостороннього пошкодження хвостатого ядра, внутрішньої частини білого очного яблука і медіодорсальних частин зорового горбка. Головною особливістю є переривання двосторонніх зв'язків між базальними гангліями та лобовою корою. Цей підтип апатії може виникати в разі обширного ушкодження білої речовини лобових часток, медіальної префронтальної кори (верхня, середня лобова звивина, дорсальна і вентральна частини передньої поясної звивини). Подібний підтип апатії може виникати за хвороби Паркінсона та прогресуючого над'ядерного паралічу [50].

Однак не всі дослідники дотримуються представленого поділу апатії на окремі підтипи. Але будь-яка спроба чіткішого співвіднесення клінічного феномена з локалізацією чи характером патологічного процесу продуктивна,

оскільки допомагає краще зрозуміти патофізіологію як самої апатії, і тих захворювань, у яких є однією з домінуючих синдромів. У зв'язку з цим багато дослідників вважають за необхідне подальше вивчення синдрому апатії, який дуже часто зустрічається при цереброваскулярних і нейродегенеративних захворюваннях [74].

Апатія як симптом може бути наслідком:

- Значне погіршення настрою при депресії;
- Значне зниження когнітивних здібностей при деменції;
- Зміни пильності, наприклад, виражена сонливість і нездатність зосередитися при делірії.

З іншого боку, апатія може бути самостійним синдромом, коли зниження мотивації не є вторинним щодо депресії або деменції, а первинним і ґрунтується на незалежній патофізіологічній базі [46].

Терміни, пов'язані з апатією або які можуть бути синонімами апатії, включають абулію (наприклад, що відображає важку апатію), амотиваційні стани та негативні симптоми (наприклад, як часто використовується в літературі про шизофренію). Клінічно автори описували апатію (наприклад, пацієнтами та сім'ями) як «встати і піти, що встали і пішли» або «відсутня іскра» [72].

Д. Стасс та К. Мерфі відзначили, що визначення та оцінка мотивації є проблематичними, і запропонували визначити апатію як відсутність чутливості до подразників, з вимогою, щоб ця відсутність чутливості була продемонстрована відсутністю самостійної дії. Отже, ініціація є центральною у визначенні апатії. Самоініційована реакція може мати афективний, поведінковий або когнітивний характер. Дослідники також припускають, що апатія насправді може являти собою низку пов'язаних, але відокремлених станів, залежно від нейронного субстрату та/або поведінкової реакції [87].

Симптоми апатії можна визначити як нейроповедінковий синдром, що характеризується відсутністю волі або інтересу до повсякденної діяльності та розваг, а також втратою мотивації, що також відображається у зниженні

емоційної реакції (емоцій і почуттів). Апатія стосується когнітивних і афективних аспектів, а також специфічної поведінки, аспектів, які в поєднанні призводять до значного зниження самоствореної цілеспрямованої поведінки. Іншими словами, апатична людина має мало ініціативи для виконання діяльності, а також демонструє зниження своїх почуттів та емоцій [70].

До специфічних симптомів апатії належать:

- Відсутність або придушення емоцій, почуттів, занепокоєння чи пристрасності;
- Відсутність мотивації (зробити або завершити щось) – слабка форма апатії;
- Відсутність сенсу або мети – але не депресія (безнадійність);
- Млявість/низький рівень енергії та пасивність;
- Відстороненість від життя та особистих подій [78].

Хоча це часто зустрічається при деяких неврологічних і психічних розладах, воно різною мірою виявляється і у здорових людей. Апатія у здорових дорослих істотно впливає на повсякденне життя, особливо щодо освіти та можливостей працевлаштування [25].

Апатія – це клінічний синдром, що характеризується зниженням самостійної, цілеспрямованої діяльності, яка не зумовлена первинним руховим або сенсорним порушенням. Це не єдиний синдром, але може проявлятися в кількох сферах, зокрема в пізнанні, поведінці, емоціях і соціальній взаємодії [58].

Апатію можна вважати синдромом із власними клінічними критеріями, але зазвичай означає наявність у пацієнта інших захворювань. Пацієнти з хворобою Альцгеймера, хворобою Паркінсона, шизофренією, великою депресією, черепно-мозковою травмою або порушеннями мозкового кровообігу часто можуть відчувати апатію [69].

Нещодавні дослідження висувають на перший план концепцію апатії при хворобі Паркінсона, яку можна розглядати як нейропсихіатричний синдром, що виникає в результаті структурного та функціонального

порушення різних систем та мереж мозку, що впливають на підтримку спонтанної розумової активності та здатності уражених людей до самоконтролю. змусити його змінитись, щоб пов'язати емоції зі складними стимулам. Відповідно до основного опису Е. Бріссо, зробленого більше 120 років тому, апатія при хворобі Паркінсона може виявлятися як суто психічний синдром, окремий від депресії, тривоги або інших психічних розладів. Ця концепція все ще має деякі обмеження через частого збігу апатії, депресії та тривоги при хворобі Паркінсона, як уже наголошувалося вище, а також через обговорюване питання про ієрархічний внесок депресії та когнітивного дефіциту у виникнення апатії [67].

Депресію та апатію часто плутають, але, здається, зростає консенсус щодо того, що вони різні. Тож депресія – це зміна настрою, що характеризується смутком, почуттям безнадійності, незадоволенням звичними приємними справами, зниженням або відсутністю мотивації, втратою інтересу до повсякденної діяльності, почуттям непотрібності та низькою самооцінкою. Якщо ми візьмемо ці характеристики, то вже побачимо перекриття між депресією та апатією: відсутність мотивації та втрата інтересу [49].

Однак апатія має особливу структуру, яка, ґрунтуючись на певних когнітивних і емоційних характеристиках, дозволяє відрізнити її від депресії. При апатії фактично, хоча і відбувається втрата мотивації та інтересів, спостерігається зниження цілеспрямованої поведінки або зменшення добровільних дій, немає досвіду смутку, відчуття непотрібності чи відчаю. Апатичний суб'єкт, на відміну від депресивного, більш пасивний суб'єкт, мало стурбований станом здоров'я. Він являє собою стан емоційної рівності, що робить його байдужим до ситуацій, які зазвичай викликають емоційну реакцію [57].

Депресивний, навпаки, відчуває і проявляє емоційний дискомфорт: він буквально сумує, скаржиться на себе і на світ, звинувачує себе, сприймає себе неповноцінним і безнадійним. Крім того, у соціальних ситуаціях він має

емоційні реакції, стає деморалізованим, похмурим, відчувається не на своєму місці та навмисно прагне їх уникати [44].

Тому відмінності між апатією та депресією роблять важливим провести правильний аналіз зниженої мотивації та втрати інтересу, оскільки ці фактори справді можуть накладатися, але мають різне значення та є показниками чітких і точних психопатологічних станів. Тому апатичний синдром, який характеризує апатію як специфічний розлад, – це одне, а апатія, як симптом депресії – зовсім інше.

Деякі форми апатії можуть бути пов'язані з рисами психопатії та відсутністю емпатії, що свідчить про важливість також оцінки апатії серед населення в цілому. Загальне зниження цілеспрямованої поведінки не є характерним для апатії, але також може бути результатом інших станів, таких як втома [54].

Втома може стосуватися, з одного боку, суб'єктивних відчуттів нестачі фізичної або розумової енергії, а з іншого боку, зниження здатності підтримувати оптимальну рухову або когнітивну роботу протягом тривалого часу. Подібно до апатії, втома може бути описана як багатовимірний розлад, який включає фізичні та психічні аспекти, які проявляються неприємними відчуттями та/або обмеженнями у виконанні поведінкової чи когнітивної діяльності. Оцінка та лікування втоми є складними через її багатофакторну природу, а також через те, що втома може спостерігатися як з основним захворюванням, так і без нього [14].

Втома зазвичай відчувається серед населення в цілому, включаючи здорових дорослих. Здебільшого він проявляється як тимчасовий стан, але також може бути стійким. Приблизно у 20% здорових людей втома є хронічною і сильно впливає на повсякденне функціонування [21].

Таким чином, як апатія, так і втома проявляються в труднощах із започаткуванням або підтримкою звичної або бажаної діяльності, і докази свідчать про те, що для обох існує порушення в прийнятті рішень на основі

зусиль, що призводить до зниження готовності брати участь у напруженій поведінці.

Апатія та ангедонія – поняття, які іноді можуть збивати з пантелику, апатія проявляється як загальна відсутність мотивації, заснована на зниженні цілеспрямованого мислення чи поведінки та згладженому афекті чи байдужості [56].

Справді, відсутність бажання домагатися нагороди чи задоволення від нагороди характерно як апатії, так ангедонії, тоді як емоційне оніміння/байдужість характерно апатії. Ангедонічна людина може, як і раніше, вважати соціальні відносини важливими, незважаючи на відсутність прагнення до них, тоді як апатична людина більше не вважає соціальні відносини цінним заняттям [73].

Іншим поширеним поняттям, часто пов'язаним з апатією та ангедонією, є алекситимія, яка відноситься до труднощів ідентифікації та опису почуттів, які часто пов'язані з функціональними соматичними розладами [48].

Апатія – це загальна відсутність чи зменшення почуттів, переживань, інтересів та турбот у людини. Це стан байдужості, у якому такі стану, як мотивація, пристрасть чи ентузіазм, практично зникають із життя. Апатія зазвичай призводить до відсутності в людини почуття мети чи цінності. Тому тим, хто перебуває в цьому поверхневому емоційному стані, дуже важко ставити цілі та досягати їх. Загалом, крім явного оніміння, вони зазвичай виявляються симптоми фізичного і розумового виснаження. Іноді апатія пов'язана з проблемами психічного здоров'я, такими як депресія, велика шизофренія або деменція. Однак не всі випадки мають бути пов'язані з полумкою [96].

Згідно з течіями, такими як позитивна психологія, це, швидше за все, виникає через те, що людина вважає, що в неї недостатньо навичок для вирішення життєвих проблем. Важливо розуміти, що деякий стан апатії є нормальним, і майже кожен відчуває його у якийсь момент свого життя. Однак

у дуже важких випадках це може вплинути на розвиток повсякденного життя та спричинити серйозні проблеми у постраждалих [65].

Апатія в більшості випадків торкається всіх сторін життя людини одночасно. Як правило, це пов'язано з відсутністю інтересу та мотивації в будь-якій галузі, зазвичай викликаним емоційним чи психологічним розладом чи безнадійністю. Однак при вивченні цієї психологічної проблеми деякі фахівці вважають за корисне розділити її симптоми на три категорії: поведінкові, когнітивні та емоційні [42].

Хоча симптоматика апатії зазвичай розглядалася як єдина проблема, у кількох недавніх дослідженнях кілька психологів запропонували ідею існування кількох підтипів.

Першим є загальна апатія. Це може статися у людей, у яких є всі або більшість симптомів, описаних вище, і у яких є серйозні проблеми в їх повсякденному житті.

Другий тип називається «поведінкова апатія». Люди, які страждають від цього, не мають серйозних емоційних проблем у тому сенсі, що вони можуть продовжувати цікавитись своїм оточенням та мотивувати себе; Проте з різних причин рівень їхньої активності різко знижений.

Третій та останній тип протилежний попередньому і називатиметься «емоційна апатія». Це люди, які не відчують сильних емоцій від усього, що з ними відбувається, але все ж таки здатні поводитися нормально і виконувати свої зобов'язання більш-менш ефективно [96].

Дві інші форми апатії, які можуть відчувати люди:

Апатія свідка: це пов'язано з ефектом свідка, явищем, коли люди бачать, що хтось ще потребує допомоги, але нічого не роблять, щоб втрутитися чи запропонувати допомогу. Є багато причин, через які люди можуть не діяти в таких ситуаціях, включаючи байдужість чи апатію до ситуації іншої людини.

Втома від співчуття: іноді люди спочатку турбуються, але потім стають фізично та емоційно пригніченими чи виснаженими. Це призводить до зниження здатності відчувати співчуття чи співчуття до інших [34].

Перше, що ми зазвичай помічаємо в людини з апатією (або коли ми самі страждаємо від цієї проблеми), це те, що рівень її активності значно знижується. Люди будуть схильні робити набагато менше дій у повсякденному житті і будуть схильні просто отримувати задоволення. З іншого боку, через відсутність інтересу до свого оточення апатична людина виявляє дуже мало наполегливості під час виконання завдання. Якщо він знаходить щось важке, він зазвичай припиняє спроби через короткий час. Нарешті, працездатність людини значно знижується у всіх галузях, що може призвести до різноманітних проблем (наприклад, на роботі чи університеті). Зазвичай це відбувається з невеликими зусиллями, які заважають досягти стандартів, яких ви досягли раніше [71].

Згідно з дослідженнями, основна думка людини, яка страждає на апатію, полягає в тому, що вона того не варта. З якоїсь причини у людей склалося переконання, що спроби стати кращими марні, оскільки неможливо жити краще в майбутньому. Це також зазвичай пов'язане з сильним песимізмом, який зазвичай є результатом неприємного чи травматичного досвіду. Демотивація настільки сильна у більшості апатичних людей, що їм дуже важко приймати рішення чи переконувати себе у необхідності діяти. Зрештою, у багатьох випадках також зменшується кількість думок, які робить людина. Це означає, що ваша розумова активність різко знижується [42].

Основний емоційний симптом, викликаний апатією, – практично повна відсутність інтересу до всього. Людина з цією проблемою не може подбати про своє оточення, що призводить до відсутності бажання діяти чи покращувати своє існування. Загалом це пов'язано з великою демотивацією. З іншого боку, всі емоції суб'єкта зазвичай згладжені; тобто вони відчують їх менш інтенсивно, ніж зазвичай. Емоції, як позитивні, і негативні, втрачають чинність і набагато менше впливають на людину, проводячи час у своєрідній летаргії [71].

Таким чином, апатія проявляється в труднощах із започаткуванням або підтримкою звичної або бажаної діяльності, і докази свідчать про те, що для



існує порушення в прийнятті рішень на основі зусиль, що призводить до зниження готовності брати участь у напруженій поведінці. Апатія являє собою відсутність емоцій, які людина повинна бажати повернути (таким чином роблячи емоції бажаним станом), тоді як апатія є навмисним упущенням емоційного страждання. Апатія – це психологічний стан, під яким ми розуміємо байдужість, нейтральне ставлення до життя і всього, що його оточує.

## **1.2. Психологічний вплив умов невизначеності на особистість**

Невизначеність зустрічається в найрізноманітніших сферах повсякденного життя людини, яка може зіткнутися з нею при вирішенні багатьох завдань, як у професійній сфері, так і в повсякденному житті. Невизначеність часто називають тригером різних негативних наслідків для психічного здоров'я, таких як стрес і тривога.

Невизначеність – це небажаний стан, якого люди прагнуть уникнути. Люди шукають умови, за яких вони можуть контролювати майбутні результати та готуватися до них. Невизначеність майбутнього викликає тривогу, оскільки людина нічого не може зробити, щоб підготуватися до неї або впоратися з нею. Люди мотивовані на зниження невизначеності. Їхні рішення та дії частково визначаються необхідністю досягнення прийняттого рівня передбачуваності [16].

Концепція невизначеності полягає в сприйнятті людиною довкілля. Це психологічний стан. Більш конкретно, її можна визначити як нездатність, що сприймається людиною, точно передбачити що-небудь. Невизначеність використовувалася як ключова змінна в ряді досліджень, таких міжособистісне спілкування, рольова невизначеність та інші [59].

Причина виникнення цього почуття вказана в самій його назві. Це почуття проявляється в стані невизначеності, тобто у відсутності точних знань про певну подію, певну ситуацію або певний стан справ у різних сферах.

Характерною особливістю цього почуття є те, що воно пов'язане з майбутнім і невизначеністю майбутнього [32].

Минуле вже є визначеним. Ми можемо знати про це, а можемо і не знати, але так чи інакше, минуле вже відбулося і ми можемо говорити лише про отримання достовірної інформації про нього та про вплив минулого на майбутнє. Теперішнє відбувається швидко, тут і зараз. Воно легко фіксується нашими органами чуття, за винятком тих подій, які перебувають поза межами нашого сприйняття і пізнання. У невідомих нам сферах сьогодення також можливе відчуття невизначеності [62].

Почуття невизначеності пов'язане з майбутнім, з тим, що ще не відбулося і є можливим. Тобто відчуття невизначеності виникає в результаті різних варіантів, які людина розглядає, і з яких людина не може зробити певний вибір на користь того чи іншого варіанту, або не може передбачити наслідки подій, які відбулися в минулому, або подій, які відбуваються в сьогоденні [26].

Підсумовуючи, можна сказати, що ті моменти, які стосуються минулого і незнання його або теперішнього і незнання його, пов'язані і з майбутнім, оскільки людина розглядає отримання знань про минуле або теперішнє, які в даний момент недоступні, в майбутньому. Отже, ці події пов'язані з майбутнім часом. Звідси випливає, що почуття невпевненості завжди виникає по відношенню до майбутніх явищ і, в цілому, до майбутнього часу.

Відчуття невизначеності викликає цілу низку негативних емоцій, які призводять до страждань людини. Серед цих емоцій головну роль відіграє страх. Саме страх є основним почуттям, яке відчуває людина під час невизначеності в тій чи іншій ситуації. Страх, у свою чергу, є негативним почуттям, яке спричиняє страждання і навіть інші негативні наслідки. Якщо воно зберігається протягом тривалого часу, почуття невизначеності викликає стійкий стресовий стан [27].

Саме тому, що почуття невизначеності зазвичай викликає у людини негативні емоції, які призводять до страждань, людина намагається уникнути

стану невизначеності як об'єктивними методами, а саме впливаючи на ситуацію, так і суб'єктивними, наприклад, ігноруючи реальні факти і дійсний стан речей.

Визначення невизначеності різняться і включають стан, який виникає, коли «деталі ситуації неоднозначні, складні, непередбачувані або ймовірнісні; коли інформація недоступна або суперечлива; і коли люди відчують невпевненість щодо власного рівня знань або стану знань в цілому» [22, с. 481].

М. Берчіччі, Г. Луччі та Д. Спінеллі припускають, що невизначеність є важливим когнітивним механізмом збудження та емоцій, а також важливою причиною деяких психічних розладів, таких як тривога та депресія [18].

Зазвичай ми спокійні, але коли трапляється щось несподіване, ми збуджуємося. Світ сповнений подразників, більшість з яких є очікуваними. Однак несподівані події трапляються постійно, наприклад, ми не впевнені, чи піде завтра дощ, а прогноз погоди часто повідомляє про 80-відсоткову ймовірність дощу. Поведінкова економіка припускає, що більша частина нашого мислення схильна до невизначеності і що більшість наших рішень не є результатом ретельного обмірковування, а є наслідком поганих прогнозів майбутньої поведінки та спотворених спогадів, а також перебувають під впливом наших фізіологічних та емоційних станів [36].

В інших визначеннях невизначеність розглядається як стан, що характеризується відсутністю контролю, нездатністю передбачити майбутні результати або нездатністю визначити значення події [61].

Термін «невизначеність» часто використовується як взаємозамінний зі схожими, хоча й концептуально різними термінами, такими як «неоднозначність» і «ризик», що додає нестабільності цьому поняттю. Ймовірною причиною такої складності та розмаїття визначень частково є використання цього терміна в різних галузях для різних цілей – від поведінкової економіки та комунікаційних наук до наук про психічне здоров'я та медичних дисциплін [89].

Дослідження з різних дисциплін показали, що невизначеність – це досвід, який асоціюється з погіршенням психічного здоров'я в різних групах населення [68; 77; 86].

Одна з найпопулярніших ранніх моделей подолання стресу стверджує, що оцінка ситуації як невизначеної може призвести до посилення сприйняття стресу і перешкоджати ефективному подоланню, таким чином пов'язуючи стрес і невизначеність [47].

З того часу кілька напрямків досліджень вивчали вплив різних типів і ступенів невизначеності на психічне здоров'я. Наприклад, експериментальні дані свідчать про те, що люди та інші ссавці демонструють вроджену аверсивну реакцію, коли стикаються з невизначеністю [30].

Дослідження М. Переса, К. Суорса, Дж. Чейні та Л. Маллінса виявили, що невизначеність позитивно пов'язана з вищими показниками проблем психічного здоров'я, пов'язаних з низкою психіатричних станів, таких як депресія, тривожні розлади та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Крім того, невизначеність пов'язана з погіршенням деяких психосоціальних результатів, таких як якість життя, психологічний дистрес та психосоціальна адаптація [79].

Однак ця концептуалізація невизначеності як внутрішньо патогенної також була піддана критиці, а теорія невизначеності при хворобі Мішеля підкреслює, що невизначеність може оцінюватися не тільки як загроза, але і як можливість, залежно від контексту [61].

Деякі автори не виявили зв'язку між невизначеністю і поганим психічним здоров'ям, а деякі навіть виявили зв'язок з певними позитивними психосоціальними змінними, такими як надія, або стверджували, що невизначеність може дозволити людям залишатися оптимістичними перед обличчям негараздів [35].

Психологічну «невизначеність» у найзагальнішому значенні можна трактувати як: «невідомість», «неясність», «недостовірність», низький ступінь передбачуваності, передбачення того, як вплинуть на життя людини подія або

фактор, результат якого залежить від майбутніх подій, які не контролюваних безпосередньо суб'єктом. Невизначеність відображає невпевненість у своїй здатності передбачити певні результати і може створювати значне навантаження на емоційний та психічний стан. Невизначеність часто виникає під час катастроф і криз у сфері охорони здоров'я, а також пов'язана з психологічним дистресом. Цей наратив став особливо актуальним у контексті COVID-19. На сторінці Всесвітньої організації охорони здоров'я, присвяченій психічному здоров'ю та COVID-19, зазначено, що «тривога, занепокоєння і стрес є нормальними реакціями [...], коли ми стикаємося з невизначеністю або невідомістю» [94].

Спалах епідемії приніс багато невизначеностей у життя людей та їхнє власне здоров'я через високий рівень смертності від хвороби. Після оголошення епідемії COVID-19 було зареєстровано більше негативних емоцій (вищий рівень депресії, тривоги, обурення та чутливості до соціальних ризиків) і менш позитивних емоцій (нижчий рівень щастя та задоволеності життям) [51].

Крім того, у деяких людей, інфікованих COVID-19, хвороба протікала безсимптомно, неможливо точно повідомити і підрахувати рівень смертності, а також неможливо дізнатися, чи інфіковані люди навколо них, що збільшувало невизначеність. Відчуття невизначеності посилювало страх людей перед COVID-19 і навіть позбавляло їх здатності раціонально мислити, коли вони мають справу з COVID-19, що легко викликає симптоми тривоги [32].

Карантин був пов'язаний зі страхом, стресом, депресією, гнівом, низькою самооцінкою, розладами настрою, відсутністю самоконтролю, психологічним розладом, симптомами посттравматичного стресу, безсонням, сплутаністю свідомості, нервозністю, дратівливістю та сумом [23].

Психологічні наслідки карантину можуть виникнути через страх заразитися, подовжені періоди карантину, розчарування, стигматизацію, тупість, дезінформацію, фінансовий тягар та недостатні запаси та ресурси [41].

Крім того, серед самоізолюваних осіб зниження рівня соціального капіталу супроводжувалося підвищеним стресом, тривогою та безсонням [76].

Л. Карвальо, Г. Пяновскі, А. Гонсалвес у дослідженні вивчали зв'язок між занепокоєнням і поведінкою, пов'язаними з COVID-19, і рисами п'ятифакторної моделі особистості (FFM). Нижчий рівень екстраверсії та вищий рівень сумлінності були пов'язані з більшою готовністю використовувати миття рук та соціальне дистанціювання як заходи стримування COVID-19 серед бразильського населення [24].

Вища відкритість була пов'язана з кращими гігієнічними практиками, тоді як нижчий рівень екстраверсії та вищий рівень нейротизму, поступливості та сумлінності були пов'язані з кращою гігієною та соціальним дистанціюванням серед населення США [20].

Аналогічно, Д. Ашванден виявив, що вищий рівень невротизму пов'язаний з більш песимістичними оцінками тривалості, більшою стурбованістю та меншою обережністю у відповідь на COVID-19 у США [15].

Тим часом, під час пандемії в Німеччині більший негативний вплив на повсякденне життя асоціювався з вищим рівнем нейротизму [45]. Сильніша прихильність до соціального дистанціювання також була пов'язана з вищим рівнем нейротизму та сумління в Катарі [11]. Нарешті, в Японії нижча екстраверсія та вища відкритість, згідливість і сумлінність були пов'язані з кращим дотриманням заходів щодо запобігання передачі COVID-19. У Китаї повідомлялося, що негайні психологічні реакції на ранніх стадіях COVID-19 включають стрес, депресію і тривогу [93].

Аналогічно, серед населення Іспанії повідомлялося про негативні психологічні наслідки COVID-19, включаючи поведінку уникнення [75]. У чеській популяції також повідомлялося про психологічний дистрес, гнів, тривогу, безнадію та травматичні відчуття [91]. Крім того, надчуттєві причинно-наслідкові переконання та дисфункціональні сфери особистості (включаючи негативну афективність та відстороненість) були пов'язані з

більшою кількістю емоційних проблем в італійських мешканців громадських притулків [82].

Так як пандемія вперше в історії призвела до глобальної ізоляції. Вченим ще належить вивчити цей революційний історичний період та його вплив на психіку і здоров'я людей. Проте були випадки, коли психологами спостерігалось зростання суїцидальних думок, домашнього насильства, виникнення панічних атак та емоційної дисрегуляції [66].

Наступним фактором умов невизначеності в усьому світі й нашій країні стала війна. Війна визначається як організоване насильство, де насильство є основним засобом примусу для досягнення продовження політики групи; насильство може бути спрямоване на окремих осіб або ресурси, але воно завжди є фізичним і виходить за межі національної держави [33].

Оскільки постраждали від війни території часто асоціюються з вищим рівнем психосоціального стресу та підвищують сприйнятливість населення до психічних симптомів, зростає інтерес до психосоціального здоров'я людей у постраждалих від війни районах [85].

Серед наслідків війни вплив на психічне здоров'я мирного населення є одним із найвагоміших. Війна негативно впливає на учасників бойових дій та на цивільних як фізично, так і психологічно. Смерть, поранення, сексуальне насильство, недоїдання, хвороби та інвалідність є одними з найбільш загрозливих фізичних наслідків війни, тоді як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія та тривога є одними з емоційних наслідків. Терор і жах, що поширюються насильством війни, руйнують життя, розривають стосунки і сім'ї, залишають людей і громади в емоційному дистресі. Сукупний вплив війни, катувань і гноблення часто поширюється на просте населення, особливо на тих, хто опинився в пастці в зоні бойових дій або змушений проти своєї волі брати участь у пов'язаних з війною діях, таких як вбивства або зґвалтування [88].

С. Ельбедур, Т. Бенсель, і Д. Бастьєн визначили дітей і сім'ї, які є безсилимими жертвами воєнного досвіду, як «населення, що зазнало супутньої шкоди» [33].

Емоційні страждання, пов'язані з війною, можуть бути наслідком не лише безпосереднього впливу небезпечних для життя ситуацій і насильства, а й непрямих стресових факторів, таких як поранення або смерть родичів чи опікунів, економічні труднощі, географічне переміщення і постійне порушення повсякденного життя [43].

Під час війни людина всіма силами намагається уникнути небезпеки і залишитися в живих, тому одні виражають стан шоку плачем і сильним занепокоєнням, а інші – відстрочкою, тобто психологічним процесом, під час якого людина живе в напівприродному стані одразу після травми. Люди можуть піддаватися впливу багатьох різних травматичних подій. Це підвищує ймовірність розвитку проблем з психічним здоров'ям, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривога і депресія, а також погіршення результатів у дорослому житті. Існують фізичні ризики для людей, пов'язані з життям у зонах бойових дій, наприклад, вдихання диму та попелу від пожеж і вибухів, які можуть вразити ніс і легені. Але є також ризики для психічного здоров'я [64].

Дуже ймовірно, що багато українців, які проживають в Україні та за її межами, уже мають та матимуть проблеми з психічним здоров'ям як прямий наслідок цієї війни. А наслідки цієї війни для психічного здоров'я вихлюпнуться за межі України і позначатимуться на людях у близьких і далеких регіонах [80].

Навряд чи можна недооцінювати «ширину» негативного впливу цієї війни на психічне здоров'я. Ймовірно, деякі наслідки будуть негайними, інші проявляться через довший період часу, а потім протягом наступних десятиліть у різних поколіннях. У Північній Ірландії, ще одній країні, яка донедавна страждала від насильства і конфлікту, є свідчення передачі психологічної травми від покоління до покоління і в сім'ї [81].



Оскільки спільнота фахівців у сфері психічного здоров'я починає реагувати на цю кризу, як з точки зору документування наслідків війни для психічного здоров'я, так і з точки зору роботи над зціленням травми постраждалих від війни, ми маємо усвідомлювати, що існує чимало різних способів, у які можуть проявлятися психологічні розлади, пов'язані з цією війною [95].

З нещодавнім випуском і впровадженням 11-ї версії Міжнародної класифікації хвороб психіатрична спільнота «офіційно» визнала два нових розлади, які можуть бути особливо актуальними для населення України: Комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР) та розлад тривалого горя (РТГ).

ПТСР – це розлад, який може виникнути після надзвичайно загрозливої або жахливої події чи серії подій, особливо тих, що мають тривалий характер, тривають, і з яких важко або неможливо втекти. Якщо війна в Україні триватиме в довгостроковій перспективі, а народ України залишатиметься під постійною загрозою війни та руйнувань з боку Росії, ймовірно, що багато людей будуть вразливими до розвитку цього розладу. Існують докази того, що ПТСР є стійким розладом з довготривалими наслідками: погіршення фізичного здоров'я, вищий рівень функціональних порушень, нижчу когнітивну продуктивність, а також вищий рівень дисоціації та самотності [97].

ПГД може виникати після смерті близької людини і характеризується стійкою і всепроникною тугою за померлим і заклопотаністю померлим, що супроводжується інтенсивним емоційним болем [80].

Цілком ймовірно, що травматичне і тривале горе буде звичним явищем серед українського населення на довгі роки як прямий наслідок цієї війни. З огляду на те, що ці розлади відносно недавно визнані та вивчені, наукова спільнота не знає багато про те, хто найбільш схильний до розвитку цих розладів в умовах триваючого конфлікту, або наскільки ефективними та

прийнятними можуть бути наші існуючі втручання. Важливо, щоб наукова спільнота доклала зусиль, щоб відповісти на ці питання.

Ще однією умовою невизначеності є катаклізми, коли від людей нічого не залежить. Стихійні лиха, такі як землетруси, урагани, циклони та повені, є одними з травматичних катастроф, які можуть викликати посттравматичний стресовий розлад. Стихійні лиха можуть бути серйозними, спричиняти масові руйнування і впливати на мільйони людей, створюючи навантаження на психічне здоров'я. У посттравматичному сценарії підвищений рівень стресу може призвести до депресії та інших психічних захворювань, особливо серед тих, хто втратив своїх близьких і засоби до існування [26].

Руйнування традиційних суспільних структур, втрата сімейних систем підтримки, імміграція на далекі відстані та економічна нестабільність – все це має свої наслідки у вигляді зростання психічних розладів. Дослідження показують, що люди, які втрачають членів сім'ї, страждають від значного психологічного дистресу порівняно з тими, хто не втрачає. Психологічні наслідки стихійних лих широко розповсюджені, мають різну ступінь тяжкості, тривалість і пов'язані з характером катастрофи. Психологічні наслідки стихійних лих породжуються і прямо пропорційні ступеню впливу небезпек, втрат і змін. Вплив стихійного лиха, посилений негараздами після нього, створюючи нові особливі групи населення, які потребують медичної та психологічної підтримки, що складаються з тих, хто зазнав екстремального впливу травм і шкоди [92].

У той час як більшість людей, що зазнали впливу катастрофи, швидко оговтуються від транзиторних реакцій дистресу, інші прогресують до психопатології, включаючи ПТСР, глибоку депресію, тривожні розлади та зловживання психоактивними речовинами. Ті, хто втратив близьких під час стихійного лиха, швидше за все, боротимуться зі складним горем. Деякі люди, які пережили катастрофу, навіть виходять з неї сильнішими і життєздатнішими психологічно – це нещодавно визнане явище, відоме як посттравматичне зростання [13].

Серед постраждалих від природних катаклізмів, які піддаються підвищеному ризику розвитку посттравматичних наслідків, жінки, безсумнівно, більш вразливі до депресії, тривоги, посттравматичного стресу та погіршення самопочуття. Діти, які мають депресивні симптоми, також потребують суттєвої психологічної підтримки та консультування, щоб впоратися з цією подією. Інша група – це рятувальники та волонтери, які стикаються з понівеченими тілами, масовими руйнуваннями та небезпечними для життя ситуаціями і можуть стати невидимими жертвами. У багатьох випадках їхній досвід може викликати різні психологічні розлади [38].

Щоб впоратися з цим новим тягарем хвороби, уряд, неурядові організації, міжнародні донори та організації громадянського суспільства повинні спільно вжити заходів для забезпечення своєчасного та ефективного надання послуг з охорони психічного здоров'я всім жертвам, які вижили, у цей гострий час, коли вони цього потребують.

Отже, поряд з додатковим стресовим фактором, викликаним пандемією COVID-19, російське вторгнення в Україну призвело до сплеску розладів психічного здоров'я, що підкреслює необхідність підкреслити важливість розширення доступності психіатричних послуг. допомагає, особливо під час конфлікту. Тривога та депресія є поширеними широкомасштабними проблемами в контексті війни, які впливають не лише на місцеве населення, але й на всіх, хто має контакт з інформацією, пов'язаною з війною. Катаклізми також, викликають психічні проблеми у людей, незалежно від того, яку позицію: постраждалого, рятувальника, волонтера.

### **1.3. Умови невизначеності як стимул розвитку апатії**

Відчуття невизначеності викликає цілу низку негативних емоцій, які призводять до страждань людини, людина намагається уникнути стану невизначеності як об'єктивними методами, а саме впливаючи на ситуацію, так і суб'єктивними, наприклад, ігноруючи реальні факти і дійсний стан речей.

Одним з станів особистостей під час невизначеності є втрата інтересу до соціальних або емоційних ситуацій (стан байдужого настрою).

Серед цих емоцій головну роль відіграє страх. Саме страх є основним почуттям, яке відчуває людина під час невизначеності в тій чи іншій ситуації. Страху перед проблемами, які можуть виникнути при втручанні в долю іншої людини. Страх, у свою чергу, є негативним почуттям, яке спричиняє страждання і навіть інші негативні наслідки. Якщо він зберігається протягом тривалого часу, почуття невизначеності викликає стійкий стресовий стан. У деяких випадках страх може призвести до апатії. Коли людина відчуває сильний страх, наш організм активує реакцію «бий або тікай», яка вивільняє велику кількість гормонів стресу, таких як адреналін і кортизол. Це призводить до того, що наш організм перебуває в постійній напрузі і змушує нас відчувати втому і виснаження. Постійний стан страху також може призвести до відключення окремих ділянок мозку, щоб ми могли швидше реагувати на загрози. Це може призвести до відчуття відірваності від навколишнього світу, що ускладнює концентрацію на інших сферах життя.

Апатія є наслідком страху. Саме тому, що почуття невизначеності зазвичай викликає у людини негативні емоції, які призводять до апатії, людина намагається уникнути стану невизначеності як об'єктивними методами, а саме впливаючи на ситуацію, так і суб'єктивними, наприклад, ігноруючи реальні факти і дійсний стан речей [7].

Про те, апатія під час страху може бути ознакою того, що людина переживає тривалий стрес та втомлення. Це може призвести до зменшення мотивації та енергії для дій, що може стати перешкодою в подоланні страху. Отже, апатія під час страху є нормальною реакцією на тривалий стрес, але в той же час може ускладнити подолання страху.

Апатія представлена як відсутність почуттів, інтересу або будь-якої конкретної стурбованості щодо конкретної ситуації або життя в цілому. Хоча багато людей можуть мати короткі періоди апатії в деякі моменти свого життя (тобто відмова від розчарування або почуття «неможливо турбуватися»),

апатія в медичному розумінні вважається довгостроковим синдромом, зазвичай пов'язаним з певними психічними станами, або розлади [3].

Однією з захисних реакцій психіки на зміни в житті є стрес, який призводить до апатії. Апатія під час страху проявляється як відчуття слабкості, заціпеніння і бажання змінити курс дій або поточну ситуацію. Люди можуть відчувати втому, байдужість, нездатність зосередитися і приймати рішення. Така реакція може бути спровокована тривалою подією, яка викликає тривалий страх і відчуття безсилля [1].

Апатія під час страху може призвести до соціальної ізоляції та відходу від звичної діяльності та інтересів. Це може стати перешкодою для виконання завдань, підтримання соціальних зв'язків і досягнення особистих цілей. Вона може заважати людям реагувати на небезпечні ситуації або діяти в кризових ситуаціях. Якщо стрес не надто сильний, людина відсторонюється фізично, якщо це можливо, або, в будь-якому випадку, відмовляється дозволити собі бути залученою до оточення настільки, наскільки це можливо. Певні види відкритої поведінки будуть гальмуватися, а більшість емоційних реакцій придушуватися. Якщо навколишнє середовище викликає сильний стрес і фізичні страждання, людина може регресувати до більш повної абстиненції і прийняти неадекватний стан залежності, в якому вона перестав піклуватися про себе аж до самої смерті. Названо цей тип захисту «апатією» і відрізняємо його від таких станів, як кататонічний ступор або депресія [11].

«Апатія» виявляється не єдиною абсолютною реакцією, а синдромом, який може значно відрізнятися за ступенем вираженості. Одним з основних симптомів синдрому є зниження або модуляція афекту, але тільки в крайніх випадках можна говорити про справжню апатію або зниження афекту. Іншими симптомами є млявість, некоммунікабельність, відсутність спонтанності, байдужість, уповільненість реакцій, відсутність ентузіазму та безініціативність. Важливо відзначити, що в основі явної відсутності емоційної спонтанності може лежати велика кількість відкладених почуттів, і що вони продовжуватимуть залишатися проблемою для людини, коли вона

більше не перебуває в середовищі, яке спричинило «синдром апатії». «Синдром апатії» слугує для підтримки інтеграції особистості перед обличчям суворой реальності та психологічних стресів [29].

Тривожний розлад може вплинути на розвиток апатії. Тривога – це сильна емоція. Це позбавляє щастя, викликаючи негативні думки, негативні емоції, страх, дратівливість тощо. Тривога – це тип стану, який може змусити вас плакати без причини, і це тип емоцій, який змушує вас відчувати себе на межі та відчайдушно шукати полегшення. Але незважаючи на те, що тривога є настільки сильною емоцією, не всі симптоми, які вона викликає, є настільки ж наповненими енергією. Насправді одним із найпоширеніших симптомів сильної тривоги є апатія [1].

Тривога й апатія можуть здаватися суперечливими, але вони часто співіснують у людей, які переживають хронічний стрес або травму. Наприклад, людина може відчувати занепокоєння з приводу ситуації, але не мати мотивації діяти або справлятися з нею через апатію. Люди також можуть стати млявими від тривоги, якщо вони перевантажені і виснажені постійними хвилюваннями і стресом. У тривожній ситуації апатія не виникає миттєво; це поступове, безплідне накопичення, що б ви не робили. Наприклад, якщо вони відчують гнів, вони сильно пригнічують його і не відпускають. Енергія, витрачена на цю інтенсивну емоцію, витрачається даремно, а рішення не може бути знайдено.

З цих причин у багатьох людей також розвивається поведінкова апатія щодо боротьби з тривогою. Ми говоримо «поведінкова», тому що більшість людей все ще хочуть бути вільними від тривоги, і можуть намагатися щодня бажати, щоб тривога зникла, але насправді вони не витрачають час на пошук методів лікування, які працюють, і не дотримуються їх у повному обсязі. Цей тип апатії насправді викликаний тривогою [2].

Апатична поведінка під час тривоги включає в себе:

- Відсутність мети – відчуття безсилля та відмова від діяльності, яка раніше приносила задоволення.

- Відсутність інтересу – людина може втратити інтерес до речей, які їй раніше подобалися, наприклад, хобі, спорт, зустрічі з друзями та родиною.
- Почуття ізоляції – тривога може призвести до відчуття ізоляції та відходу від соціальних стосунків. Вони можуть неохоче зустрічатися з друзями та родиною, відчуваючи себе відчуженими та віддаленими від інших.
- Втома і нездужання – стрес може призвести до відчуття втоми та нездужання. Люди можуть відчувати втому і відмовлятися від усіх видів діяльності.
- Зниження емоційного піднесення – стрес може погіршити настрій та емоційне піднесення. Люди можуть відчувати небажання спілкуватися з іншими і відчувати депресію.
- Нездатність приймати рішення – стрес може призвести до зниження здатності концентруватися та приймати рішення. Люди можуть відчувати розгубленість і нездатність зосередитися на якомусь завданні.

Загалом, апатична поведінка під час тривоги може бути проявом втоми і нездужання, відходу від різних видів діяльності та соціальних відносин, емоційного збудження і поганого настрою [30].

Порівняно з страхом, тривогою та іншими аверсивними емоційними станами, які виникають одразу після травми, апатія та емоційне оніміння стали основною визначальною ознакою посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Пережита травма викликає дуже сильні емоції, такі як непереборний страх, жах і тривога, і ці реакції можуть залишитися на все життя. Багато людей, які пережили травму, також повідомляють про обмеження своїх емоційних переживань – явище, яке найчастіше називають емоційним онімінням [53].

Емоції виконують важливі психологічні та фізіологічні функції. Емоції надають іншим інформацію про людину і про те, що відбувається навколо неї. Якщо людина рішуче налаштована не відчувати свої емоції, вона може вдаватися до більш радикальних і нездорових способів їх уникнення, таких як вживання психоактивних речовин. Уникнення емоцій також вимагає значних зусиль, і

чим сильнішими стають емоції, яких уникають, тим більше зусиль потрібно докладати, щоб утримати їх на відстані. В результаті може залишитися мало енергії для важливих речей у житті, таких як сім'я та друзі.

Крім того, якщо витратити всю енергію на уникнення певних емоцій, це може ускладнити управління іншими переживаннями, такими як розчарування і роздратування, що підвищує ймовірність того, що людина буде «на межі» та відчуватиме гнів [6].

Апатія – дуже поширений результат ПТСР. Апатія може бути викликана депресією, яку лікують медичними засобами. Коли ви тривалий час перебуваєте під сильним стресом (війна, жорстоке поводження в дитинстві, домашнє насильство), гормони, які вивільняються під час стресу, впливають на хімічний склад вашого мозку і розбалансовують його. Антидепресанти можуть відновити хімічний баланс мозку до норми. Або ж апатія може бути пов'язана з виснаженням. ПТСР означає, що особа перебуває в стані стресу, у в неї може бути безсоння, відчуття страху, і це робить повсякденне життя дуже виснажливим. Іноді апатія виникає через відчуття приреченості та відсутності майбутнього, яке є у багатьох людей, що пережили насильство [4].

Апатія як стан ПТСР – це захист від болісних відчуттів, порушення, обурення. Якщо людина відчуває апатію, вона повинна робити все для того, щоб дистанціюватися від цих переповнених почуттів. Апатія не є самоціллю, але щоб вийти за її межі, потрібно по-справжньому зрозуміти, чому розум створив її. Поки людина не готова почати обробляти і організовувати «мертві» почуття, які створила апатія (що, на жаль, призводить до десенсибілізації нових почуттів і досвіду), це єдиний засіб, який розум знаходить доступним. Залучення себе у стосунки, які можуть бути небайдужими, є початком виходу за межі апатії. Це може означати спочатку розмову з терапевтом, щоб розтопити внутрішній лід. Це передбачає кропітку роботу з розбудови довіри, щоб поховані почуття могли вийти назовні, про них можна було говорити, надавати їм сенсу. Якщо людина почала це робити, то вона не є повністю апатичною. Це можна розвивати і поширювати на інші сфери свого життя [2].



Крім того, апатія є наслідком розладу тривалого горя (РТГ). Тривога, пов'язана з розлукою, може перерости в розлад горя, якщо вона зберігається протягом тривалого періоду часу і домінує в психологічному функціонуванні людини протягом місяців або років після втрати. Цей розлад, називається розладом тривалого горя (РТГ) [4].

Іноді горе може бути схожим на ходіння по колу. Виконуються одні й ті самі речі день за днем, але все затягується і здається, що все важче. Людська енергія обмежена, і потім відчувається, що її не вистачає. Горе – це важка праця, яка забирає багато енергії. Однак, з часом, коли особистість ментально та емоційно пристосується до нової реальності, її інтерес та енергія відновляться. Апатія дуже поширена серед тих, хто пережив трагедію, але про неї рідко говорять. Її прояви варіюються від людини до людини, а причини можуть бути різними, але приклади апатії в горі включають:

- Втрата інтересу до діяльності, яка колись приносила задоволення: це майже завжди характерно для людей, які пережили втрату, особливо на перших порах. Проповідуючи важливість турботи про себе і здорових перепадів настрою, скільки разів люди, які пережили втрату, усвідомлювали, що речі і заняття, які колись приносили їм задоволення і комфорт, більше не є такими? Це лише посилює відчуття, що вони змінилися, а життя, яке вони знали, здається більш далеким.

- Апатія, щоб уникнути почуття провини: цей варіант може бути не дуже поширеним або, принаймні, не таким очевидним. Як це виглядає? Можуть бути моменти радості від спроб відновити взаємодію з життям і суспільством у якийсь спосіб. Смішний фільм, смачна вечеря з друзями. На жаль, за цими перепочинками дуже часто слідує почуття провини і відчуття, що скорботна людина не може насолоджуватися частиною життя без своїх близьких. Як наслідок, з'являється вибір відійти від задоволення і насолоди і задовольнятися тим, що нічого не відчуваєш (що, до речі, не завжди є свідомим вибором).

- Відчуття, що, можливо, нічого не має значення: це не те саме, що втрата інтересу до діяльності, а більше схоже на втрату інтересу до світу навколо нас взагалі. До інших людей. До їхніх проблем, до їхніх турбот. Навіть до власних проблем і турбот, які раніше заповнювали наше життя – робота, клопоти, рахунки, зобов'язання. Не перейматися через дрібниці – чудова порада, але коли життя йде добре. Горююча людина може вивести «ні про що не турбуватися» на абсолютно новий рівень. І так постійно. Це тому, що тепер, коли близька людина померла, людина можете озирнутися назад і побачити, що вона була єдиним, хто мав значення.

- Апатія як самозбереження: порівняно з іншими способами прояву апатії, це може виглядати як вибір або, принаймні, рішення. Адже горе – це дуже боляче. Тож, щоб не відчувати такого болю знову, скорботна людина може вирішити зачинити двері свого серця. Вона будує стіни, загартовує їх і вирішує, що більше не дозволить собі бути вразливою до болю горя і втрати.

- Коли сльози зупиняються і криниця пересихає: деякі люди можуть стати апатичними, коли вони пережили всі емоції горя і в їхньому серці залишається лише відчуття порожнечі. Скорботні люди постійно сумують за людиною, яку вони втратили. Всі завжди будуть сумувати за людиною, яка пішла, і завжди хотітимуть, щоб вона була тут. Але що знаходиться по той бік сліз? Агресивне та інтенсивне горе може бути важким і нестерпним, але воно дає вам відчутне відчуття втрати. Є за що триматися, є з чим з'єднатися. Коли сльози закінчуються, скорботний може відчувати себе трохи розгубленим, втративши дивний комфорт і близькість, які можуть забезпечити сльози [52].

Під час пандемії апатія розвилася як останній психологічний захист. Пандемія поставила перед нами складне завдання – усвідомити, наскільки ми вийшли з-під контролю у повсякденному житті, і знати, коли життя повернеться до більш спокійного стану. Крім того, з постійною можливістю інфікування COVID-19, багато хто з нас може відчувати психологічне виснаження від постійної настороженості повсюди і всюди. Зменшення

життєвого простору і зниження фізичної активності часто можуть погіршити психічний стан людини, призводячи до тимчасової депресії і апатії [45].

Апатія, тобто розчарування або занепад, знову з'являється як природна риса колективного стресу. Вона притуплює будь-які тривалі емоції. Вона ще більше посилює нашу вразливість. Перш за все, пандемія створила багато стресу, тривоги та невизначеності для багатьох людей. Люди можуть відчувати відчуття від постійної негативної інформації, пов'язаної з пандемією, такої як зростання кількості хворих та смертей, закриття шкіл та підприємств, обмеження соціальних контактів та ін. Крім того, багато людей втратили роботу або стали стикатися з фінансовими труднощами через пандемію, що може призвести до почуття безнадії та втрати мотивації [39].

Також пандемія привела до змін у повсюдному житті, таких як обмеження у подорожах та соціальних контактах, що може призвести до відчуття різноманітності та сумної одноманітності життя. Занадто багато сталося з суспільством, а індивідуальні та сімейні ресурси для адаптації вичерпані, що вимагає тривалої реабілітації. Важливо не те, кого зачепив COVID, а кого ні. Важливо те, що сталося з деякими людьми. Хтось втратив близьку людину. Хтось не ходив до театру вже рік, а театр був для нього джерелом радості та відновлення. Хтось втратив роботу і намагається знайти іншу, гіршу роботу. Хтось не хворів, але вже боїться померти від COVID.

І навпаки, хоча апатія – і як психологічний симптом, і як реакція – приносить лише слабке полегшення, вона становить глибоку екзистенційну загрозу. Тут не йдеться про окремі випадки захворювання на COVID. І не про труднощі, з якими стикаються окремі особи та родини. Ми б сказали, що загальний рівень невизначеності різко зріс за останні два роки. Очевидно, що, здавалося б, стабільна ситуація може миттєво зруйнуватися, окремі особи та сім'ї (навіть у розвинених і процвітаючих країнах) можуть миттєво стати пішаками у грі невідомих сил, а життя людей миттєво кардинально змінитися. зусилля обох сторін.

Це пов'язано з нез'ясованими і часто ірраціональними зовнішніми причинами, як ми звикли вважати в минулому столітті. При цьому ніхто, від простих громадян до експертів і державних службовців, чітко не розуміє градієнтів і векторів (або причин і витоків) того, що відбувається, а існують лише на перший погляд суперечливі думки та припущення. Майбутнє мене, моєї родини, мого міста, моєї країни, людства та планети невизначене. У такому випадку який сенс змушувати себе робити щось непотрібне прямо зараз? Ресурси завжди можуть стати в нагоді, щоб пережити наступний раунд швидких змін. Людина переходить в режим «енергозбереження» [4] .

Але не менш важливо: самотність. Навіть якщо людина ізолюється зі своєю сім'єю, партнером або сусідами по кімнаті, неможливість робити все те, що приносить їй радість і розслаблення, наприклад, як-от відвідування концертів, спортивних заходів або вечера в улюбленому закладі ресторан, може викликати відчуття виснаження. Ознаки психічного виснаження:

- Знижена продуктивність. Продуктивність має свої підйоми та падіння, але якщо останнім часом робота вимагає більше годин, це може означати, що людина психічно виснажена. Це схоже на те, що людина вмикає свій робочий комп'ютер о 9 ранку, переглядає новини онлайн, переглядає соціальні мережі, дзвонить, але нічого не робить, а потім, нарешті, отримує результати близько полудня. Всі іноді це робимо. Але якщо це нова норма, то це може свідчити про те, можливе психічне перевантаження.

- Зменшений рівень емпатії. Якщо ви коли-небудь відчуваєте співчуття до колеги, який постійно спізнюється через труднощі. Або, можливо, вона легко ставиться до нових працівників, яким потрібно все пояснити. Але зараз, уже в ізоляції, емоційна здатність може слабшати.

- Прокрастинація. Деякі люди досягають успіху, відкладаючи все на останню хвилину. Однак, якщо це не в їхньому стилі, і раптом вони відкладають кожен день, вони можуть бути приголомшеними.

- Боротьба зі сном і апетитом. Зміни режиму сну та харчових звичок. Зазвичай це проявляється в крайнощах: надмірне переїдання або

повна втрата апетиту. Іноді безсоння виникає тому, що ви не можете змусити свій розум зупинитися, іноді вам просто хочеться лежати в ліжку цілий день, кожен день [2].

Сприймають пандемію як щось нестабільне та непередбачуване. Постійні новини про карантин, соціальні обмеження, захворюваність і смертність, пов'язані з COVID, можуть впливати на емоційний стан і настрої людей. Наприклад, депресія, тривога, порушення сну, самотність, пригніченість і апатія через часті контакти з інфікованими людьми, страх заразити близьких, необхідність дотримуватися фізичної дистанції і носити маску, медична і соціальна тривога, регулярне висвітлення COVID в ЗМІ та інформація про те, коли закінчиться пандемія.

Отже, незалежно від причин розвитку апатії, кінцеві наслідки всіх цих станів, а також інших, майже однакові. Тобто для всіх, хто страждає, втрачено фундаментальну надію на те, що особисте самореалізація можливі. Або вони перестали вірити у внутрішню цінність цілей, які раніше ставили перед собою, або втратили віру в свої здібності для досягнення цих цілей. Тому вони не можуть придумати нічого, до чого варто було б прагнути. У результаті зникає розумова, фізична чи емоційна енергія для здійснення того, що в минулому, можливо, цінувалося. Хоча почуття депресії часто йдуть рука об руку з апатією (і часом майже не відрізняються від неї), слід зазначити, що апатія іноді може виникати в незалежності від інших симптомів.

### **Висновки до першого розділу**

Апатія – це психологічний стан, під яким ми розуміємо байдужість, нейтральне ставлення до життя і всього, що його оточує. Протягом років термін апатія все частіше в медичному значенні, це було пов'язано з різними хворобами такими, як шизофренія, хвороба Альцгеймера, хвороба Паркінсона, черепно-мозковою травмою та іншими. Апатія проявляється в труднощах із започаткуванням або підтримкою звичної або бажаної діяльності, і докази

свідчать про те, що для існує порушення в прийнятті рішень на основі зусиль, що призводить до зниження готовності брати участь у напруженій поведінці. Апатія являє собою відсутність емоцій, які людина повинна бажати повернути (таким чином роблячи емоції бажаним станом), тоді як апатія є навмисним упущенням емоційного страждання.

Причинами для розвитку апатії можуть бути різні зміни в постійному житті, так звані умови невизначеності. Невизначеність зустрічається в найрізноманітніших сферах повсякденного життя людини, яка може зіткнутися з нею при вирішенні багатьох завдань, як у професійній сфері, так і в повсякденному житті. невизначеність пов'язана з погіршенням деяких психосоціальних результатів, таких як якість життя, психологічний дистрес та психосоціальна адаптація. Невизначеність часто виникає під час катастроф, природніх катаклізмів, війни, пандемій (сучасна пандемія «COVID-19») та інші.

Відчуття невизначеності викликає цілу низку негативних емоцій, які призводять до страждань людини, людина намагається уникнути стану невизначеності як об'єктивними методами, а саме впливаючи на ситуацію, так і суб'єктивними. Перш за все, виникає страх, який в свою чергу перетворюється на стрес та тривогу. Поряд з страхом, тривогою та іншими емоційними станами, які виникають одразу після травми, апатія та емоційне оніміння стали основною визначальною ознакою посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Тривога, пов'язана з розлукою, може перерости в розлад горя, якщо вона зберігається протягом тривалого періоду часу і домінує в психологічному функціонуванні людини протягом місяців або років після втрати.

Таким чином, незалежно від причин розвитку апатії, кінцеві наслідки всіх цих станів, а також інших, майже однакові – люди перестали вірити у внутрішню цінність цілей, які раніше ставили перед собою, або втратили віру в свої здібності для досягнення цих цілей.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ АПАТІЇ В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ

#### 2.1. Організація та проведення емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження вивчення особливостей апатії в невизначеності, допоможе виокремити цей феномен як окремий стан людини серед багатьох інших симптомів, що виникають у невизначених ситуаціях. Апатія, яка виникає в різних ситуаціях, може призвести до негативних наслідків, що проявляються у вигляді психологічних розладів. Отже, виявлення та розуміння апатії серед інших наслідків невизначеності є одним з основних актуальних дискурсів у психології.

Важливість діагностування апатії обумовлена тим, що вона зазвичай прогресує непомітно, на початку розвитку це якісь незначні зміни. Марін Р. визначав апатію як розлад з когнітивним, сенсорним, моторним аспектом. Марін Р. вимірював апатію за допомогою трьох субшкал «Шкала оцінки апатії» – самозвітна версія (AES-S). Опитувальник з 18 пунктів оцінює наявність апатії у трьох сферах цілеспрямованої поведінки: відкрита активність (підшкала «Поведінка»), зміст думок (підшкала «Пізнання») та емоційне реагування (підшкала «Емоцій»). Відповіді в кожній підшкалі підсумовувалися, і три підшкали об'єднували, щоб отримати загальну суму балів (вищі бали вказують на більший рівень апатії).

Вимірювання проявів апатії у клінічній психології, у трьох можливих вимірах, а саме: емоційному (опитувальник апатії (Apathy Inventory – AI, або опитувальник апатії П. Роберта), когнітивному (Лілльська шкала оцінки апатії (LARS)) та поведінковому (Структуроване клінічне інтерв'ю для оцінки апатії Старкштейна) [90].

У дослідження особливостей розвитку апатії в умовах невизначеності вибірку склали 40 осіб юнацького віку, які проживають у селищі Врадіївка

Миколаївської області: 20 осіб жіночої статі віком від 20 до 25 років та 20 осіб чоловічої статі віком від 22 до 25 років.

З метою дослідження апатії було застосовано психодіагностичний комплекс з шести методик: тест САН (самопочуття, активність, настрої); тест «Загальна емоційна спрямованість» Б. Додонова; тест сенсо-життєвих орієнтації Д. Леонтева; методика «тривожність і депресія» Ю. Ханіна; фрустраційний вербальний тест Л. Собчик; тест «Діагностики соціально-психологічних установок» О. Потьомкіна.

Методика САН призначена для діагностики певних психологічних станів та динаміки цих станів протягом певного періоду часу (багаторазове тестування). Опитувальник складається з 30 тверджень. Досліджуваним пропонується співвіднести свій стан з певним балом за шкалою. При обробці результатів опитування бали переводяться в сирі бали в діапазоні від 1 до 7. Кількісним результатом є сума основних балів (або середнє арифметичне) за кожною категорією.

Методика САН знайшла широке використання при: оцінці психічного стану особистостей, психоемоційної реакції на навантаження, для виявлення індивідуальних особливостей і біологічних ритмів психофізіологічних функцій. Шкала самопочуття може бути представлено у вигляді деякої узагальнюючої характеристики (погане самопочуття, нездужання, дискомфорт), що характерно для внутрішнього стану людини. Шкала активності показує, що людина може бути інертною, пасивною, спокійною, безсилою, малорухливою або навпаки стрімкою. Шкала настроїв проявляється в особливостях емоційного відгуку людини на зовнішні впливи (нудьга, печаль, туга, страх та інше).

Тест «загальна емоційна спрямованість» Б. Додонова призначений для вивчення загальної емоційної спрямованості особистості, тобто прагнення до певних типів переживань, до певної галузі діяльності з метою отримання позитивних емоцій.



В методиці перераховуються десять типів емоцій, спираючись на створену автором класифікацію емоцій. Класифікація емоцій включає: альтруїстичні емоції (виникають через потребу просувати, допомагати та принижувати інших); комунікативні емоції (виникають через потребу в спілкуванні); глорисні емоції (пов'язані з потребою в самоствердженні); праксичні емоції (викликані діяльністю, її успіхом або невдачею, відчуттям або уявним «здобуттям винагороди»), пугнічні емоції (виникають у зв'язку з боротьбою, необхідністю подолання небезпеки), на основі яких потім виникає інтерес до боротьби; романтичні почуття (виникають у зв'язку з усіма незвичайними, неприродними і таємничими бажаннями); гностичні емоції (пов'язані з потребою в отриманні нової інформації та потребою в «когнітивному вирівнюванні»); гедоністичні емоції (пов'язані із задоволенням потреби у фізичному та психічному комфорті); акизитивні емоції (виникають у зв'язку з інтересом до колекціонування або «збирання», що виходить за межі практичних потреб); та естетичні емоції (відображають потребу людини перебувати в гармонії з навколишнім світом).

Тест сенсо-життєвих орієнтації (СЖО) Д. Леонтева допомагає оцінити «джерело» сенсу життя, який може бути знайдений людиною або в майбутньому (мети), або в сьогоденні (процес) або минулому (результат), або у всіх трьох складових життя. Методика була розроблена на основі теорії прагнення до змісту та логотерапії Віктора Франкла і мала на меті емпіричну валідацію низки уявлень з цієї теорії. Методика являє собою 20 питань симетричної шкали, що складаються з пари повних альтернативних речень з однаковим початком. Тестові показники складаються із загального індексу сенсу життя і п'яти підшкал, що відображають три конкретні осмислені життєві орієнтації та два аспекти локусу контролю:

1. «Життєві цілі». Він характеризує цілеспрямованість, наявність або відсутність майбутніх цілей у житті суб'єкта, що надає життю сенс, спрямованість і часову перспективу.

2. «Інтерес і емоційна насиченість життєвого процесу або життя». Визначаючи задоволеність своїм життям у теперішньому часі, сприйняття свого життєвого шляху є цікавим, емоційно насиченим, змістовним. Зміст цієї шкали збігається з ідеєю про те, що єдиний сенс життя – бути живим.

3. «Життєва ефективність або задоволення від самоактуалізації.» Він вимірює задоволеність життям, оцінку минулих життів, відчуття того, наскільки продуктивними та значущими були частини життя.

4. «Локус контролю – Я (Я-господар життя)». Він зображує власний розум як могутню особистість із достатньою свободою вибору, щоб структурувати своє життя відповідно до власних цілей та ідей, контролювати події власного життя.

5. «Локус контролю – життя або контрольованість життя». Це відображає віру в те, що людина контролює своє життя, вільна приймати рішення та виконувати ці рішення, віру в те, що її життя знаходиться під свідомим контролем.

Таким чином, тест СЖО оцінює «джерело» сенсу життя, яке людина може знайти в майбутньому (ціль), теперішньому (процес) або минулому (результат), або ж у всіх трьох складових життя.

Методика «тривожність і депресія» Ю. Ханіна може виявляти стани тривоги та депресії, спричинені дисбалансом у нервових процесах. Дану методику можна використовувати як для групового, так і для індивідуального дослідження. При проходженні тесту, отримують бланк відповідей і звертають увагу на те, щоб вони не зробили помилок під час заповнення форми. Діагностичні показники описані наступним чином: тривога – підвищена збудливість, відсутність впевненості в спілкуванні, порушення активності; депресія – зниження настрою, апатія, звуження контактів з оточуючими.

Фрустраційний вербальний тест Л. Собчик призначена для вивчення: поведінки індивіда у ситуації фрустрації; реакцій страху, тривоги, агресії. На відміну від інших тестів, призначених для оцінки агресії, ця методика

порівнює явну і приховану агресію, що дозволяє диференційовано підходити до оцінки агресивних реакцій у різних сферах міжособистісних стосунків і виявляти найважливіші у випадку ціннісної фрустрації. При розробці вербального фрустраційного тесту в першу чергу спиралися на такі передумови:

1. Реакція на фрустрацію залежить від типу відповіді, тобто від домінуючих диспозицій, що ґрунтуються на вродженій рішучості.

2. Реакції на невдачі залежать від ціннісної ієрархії обстежуваного, тобто від того, наскільки важливою для нього є сфера інтересів.

3. Чим сильніше проявляється інтенсивність цієї реакції, тим вона менш важлива для конкретної людини, оскільки миттєва реакція проявляється вільніше в менш важливих контактах. Зведіть до мінімуму контроль над своїми словами і вчинками, особливо – агресивними реакціями.

У кожного свої мотиви, які його тримають і тримають. Особистість стурбована лише внутрішньою важливістю подій. Для когось головною мотивацією є гроші, комусь важливий результат, а комусь подобається сам процес, шлях до досягнення. Тест психосоціальних установок О. Ф. Потьомкіної не тільки допомагає виявити основні та найменш важливі мотивації, але й оцінює пропорції всіх важливих сфер:

- трудовий процес;
- результат процесу;
- альтруїзм або безкорисливість;
- егоїзм або піднесене «я»;
- важливість роботи;
- гроші та матеріальні блага;
- свобода і незалежність;
- влада і марнославство.

Діагностика психосоціальних установок особистості передбачає оцінку стану її психологічної готовності. Така установка формується в житті і з досвідом стає основною рушійною силою і істотно впливає на різноманітні

реакції особистості. Щоб пройти тест соціально-психологічного ставлення, потрібно відповісти на 80 питань. Серед них перша частина тесту визначає рівень якісних показників у діапазоні від альтруїзму до власних інтересів і від процесу до результату, а другий набір тверджень спрямований на оцінку важливості інших атрибутів. Залежно від результатів стане зрозуміло, наскільки людина підготовлена до тієї чи іншої поведінки в тій чи іншій ситуації, наскільки виражені характеристики мотивації та потреб.

На основі розглянутих теоретичних концепцій стосовно проблеми розвитку апатії в психологічній літературі, в якості факторів структури апатії ми розглядаємо емоційний, когнітивний та ціннісний фактори, які були досліджені за допомогою наступного психологічного комплексу методик (таблиця 2.1.).

*Таблиця 2.1.*

**Компоненти, критерії та методики емпіричного дослідження апатії**

Компоненти особистісного самовизначення	Критерії	Методики дослідження
Емоційний	Самопочуття	Тест САН (самопочуття, активність, настрої)
	Активність	
	Настрої	
	Альтруїстичні емоції	Тест «загальна емоційна спрямованість» Б. Додонова
	Комунікативні емоції	
	Глоричні емоції	
	Практичні емоції	
Пугнічні емоції		

*Продовження таблиці 2.1*

	Романтичні емоції		
	Гностичні емоції		
	Естетичні емоції		
	Гедоністичні емоції		
	Акізитивні емоції		
	Тривожність		Методика «тривожність і депресія» Ю. Ханіна
	Депресія		
Когнітивний	Рівень свідомості життя	Тест сенсо-життєвих орієнтації Д. Леонтева	
	Цілі в житті		
	Процес життя		
	Результативність життя		
	Локус контролю – Я		
	Локус контролю – життя		
Ціннісний	Рівень фрустрації	Фрустраційний вербальний тест Л. Собчик	
	Трудовий процес	Тест «Діагностики соціально-психологічних установок» О. Потьомкіна.	
	Результат процесу		
	Альтруїзм або безкорисливість		
	Егоїзм або піднесене «Я»		
	Важливість роботи		
	Гроші та матеріальні блага		
	Свобода і незалежність		
	Влада		

Таким чином, був обраний психодіагностичний інструментарій завдяки якому ми зможемо: визначити рівні самопочуття, активності та настрою (тест САН); охарактеризувати загальний емоційний стан індивідів (тест «загальна емоційна спрямованість» Б. Додонова); перевірити наявність чи/та рівень депресії та тривожності (методика «тривожність і депресія» Ю. Ханіна); знайти рівень фрустрації (фрустраційний вербальний тест Л. Собчик); відзначити/виявити яким соціально-психологічним установкам надається більша переваги респондентом (тест «діагностики соціально-психологічних установок» О. Потьомкіна). Отже, обрані методики для вимірювання апатії в умовах невизначеності дозволили нам перейти до діагностичної частини дослідження.

## **2.2. Якісні та кількісні характеристики змістовних компонентів апатії**

Для дослідження апатії респондентів були обрані психодіагностичні методики: тест САН (самопочуття, активність, настрої); тест «Загальна емоційна спрямованість» Б. Додонова; тест сенсо-життєвих орієнтації Д. Леонтева; методика «тривожність і депресія» Ю. Ханіна; фрустраційний вербальний тест Л. Собчик; тест «Діагностики соціально-психологічних установок» О. Потьомкіна.

Психологічна база досліджування налічувала 40 осіб. Вік обстежуваних варіювався від 20 до 25 років. Досліджувалася апатія у осіб юнацького віку. Всі проживають у селищі Врадіївка Миколаївської області. Результати відповідей респондентів представлені у таблицях: таблиця 2.2 – тест САН (самопочуття, активність, настрої); рисунок 2.1 – тест «Загальна емоційна спрямованість» Б. Додонова; таблиця 2.3 – тест сенсо-життєвих орієнтації Д. Леонтева; таблиця 2.4 – методика «тривожність і депресія» Ю. Ханіна; рисунок 2.2 – фрустраційний вербальний тест Л. Собчик; таблиця 2.5 – тест «Діагностики соціально-психологічних установок» О. Потьомкіна.

**Результати методики «тест САН (самопочуття, активність, настрої)»**

№ Респондента	Самопочуття	Активність	Настрої
1	3	2,5	4,6
2	3	2	5
3	1,9	2,7	4
4	2,3	3	5
5	3,6	2,7	4
6	4	5	5,2
7	2	4	3,6
8	3,1	3,4	4
9	4	4,5	5
10	3	2,6	4
11	3,6	2,4	3,8
12	2	4	5
13	3,7	4	4,6
14	4,1	4,6	5
15	3,3	4	4,5
16	3,4	4	4,1
17	3,1	3,4	4
18	4	4,2	4,6
19	2,7	3,1	3,7
20	2,2	3	3,1
21	3	3,4	3,8
22	2,5	4	4,2

*Продовження табл. 2.2.*

23	2,8	3,9	4
24	2,6	3	3,4
25	3	3,2	3,6
26	4,6	5	5
27	4,1	4	4,3
28	3,2	3,8	4
29	3,6	2,4	3,8
30	3,3	3,6	3,9
31	4	3,6	4,5
32	3,3	4	4,4
33	2,4	3	3,7
34	2,6	3	4,1
35	3	4,2	3,5
36	2,8	4	3,7
37	2,4	3,2	3,8
38	3	2,6	3,8
39	3,1	3,6	4
40	3	2,4	3

За результатами даної методики можна зробити такі висновки, як:

- За шкалою «самопочуття» серед результатів виявлено 21 – низьких результатів, які вказують на те, що ці особи відчувають значну втому та характеризуються високим рівнем апатії; виявлено 19 – середніх, що свідчить про те, що самопочуття загалом задовільне, деяке незначне стомлення, невелика втома, апатія; високих результатів не виявлено.

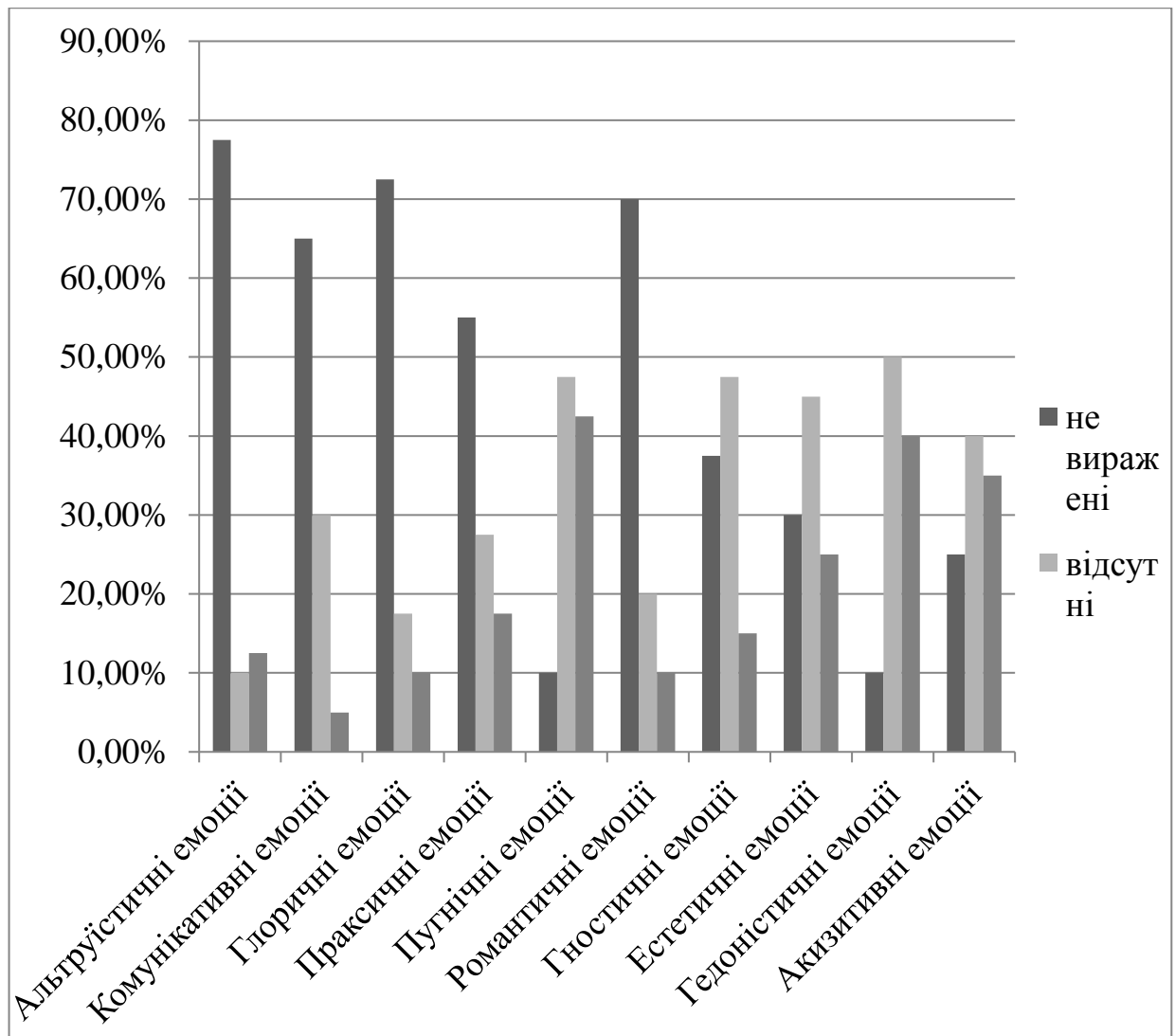
- За шкалою «активність» серед результатів виявлено 12 – низьких результатів, що вказує на те, що цим особам наявне значне зменшення темпів мислення та діяльності, відсутність захоплення; виявлено 28 – середніх результатів, які свідчать про, невелику розсіяність уваги, зменшення діяльності та темпу мислення; високих результатів не виявлено.



- За шкалою «настрій» серед результатів низьких результатів не виявлено; виявлено 39 – середніх результатів, які вказують на те, що настрої характеризується «як зазвичай», без особливого підйому, проте це не заважає оцінці подій, прогнозуванню свої можливостей; виявлено 1 – високий результат, що свідчить про нестабільне підняття або падіння настрою, покладання хибних надій на майбутнє, характерне часте переживання минулих невдач.

Таким чином, результати даної методики дозволяють зробити висновок про те, що більшість респондентів (19 осіб) мають середній рівень за шкалою «самопочуття». В цих осіб, наявне зменшення загального самопочуття. За шкалою «активність» 28 респондентів показали середній рівень, що їх активність на середньому рівні, деяке зниження темпів мислення і діяльності, невелика неуважність, відсутність сильної захопленості. Та за шкалою «настрій» більшість респондентів (39 осіб) мають середній рівень, в яких настрої характеризується без особливого підйому, що не заважає реально оцінювати події, оточуючих людей, прогнозувати свої можливості, не покладати «райдужних надій» на майбутнє, але й не занадто переживати минулі невдачі.

Для чіткого розуміння результатів тесту «Загальна емоційна спрямованість» Б. Додонова, проілюструємо загальні дані в діаграмі.



**Рис. 2.1.** Загальні дані за результатами тесту «Загальна емоційна спрямованість» Б. Додонова (%)

Отже, відповідно до результатів даної методики можна сказати, що більшість емоцій у респондентів не виражені, та відсутні та слабо виражені, а саме: альтруїстичні, комунікативні, глоричні, праксичні, романтичні емоції – слабо виражені; пугнічні, гностичні, естетичні, гедоністичні та акизитивні емоції – відсутні або майже невиражені.

Альтруїстичні емоції слабо виражені, майже відсутні, що характеризують осіб як тих, хто насправді не може ні відчувати, ні допомагати іншим, а може лише ідентифікувати себе в уяві через того чи іншого благородного героя у вигаданій історії. Комунікативні переживання часто близькі до альтруїстичних. Важливо зазначити, що не кожна емоція,

яка виникає під час людського спілкування, обов'язково є комунікативною. Проявляються ці емоції як реакція, що виникає в результаті незадоволеного бажання емоційної близькості. Слабко виражені глоричні емоції свідчать про зниження потреби в самоствердженні. А праксичні емоції пов'язані зі змінними в ході діяльності через невдачу проблеми та її вирішення. Романтичні – характеризується відсутністю бажання всього надзвичайного, незвичайного, таємничого. Майже невираженими є пугнічні емоції, що характеризувало б необхідність подолання небезпеки, але на основі цього пізніше виник інтерес до боротьби. Відсутність гностичних емоцій просто показує, що немає потреби отримувати будь-яку нову інформацію. Відсутність естетичних – виражається через усі інші відчуття – радість, гнів, тугу, огиду, біль, смуток тощо. Невираженість гедонічні емоції вказує на відсутність емоцій, пов'язаних із задоволенням потреб фізичного та психічного комфорту. Акзигитивні емоції – це не сукупність об'єктів, зазвичай вони пов'язані із задоволенням не однієї, а багатьох потреб, їх відсутність засвідчує, що задоволення від звичних раніше справ зникло.

*Таблиця 2.3.*

### **Результати методики «Тест сенсо-життєвих орієнтацій»**

**Д. Леонтева**

Шкали	Рівні		
	Високий	Середній	Низький
Показник свідомості життя	0%	32,5%	67,5%
Цілі в житті	0%	27,5%	72,5%
Процес життя	0%	22,5%	77,5%
Результативність життя	1%	36,5%	62,5%
Локус контролю – «Я»	0%	32,5%	67,5%
Локус контролю – життя	5%	35%	60%

Такі результати ми маємо за шкалою «показник свідомості життя»: високий рівень – 0%, середній – 32,5%, низький – 67,5%. Було виявлено, що респонденти мають низький рівень, що свідчить про відсутність у житті цілей у майбутньому, низький рівень насиченості життя, незадоволеністю самореалізацією, зневірою у власні сили та некерованістю власним життям.

За шкалою «цілі в житті» – більшість результатів (72,5%) мають низький показник, що характеризує відсутність у суб'єкта мети в майбутньому житті, яка надає життю сенс, напрямок і перспективу з часом.

За шкалою «процес життя» - більшість результатів (77,5%) мають низький показник, що свідчить про незадоволеністю життям у сьогоднішній день, але в той же час спогади про минуле або бачення майбутнього можуть надати йому повного сенсу.

За шкалою «результативність життя» – більшість результатів (62,5%) мають низький рівень, який вказує на погану продуктивність життя, невдоволення життям, жаль за минулі вчинки.

За шкалою «локус контроль – Я» – більшість результатів (67,5%) мають низький результат, що засвідчує невпевненість у своїх можливостях контролювати події власного життя.

За шкалою «локус контролю – життя» – більшість результатів (60) мають низький результат, який характеризує фаталізм, віру в те, що людське життя не знаходиться під свідомим контролем, що свобода вибору є ілюзорною, а уявити майбутні події безглуздо.

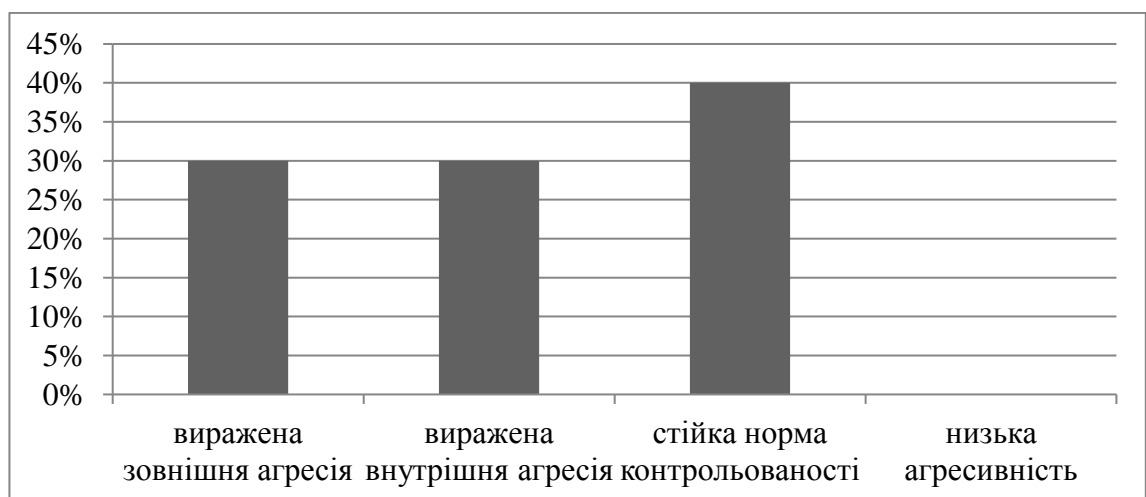
Таким чином, за результатами даної методики можна стверджувати, що опитувані мають низький рівень усвідомлення життя. Рівень задоволення життя, планування майбутнього, віра у щасливе подальше життя є слабко вираженим, що може викликати й збільшувати рівень апатії.

### Результати методики «тривожність і депресія» Ю. Ханіна

Шкали	Рівні		
	Низький	Середній	Високий
Тривога	25%	35%	40%
Депресія	0%	10%	90%

Таким чином, за результатами методики можна зробити такий висновок, що рівень тривоги в більшості опитуваних – високий, що вказує на стан тривоги, який проявляється зниженим порогом збудження, пов'язаним з різними подразниками, нерішучістю, нетерплячістю, непослідовністю дій, занепокоєння про власне здоров'я та здоров'я близьких, а також у взаємодії з іншими, що проявляється в невпевненій поведінці. Рівень депресії показав високий рівень, що свідчить про депресію як невротичну реакцію: зниження життєвого та енергетичного тону, зниження емоційного контексту, зменшення та обмеження контакту з іншими, наявність та обмеження контакту з іншими, наявність нещастя та самотності.

Результати методики «фрустраційний вербальний тест» Л. Собчик проілюструємо у вигляді діаграми.



**Рис.2.2. загальні результати «Фрустраційного вербального тесту» Л. Собчик (%).**

Отже, за результатами методики можна зробити висновок, що рівень фрустрації високий, що в середньому проявляється як екстрапунітивна реакція, стеничність і впевненість у собі, прагнення відстояти свої позиції:

- Висловлювання:
  - зовнішній вигляд;
  - кругозір;
- Почуття:
  - характер;
  - кругозір;
  - моральність.

Також фрустрація проявляється як імпульсивна реакція, стриманість, високий самоконтроль над агресивними реакціями:

- Висловлювання:
  - Здоров'я;
  - Характер;
  - Благополуччя;
  - Соціальний статус;
  - Моральність;
- Почуття:
  - Зовнішній вигляд;
  - Здоров'я;
  - Благополуччя;
  - Соціальний статус.

Таким чином, за результатами методики можна зробити такий висновок: більшість опитуваних (80%) мають середній рівень, що орієнтовані на процес, вони не задумуються над досягненням результату, схильні здавати роботу із запізненням, а орієнтація на процес перешкоджає ефективності, дуже зацікавлені і стурбовані роботою, часто занадто рутинні для досягнення результатів, мають негативне ставлення до рутини, від якої важко позбутися.

**Результати тесту «Діагностики соціально-психологічних установок» О. Потьомкіна**

Шкали	Рівень вираженості		
	Низький	Середній	Високий
Орієнтування на процес	10%	80%	10%
Орієнтування на результат	25%	70%	5%
Орієнтування на альтруїзм	37,5%	60%	2,5%
Орієнтування на егоїзм	15%	75%	10%
Орієнтування на роботу	50%	47,5%	2,5%
Орієнтування на гроші	42,5%	57,5%	0%
Орієнтування на волю	0%	52,5%	47,5%
Орієнтування на владу	55%	45%	0%

Також, більшість респондентів (70%) орієнтовані на результат, що мають середній рівень, вони характеризуються як людина, яка прагне досягти результату в роботі, долаючи всі труднощі, в тому числі суєту, перешкоди і невдачі, що може бути одним з найнадійніших людей. Однак у гонитві за результатом може забути про все інше, наприклад, навмисно нашкодити людям або просто зробити щось швидко, але негарно.

За результатами шкали «орієнтація на альтруїзм», більшість відповідей (60%) мають середній рівень, що характеризуються як діюча в першу чергу на благо інших, часто на шкоду собі (чи справі). Альтруїзм – найцінніша соціальна мотивація, яка відрізняє зрілу людину. Альтруїст може бути дуже небезпечним для себе і для оточуючих, якщо він починає проявляти свою безкорисливість заради благополуччя людства (або просто своєї сім'ї чи групи). Але якщо він не дозволяє собі цього, він може бути дуже корисним для інших і відчувати себе щасливим від цього, незалежно від свого особистого стану.

Більшість результатів «орієнтація на егоїзм», мають середній рівень (75%), що вказує, що ті, хто переймається насамперед своїми особистими інтересами. Це не обов'язково означає, що їхні інтереси обмежуються матеріальною вигодою, але те, що, приймаючи рішення, вони серйозно замислюються над тим, як наслідки позначаться на них самих. Таку позицію може зайняти злісний злодій або захисник, в той час як цілком моральна і добра людина може бути прихильником раціонального егоїзму. Люди з надмірним егоїзмом зустрічаються досить рідко. Швидше, більш шкідливо бути безкорисливим, і це часто буває у людей інтелектуальних професій.

За шкалою «орієнтація на роботу» половина опитуваних мають низький рівень, що свідчить про те, що вони витрачають час на відпочинок та для власного задоволення. Робота не приносить їм радості. На відміну від орієнтації на процес, тут важливо відчувати, що ти не просто зайнятий, а виконуєш роботу. Не важливо, наскільки продуктивною є ця робота, як і наскільки вона оцінена.

За шкалою «орієнтація на гроші» більшість мають середній рівень (57,5%), що характеризуються типовими цінностями людей з такою орієнтацією, є бажання покращити свій добробут. Коли у таких людей немає грошей, вони думають переважно про те, як їх отримати, а коли вони є, то про те, як їх не втратити і як збільшити їхню кількість. Для них гроші мають цінність самі по собі, а не лише як засіб отримати щось. Наприклад, вона не обов'язково краде їх, але при виборі роботи, швидше за все, орієнтується на оплату праці, а не на інтерес до роботи.

Більшість результатів за шкалою «орієнтація на владу» (55%) мають середній рівень, що вказує на те, що не має великого значення влада проте, наявність її не буде зайвою, ці особи не характеризуються сильним прагненням керувати іншими.

Таким чином, можна зробити висновок, вираження соціально-психологічних установок особистості у більшості респондентів має середній рівень, що вказує на те, що відбулося зменшення переважаючих мотивів



зміни поведінки, лише у третій частині опитуваних рівень соціально-психологічних установок має низький рівень, що вказує на зміни в їх пріоритетів та стимулів, причиною цього є навколишні умови життя, які й є причиною до розвитку апатії.

Для того, щоб перевірити різницю між самопочуттям, настроєм й активністю в опитуваних за рівнем депресії, ми використали t-критерій Стьюдента.

При загальній кількості вибірки в 40 осіб, число ступенів свободи (U) складає 38. Теоретичне значення t-критерію Стьюдента для рівня значущості  $p=0,95$  дорівнює 2,02 та  $p=0,99$  дорівнює 2,70. У випадку, якщо  $t_{\text{емпір}} > t_{\text{теор}}$  – різниця є достовірною.

Підрахунки по t-критерію Стьюдента показали, що емпіричне значення всіх характеристик входить в зону значущості, а це означає, що отримані результати є достовірними. Значення критерію (t) відносно достовірності різниці між самопочуттям, настроєм й активністю в опитуваних за рівнем депресії представлено у табл.2.6.

*Таблиця 2.6.*

**Значення t-критерію Стьюдента, що отримані при визначенні достовірності відмінностей самопочуття, настрою, активності за рівнем депресії**

Характеристика	самопочуття	настрій	активність
Низький та високий рівень депресії	4,1	5,5	9,5

За отриманими результатами можна стверджувати, що опитувані як і за низьким, так і за високий рівнем депресії характеризуються поганим самопочуттям, частковим настроєм та зниженням активності.

Отже можна зробити висновок про те, що рівень депресії впливає на самопочуття, настрій та активність у поведінці, що й спричиняє розвиток апатії.

### **2.3. Індивідуально-психологічні особливості розвитку апатії в умовах невизначеності**

Проводячи наше дослідження, ми мали можливість спостерігати за респондентами й можемо описати їх поведінку, яка була скованою, більшість опитуваних під час дослідження поводити себе емоційно стримано.

Спостерігаючи за дівчатами та хлопцями можна їх розділити за причинами розвитку апатії: в деяких опитуваних причиною апатії слугувала війна, вони пережили сильний стрес, особливо ті, що були в епіцентрі подій та на даний момент втекли від небезпечних подій; в інших – наслідки пандемії так, як вони хворіли й мусили перебувати в ізоляції від однолітків та соціуму; в наступних – емоційність, ці опитуванні мають слабку емоційність та як губки поглинають всі події та їх емоційні наслідки, одна з дівчаток зазначила:

« Мені не страшно, ми знаходимося далеко від бойових територій, але моя мати так нас налаштовує, постійно говорить, що ми маємо бути готовими до найгіршого розкладу подій, що ми можемо померти в будь-який момент. Саме це мене лягає, іноді здається, що мати тільки й чекає цього. Вона ніколи не відпочиває від новин, я також їх читаю, але відволікаюся прогулянкою, чи спілкуванням з друзями, чи займаюся улюбленими справами. А мати не відпочиває від тривожних новин. Мені здається, що я поглинала цей мамин настрій і мені ставало страшно, а потім з часом, я перестала реагувати. Такий стан байдужості, який мені подобається, мені добре жити з ним. Мене ніщо не турбує й я просто живу.»

Решта респондентів втратили будь-яку мотивацію, один з юнаків поділився своїми спостереженнями щодо змін в його поведінці:

« Коли все було спокійно, мирно, я планував своє майбутнє. Я хотів у вільні від навчання дні працювати, а потім по закінченню навчання було два шляхи, чи влаштувати себе в Україні, чи поїхати за кордон. Проте, зараз я втратив будь-яку надію на виконання планів у тій послідовності моїх планів, в якій вони були. Я хотів одне, а сталося інше! Мене це не влаштовує. Мені це не подобається. Але, що я можу вчинити! Тільки одне, я живу, плануючи свої дії не більше, ніж на тиждень, чи декілька днів. Моє навчання, також припинило мене приваблювати, навчаюся лише тому, що потрібно дійти до кінця й не шкодувати, що покинув на при кінці. Й це враховуючи, що в мене немає стосунків, на них в мене не вистачає сил та бажання, адже я не знаю, як самому жити тепер, а якби були стосунки з дівчиною, то і в них треба було вкладати сили та енергію, яких зараз немає».

Не всі учасники дослідження ділилися своїми переживання, це може бути пов'язане з тим, що в минулих двох роках життя пройшло в самоізоляції, більшість відвикли спілкуватися, передавати свої емоції, переживання словами.

Як було описано в теоретичному розділі нашої кваліфікаційної роботи, апатична поведінка – це поведінка людини, яка виявляє дуже мало емоцій, інтересу, мотивації і активності. Ця поведінка може бути наслідком різних факторів, таких як емоційних – депресія, стрес, тривога, втома, зовнішніх/соціальних, чи екологічних – пандемія, катаклізми та війна, а також внутрішніх/особистісних – психічні розлади та нервові захворювання.

Люди, які проявляють апатичну поведінку, зазвичай не цікавляться тим, що їх оточує, не проявляють ініціативу, їхня продуктивність і ефективність знижується, їм важко приймати рішення, і вони не відчувають задоволення від роботи, яку вони роблять.

Апатія в юнацькому віці може бути поширеною проблемою. Юнацький вік – це час значних фізичних, емоційних і соціальних змін, і підлітки можуть відчувати певну форму втрати ідентичності та розгубленості щодо свого місця у світі. Якщо характеризувати поведінку в юнацтві, то основною стимулом для

апатії виступають соціальні мережі. Завдяки соціальним мережам люди можуть: спілкуватися один з одним у мультимедійний спосіб, створювати платформу для обміну тим, що вони вважають цінним, створювати платформи для вираження власної ідентичності і т.д.

З іншого боку, соціальні медіа дозволили людям: відчувати ілюзію приналежності, пережити приголомшливе відчуття змін, відчувати перевантаження сумнівною інформацією, втратити здатність розрізняти тимчасові та постійні події.

Проте, під гнітом актуальних подій, соціальні мережі дали поштовх до втрати бажання контактування з зовнішнім світом. Підлітки, юнаки та навіть дорослі люди, які часто користуються соціальними мережами стають більш замкненими, не виходять на прогулянки, віддаляються від зовнішнього світу. А з врахуванням пандемії та війни, через яку, все населення має перебувати вдома так, як діє комендантська година, що також слугує для частішого замкненого способу життя.

Також, апатія може проявлятися, як:

- відмова від участі в соціальній діяльності: вони можуть відмовитися від участі в різних соціальних заходах, таких як зустрічі з друзями, вечірки, збори тощо. Це може бути пов'язано з тим, що вони відчують втому, відсутність інтересу або тривогу з приводу соціальних ситуацій;

- відмова від відвідування навчальних закладів: молоді люди можуть бути не зацікавлені в навчанні і не хочуть брати участь у заходах. Це може бути викликано почуттям безпорадності або відсутністю інтересу до навчальних предметів;

- втрата інтересу: молоді люди можуть втратити інтерес до своїх звичайних занять і хобі. Це може бути спричинено втомою, незадоволеністю результатами або зміною інтересів;

- пасивна поведінка: юнаки та дівчата можуть поводитися пасивно, їм бракує ініціативи, незалежності та самостійності. Це може бути спричинено почуттям безпорадності або страхом перед ризиком;
- стрес і тиск: юнаки часто стикаються зі стресом і значним тиском з боку академічних і соціальних стосунків, сімейних проблем або очікувань щодо себе. Такий стрес може призвести до втоми та втрати інтересу до різних аспектів життя;
- емоційні зміни: молоді люди часто переживають емоційні гойдалки, пов'язані зі змінами гормонального фону та самоідентифікацією. Це може призводити до відчуття втрати інтересу до раніше улюблених занять і нерозуміння власних почуттів.
- низька самооцінка: юнаки особливо схильні до низької самооцінки і почуття невпевненості в собі. Їм може здаватися, що вони не виправдовують очікування оточуючих або що вони недостатньо самостійні для досягнення своїх цілей. У результаті вони можуть втратити мотивацію та інтерес до різних аспектів життя;
- соціальна ізоляція: молоді люди, які почувуються соціально ізольованими або не мають стабільних соціальних зв'язків, можуть втратити інтерес до соціальних стосунків. Вони можуть почуватися відрізаними від своїх однолітків, і їм може бути важко завести нових друзів і стосунки;
- нудьга: юнаки можуть стикатися з нудьгою або відчувати, що їх життя не має сенсу або цілей. Це може призводити до апатії та втрати інтересу до багатьох речей;
- вплив зовнішніх чинників: деякі зовнішні чинники, як-от вживання наркотиків і алкоголю, негативне оточення і психологічні проблеми, можуть сприяти розвитку апатії у молодих людей.

Отже, різні умови та способи їх уникнення сприяють тому, що молоде покоління віддаляється від соціуму та стає замкненим, апатичним.

Апатія – це стан емоційної відстороненості, безініціативності та відірваності від реальності, який часто виникає при психічних захворюваннях, таких як депресія.

Як обговорювалося в теоретичній частині Р. Марін концептуалізував апатію як на рівні симптому, так і на рівні синдрому. Апатія як симптом стосується відсутності мотивації, яка причино пов'язана з поточним психічним захворюванням. Апатія як синдром – більш неоднозначне поняття, і його клінічна користь ще не до кінця вивчена.

Первинна апатія визначається як «первинна відсутність мотивації, тобто відсутність мотивації, яка не пов'язана з порушенням інтелекту, емоцій або рівня свідомості».

Якщо апатію можна пояснити будь-яким із перелічених вище розладів, то апатію вважають симптомом і, що дещо нелогічно, називають вторинною апатією.

Зниження спрямованої на досягнення мети експресивної поведінки та її когнітивних й емоційних супутніх розладів, у поєднанні з відсутністю емоційного дистресу, є основним компонентом синдрому апатії.

Ширше поняття синдрому апатії охоплює відсутність інтересу і мотивації, зниження активності та поганий догляд за собою. На практиці більш тонка відмінність між симптомами і синдромами апатії не набула широкого визнання, оскільки визначити, чи є інтелектуальне, емоційне або когнітивне порушення або відсутність мотивації ключовою ознакою конкретного психічного розладу, або неможливо, або абсолютно довільно [54, 22-30 ].

Якщо використовувати концепцію Р. Маріна для характеристики опитуваних, то можна використовувати апатію як симптом, адже це трактування більш підходить. Враховуючи той факт, що апатія як синдром частіше використовується в клінічній психології та пов'язана з різними клінічними розладами психіки. Але теорія Р. Маріна схиляється до клінічної

психології, то ж ми не може аналізувати поведінку учасників опитування з точки зору цієї концепції.

Р. Леві та Б. Дюбуа запропонували модель із трьома різними підтипами апатії, пов'язаними з конкретними порушеннями функцій ланцюга лобової частки ганглії, що, як вважається, пов'язані з цілеспрямованою поведінкою. Емоційна та афективна апатія відповідає нездатності надати емоційну та афективну цінність (афективну валентність) конкретним поточним або майбутнім діям.

Когнітивна апатія або «когнітивна інертність» стосується зниження цілеспрямованої поведінки, пов'язаної з недостатньою активацією ментальних стратегій для створення правил і перемикання з одного ментального або поведінкового набору на інший.

Нарешті, аутоактивну апатію вважають найважчою формою апатії, за якої знижено спонтанну поведінку, пізнання або емоції. Однак люди можуть реагувати на зовнішні стимули [50; 51].

Використовуючи дану концепцію, можна вказати, що в більшості опитуваних когнітивна апатія, не враховуючи того, що модель апатії Р. Леві та Б. Дюбуа основана на порушенні функцій лобової частки ганглії. А використовуючи її тільки для опису поведінки індивідів.

Також, виокремлюють тимчасову або тривалу апатії. Тимчасова апатія може виникнути після важкого періоду в житті, такого як смерть близької людини або розлучення з коханою людиною. Тривала апатія може бути наслідком серйозного психічного розладу, такого як депресія.

Проте, серед опитуваних присутні обидві види апатії. Якщо обговорювати це більш детально, то в декількох дівчат помітна тривала апатія, що супроводжує їх, десь біля року, чи навіть більше. На це вказували самі опитувані: «Я вже протягом декількох місяців не можу зібратися з силами, щоб почати жити далі, я живу тільки сьогоднішнім днем. Мене не цікавлять речі, що цікавили два, три роки тому. Й то не були, якісь тимчасові речі. Я відвідувала секцію карате з 7 років, а тепер я не ходжу туди. Мені не хочеться,

це забирає занадто багато моєї енергії.»; « Я планувала записатися на танці та почати відвідувати художній гурток. Але після розмови з батьками, які сказали, що я вже доросла й потрібно серйозніше відноситися до життя, почати працювати й не витратити час на різні нісенітниці. Я стала вагатися в цій ідеї. Можливо. Вони праві, але вони так часто вказують на такі речі додаючи, що я не відповідальна й поводжу себе як дитина, що мені ще рано в доросле, самостійне життя. Всі бажання зникають й мені нічого не хочеться»; було ще три схожі відповіді. В інших учасників нашого дослідження спостерігалась та в ході простої бесіди виявилась тимчасова апатія, яка виникла через наявні наслідки війни, навіть пандемія на мала на них такого впливу, хоч також, була ізоляція, але вона відрізнялась.

Отже, апатія може характеризуватися тривалістю виникнення та продовження перебування в цьому стані. Тривалість апатії може бути від тижня до декількох років, чим тривалішою є апатія, тим негативніші наслідки для людини вона має. Так як з наявністю тривалої апатії може виникнути депресія та інші розлади психіки, наприклад шизофренія.

Отже, враховуючи всі можливі фактори розвитку апатії, можна зробити узагальнення проявів апатії в поведінці індивіда. Ми визначили основні індивідуальні характеристики апатії:

- ступінь апатії – варіюється, деякі люди переживають цей стан дуже легко, в той час як інші відчують себе дуже апатичними.
- тривалість пережитого стану апатії також варіюється, деякі люди відчують тимчасову апатію, тоді як інші залишаються млявими протягом тривалих періодів часу.
- причини апатії – різняться, наприклад, для одних це пов'язано зі стресом, а для інших – з психічним розладом.

Проаналізувавши всю зібрану інформацію, ми зробили узагальнення щодо проявів апатії під впливом невизначеності. Основні індивідуальні психологічні характеристики, які можуть сприяти розвитку апатії в умовах невизначеності, включають у себе таке:



- Когнітивна гнучкість: люди, яким важко адаптуватися до нових або мінливих ситуацій, більш схильні до апатії перед обличчям невизначеності.
- Толерантність до невизначеності: люди з низькою толерантністю до невизначеності можуть зазнавати труднощів у подоланні двозначних або непередбачуваних ситуацій, що може призвести до почуття апатії.
- Втрата контролю: невизначеність може призвести до відчуття втрати контролю, що може спричинити відчуття безпорадності та безнадійності. Втрата контролю може сприяти виникненню почуття безсилля, оскільки люди відчують, що їхні дії та рішення не мають значення в невизначених ситуаціях.
- Тривога, стрес та депресія: невизначеність також може спричиняти тривогу і стрес, депресію, які можуть призвести до почуттів пригніченості, виснаження і вигорання. Ці почуття можуть сприяти появі апатії, тому що люди відчують, що у них немає енергії та мотивації для досягнення своїх цілей.
- Втрата надії: коли люди відчують, що їхня ситуація безнадійна або перебуває поза їхнім контролем, вони можуть стати апатичними і відсторонитися від життя.
- Відсутність соціальної підтримки: невизначеність також може призвести до відчуття ізоляції та самотності, особливо якщо людина відчуває, що їй нема до кого звернутися по підтримку. Відсутність соціальної підтримки може сприяти виникненню почуття апатії, оскільки люди відчують, що їм бракує мотивації та ресурсів для досягнення своїх цілей.

Важливо зазначити, що ці чинники не обов'язково спричиняють апатію самі по собі, а радше взаємодіють із ситуаційними чинниками, сприяючи виникненню апатії.

Загально характеризуючи, апатичну поведінку слід відзначити, що деяких людей апатія може супроводжуватися іншими симптомами, такими як втома, безсоння, поганий настрій і низька самооцінка. Люди з апатією можуть відчувати себе відірваними від світу і втрачати мотивацію. Робота і навіть

звичайне повсякденне життя можуть стати складними. Можуть відчувати себе відрізаними від своїх емоцій і виявляти обмежений інтерес до різних аспектів життя. Вони можуть відчувати себе відрізаними від інших людей і навколишнього світу.

Люди можуть відмовлятися відвідувати соціальні заходи, такі як вечірки або зустрічі з друзями, можуть відчувати себе відірваними від інших і виявляти мало інтересу до спілкування. Особистість може не цікавитися новими речами та враженнями. Вона може не пробувати щось нове, бо відчуває, що їй це нецікаво.

Люди з апатією можуть мати проблеми з концентрацією уваги і пам'яттю, а їхній розум може бути сповнений відстороненості та байдужості. Флегматики можуть бути неенергійними на роботі і не відчувати зв'язку зі своєю роботою. Їм може бути важко діяти, наприклад, виконувати завдання або приймати рішення, оскільки нічого не зміниться. Особа може проявляти байдужість до багатьох аспектів життя, таких як робота, стосунки і здоров'я. Вона може проявляти мало інтересу до того, що відбувається навколо.

Люди з апатією можуть не робити необхідних дій для досягнення своїх цілей, тобто бути пасивними. Вони можуть бути бездіяльними і не цікавитися своїм професійним розвитком і особистісним зростанням.

Відсторонені люди відчувають себе відчуженими від інших людей і суспільства в цілому. Він може спілкуватися з іншими, але не бажає брати участь у громадській діяльності.

Апатична людина може не мати чіткої мети в житті. Вона може не знати, чого хоче досягти і як цього досягти. Це може призвести до відчуття безглуздості та втрати життєвої мотивації.

Таким чином, індивідуальні риси апатії можуть бути дуже сильними, і врахування цих факторів може допомогти визначити найефективніший спосіб лікування стану.

Подолання апатії може бути складним процесом, але за допомогою рішучості та правильних стратегій можна відновити мотивацію та ентузіазм. Ось кілька рекомендацій, які допоможуть подолати апатію:

Визначте причину апатії: спробувати з'ясувати, що може бути викликом для апатії. Чи все, що є задоволенням, приносить задоволення в різних аспектах життя? Розуміння кореневих причин може допомогти зосередитися на вирішенні проблеми.

Зверніться до фахівця: якщо апатія триває тривалий час і перешкоджає функціонуванню, потрібно розглянути можливість звернутися до психолога або психотерапевта. Вони можуть надати інструменти та стратегії для подолання апатії.

Запишіть свої успіхи і досягнення: ведення щоденника або записування своїх успіхів і досягнень може допомогти побачити позитивні аспекти життя і підвищити мотивацію.

Ставте значущі цілі: визначити конкретні, реалістичні та значущі цілі, які відповідають цінностям і прагненням. Наявність чітких цілей дає відчуття мети та напрямку, що може допомогти побороти апатію.

Розбивайте завдання на більш дрібні кроки: великі завдання можуть здаватися непосильними та сприяти апатії. Розділення їх на більш дрібні, більш керовані кроки. Виконання цих невеликих завдань дасть відчуття досягнення та прогресу, що може допомогти відродити мотивацію.

Знайдіть свою пристрасть: зайняття діяльністю, яка щиро цікавить і приносить радість. Повторне відкриття для хобі, дослідження нових інтересів, наприклад, стати волонтером для справи, яка цікава. Пристрасть може бути потужною протиотрутою від апатії.

Створіть розпорядок дня: встановлення розпорядку дня може забезпечити структурованість і стабільність, полегшуючи подолання апатії. Виділіть час для роботи, відпочинку, особистісного розвитку та спілкування. Рутина допомагає сформувати здорові звички та сприяє послідовності.

Приймайте здоровий спосіб життя: здорове харчування, регулярна фізична активність і достатній сон мають велике значення для вашого фізичного і емоційного благополуччя. Займайтеся діяльністю, яка сприяє розслабленню та зниженню стресу, наприклад медитацією, глибокими дихальними вправами або проводьте час на природі. Дотримуйтеся цих здорових звичок, оскільки вони можуть позитивно вплинути на ваш настрій і енергію.

Оточіть себе позитивним впливом: проводьте час з людьми, які надихають і мотивують. Шукайте людей, які поділяють спільні інтереси, цінності та цілі. Їх позитивна енергія та підтримка можуть допомогти подолати апатію та зберегти мотивацію.

Практикуйте вдячність: щодня виділяйте час, щоб подумати про те, за що вдячні, і оцінити це. Культивування почуття вдячності може перемістити увагу з апатії на визнання позитивних аспектів життя, посилюючи мотивацію та ентузіазм.

Киньте виклик негативним думкам: апатія часто супроводжується негативними думками та невпевненістю в собі. Киньте виклик цим думкам, замінивши їх позитивними та реалістичними твердженнями. Практикуйте співчуття до себе та нагадуйте собі про свої сильні сторони та минулі досягнення.

Зверніться за підтримкою: не соромтеся звертатися за підтримкою до друзів, родини чи професіоналів. Вони можуть надати підбадьорення та свіжий погляд. Терапія або консультування також можуть бути корисними для усунення основних причин апатії.

Робіть маленькі кроки: подолання апатії – це поступовий процес. Почніть з невеликих, керованих дій і поступово нарощуйте імпульс. Відзначення власного прогресу на цьому шляху є важливим етапом, оскільки навіть маленькі кроки можуть призвести до значних змін.

Займіться новими заняттями або хобі: Впровадження чогось нового в своє життя може привнести свіжість і відновити ваш інтерес. Спробуйте нову активність, зацікавлення або хобі, яке вас захоплює.

Дані рекомендації не є обов'язковими, тобто не обов'язково слугувати всім рекомендаціям, відповідно під особисті можливості та бажання можна вибрати декілька, які матимуть певний вплив на психологічний стан та допомагатимуть знижувати рівень апатії.

Апатія може бути викликана сильними факторами, і найкращий спосіб її подолати – це комбінація фізичних, психологічних та повсякденних зусиль. Ось кілька рекомендаційних вправ, які можуть допомогти вам подолати апатію:

Встановлення мети: потрібно сформулювати чітку і конкретну мету, яку хочете досягти. Це може бути будь-що, від невеликої щоденної задачі до великої життєвої цілі. Мета допоможе зосередитися і знайти сенс у діяльності.

Ціннісні вправи: записування своїх основних цінностей і пріоритетів в житті. Потім концентрація на діях і діяльностях, які відповідають цим цінностям. Виконання дій, що мають значення, може допомогти збудити внутрішню мотивацію і знизити відчуття апатії.

Фізична активність: регулярна фізична активність має потужний вплив на фізичне і психічне здоров'я. Зайняття спортом, виходьте на прогулянки, робіть йогу або будь-яку іншу фізичну активність, яка подобається. Фізичні вправи сприяють виділенню ендорфінів, що покращує настрій і загальний стан організму.

Розширення власних інтересів: спробувати нові речі і інтереси, які цікавлять. Читайте книги, дивіться фільми, продовжуйте нові навички або займайтеся хобі. Це допоможе розширити свій світогляд і зберегти інтерес до життя.

Створення розкладу: встановлення регулярного розкладу може допомогти відчувати більшу впевненість і контроль над своїм часом. Плануйте дні, включаючи час для роботи, відпочинку, розваг і соціальних зустрічей.

Журнал почуттів: почніть вести журнал, в якому записуйте власні почуття і емоції щодня. Це допоможе зрозуміти свої емоційні стани і знайти закономірності. Відзначайте моменти, коли відчувається більша мотивація або радість, і аналізуйте, що може викликати ці позитивні зміни.

Практикуйте медитацію або релаксацію: запровадження практики медитації або релаксаційних вправ може допомогти зменшити стрес, підвищити концентрацію і заспокоїти розум. Спробуйте знайти час для цих практик щодня, наприклад, перед сном або вранці.

Поставте собі невеликі цілі: розбийте великі завдання на менші, досяжні кроки. Поставте собі невеликі щоденні цілі, яких можна легко досягти. Це допоможе побачити прогрес і підтримувати мотивацію.

Самозаохочення: створіть позитивні мантри або фрази, які можете повторювати собі важкі моменти. Наприклад, «Я маю силу і можу досягнути своїх цілей» або «Кожен день я стаю сильнішим». Зосереджуйтеся на позитивних аспектах себе і свого життя, і підтримуйте себе під час викликів.

Спілкування з близькими людьми: розмовляйте з друзями або батьками про свої почуття та емоції. Соціальна підтримка може бути важливою для подолання апатії.

Дані рекомендаційні вправи слугуватимуть фактором для покращення мотивації, сприятимуть покращенню життєдіяльності, адже деякі з вправ зможуть допомогти відновити режим дня, завдяки якому час розділятиметься рівномірно й рівень втоми, також знизиться. Виконання, чи не виконання рекомендацій завжди залежить від стимулу індивіда боротися з власними перешкодами, які заважають налагодити стабільне життя, що приносить задоволення.

Таким чином, можна сказати, що індивідуально-психологічні характеристики проявів апатії в першу чергу, залежать від стимулу розвитку апатії. Потім основною проблемою стає рівень задоволеності життям, адже в людей, що більш менш задовольняються власним життям не так швидко піддаються впливу рідних подій. Також, якщо вже наявна апатія, то вона

характеризується рівнем переживання люди з стабільними емоціями, чи менш емоційні – можуть легко впоратися з апатією, також вона буде майже не помітною так, як їм притаманний спокій та раціоналізація. Проте, емоційні люди характеризуватимуться різкими змінами в поведінці. Для подолання/зниження апатії нами було виділено основні рекомендації та вправи, що допоможуть впоратися з апатією.

### **Висновки до другого розділу**

В ході дослідження особливостей розвитку апатії в умовах невизначеності було використано такий емпіричний метод, як тести. Тестування проводилося з метою виявлення особливостей розвитку апатії та як вона проявилася в умовах невизначеності. Для кращого розуміння змін в опитуваних ми порівняли результати методики САН та рівня депресії за допомогою t-критерія Стьюдента.

Психодіагностичний комплекс методик склали: тест САН (самопочуття, активність, настрій); тест «Загальна емоційна спрямованість» Б. Додонова; тест сенсо-життєвих орієнтації Д. Леонтева; методика «тривожність і депресія» Ю. Ханіна; фрустраційний вербальний тест Л. Собчик; тест «Діагностики соціально-психологічних установок» О. Потьомкіна.

Результати дослідження показали, що більшість респондентів виявили зміни щодо психоемоційного стану, мотивації, фрустрації. Рівень тривоги та депресії в опитуваних – високий. А саме, значне зниження самопочуття, збільшення відчуття втоми, активність зменшилась та настрій, які впливають на міжособистісні відносини, життєво важливі орієнтації зменшили своє значення, також зменшився рівень усвідомлення життя – задоволення життям, планування й віра у подальше життя.

В ході проведення тестування відбувалася просто бесіда з всіма учасниками дослідження, яка допомогла зробити узагальненні висновки

щодо характеристики апатії та індивідуальних проявів апатії в умовах невизначеності. А саме – апатія характеризується тривалістю, ступенем переживання, причинами розвитку. А індивідуально-психологічні характеристики охоплюють: когнітивну гнучкість, толерантність, втрату контролю, тривогу, стрес, депресію, втрату надії, тобто віри в краще, відсутністю соціальної підтримки і т.д.



## ВИСНОВКИ

У даній роботі представлено теоретико-методологічний підхід до апатії, визначення умов невизначеності, психологічні особливості проявів апатії та під впливом умов невизначеності.

Відповідно до завдань дослідження, ми можемо сформулювати наступні висновки:

1. Апатія – це психологічний стан, під яким ми розуміємо байдужість, нейтральне ставлення до життя і всього, що його оточує. Особливо цікаво відзначити, що апатія являє собою відсутність емоцій, які людина повинна бажати повернути (таким чином роблячи емоції бажаним станом), тоді як апатія є навмисним упушенням емоційного страждання. Апатію також, визначають як захисний механізм. Коли деякі гострі переживання – наприклад, відчуття безнадійності – руйнують і виснажують розум. Тоді, апатія виконує роль механізму нейтралізації цих деструктивних переживань.

Виділили три основні підтипи апатії: 1) зниження емоційно-афективної обробки (тобто мотивації) – проявляється у відсутності сили волі, бажань, емоційному сплюсненні, нечутливості до позитивного емоційного підкріплення (винагороди); 2) порушення когнітивна обробка планів дій (тобто планування) – основою цього підтипу апатії є порушення когнітивних функцій, зниження самостійної активності; 3) труднощі в ініціації поведінки (тобто ініціація) – пов'язана з порушенням самоактивації мислення, так і ініціація дій (моторні програми), які необхідні для цілісної поведінки.

2. Невизначеність часто називають тригером різних негативних наслідків для психічного здоров'я, таких як стрес і тривога. Невизначеність – це небажаний стан, якого люди прагнуть уникнути. Більш конкретно, її можна визначити як нездатність, що сприймається людиною, точно передбачити щонебудь. Відчуття невизначеності викликає цілу низку негативних емоцій, які призводять до страждань людини. Серед цих емоцій головну роль відіграє

страх. Саме страх є основним почуттям, яке відчуває людина під час невизначеності в тій чи іншій ситуації. Страх, у свою чергу, є негативним почуттям, яке спричиняє страждання і навіть інші негативні наслідки. Невизначеність пов'язана з різними показниками проблем психічного здоров'я, пов'язаних з низкою психіатричних станів, таких як депресія, тривожні розлади та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Крім того, невизначеність пов'язана з погіршенням деяких психосоціальних результатів, таких як якість життя, психологічний дистрес та психосоціальна адаптація. Невизначеність відображає невпевненість у своїй здатності передбачити певні результати і може створювати значне навантаження на емоційний та психічний стан. Невизначеність часто виникає під час катастроф і криз у сфері охорони здоров'я, а також пов'язана з психологічним дистресом.

3. Відчуття невизначеності викликає цілу низку негативних емоцій, які призводять до страждань людини. Серед цих емоцій головну роль відіграє страх. Саме страх є основним почуттям, яке відчуває людина під час невизначеності в тій чи іншій ситуації. Страх є негативним почуттям, яке спричиняє страждання і навіть інші негативні наслідки. Апатія під час страху може призвести до соціальної ізоляції та відходу від звичної діяльності та інтересів. Це може стати перешкодою для виконання завдань, підтримання соціальних зв'язків і досягнення особистих цілей.

Під час невизначеності виникає тривога. Тривожний розлад може вплинути на розвиток апатії. Тривога – це сильна емоція, яка позбавляє щастя, викликаючи негативні думки, негативні емоції, страх, дратівливість тощо. Порівняно з страхом, тривогою та іншими аверсивними емоційними станами, які виникають одразу після травми, апатія та емоційне оніміння стали основною визначальною ознакою посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Люди, які пережили травму, в більшості мають обмеження своїх емоційних переживань – явище, яке називають емоційним онімінням. Пережита травма викликає дуже сильні емоції, такі як непереборний страх,

жах і тривога, і ці реакції можуть залишитися на все життя. Тривога, пов'язана з розлукою, може перерости в розлад горя, якщо вона зберігається протягом тривалого періоду часу і домінує в психологічному функціонуванні людини, то цей стан називається розладом тривалого горя (РТГ).

Під час пандемії апатія розвилася як останній психологічний захист. Вона притуплює будь-які тривалі емоції, та ще більше посилює нашу вразливість. Крім того, пандемія призвела до самоізоляції через, яку люди втратили роботу або стали стикатися з фінансовими труднощами, що призвело до почуття безнадії та втрати мотивації.

4. В ході дослідження було проведено емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення апатії. Було експліковано компонентний склад ознак досліджуваного явища, який складався із емоційного, когнітивного та ціннісного факторів. На основі яких був сформований психологічний комплекс методик: тест САН (самопочуття, активність, настрої); тест «Загальна емоційна спрямованість» Б. Додонова; тест сенсо-життєвих орієнтації Д. Леонтева; методика «тривожність і депресія» Ю. Ханіна; фрустраційний вербальний тест Л. Собчик; тест «Діагностики соціально-психологічних установок» О. Потьомкіна.

В результаті, отриманих даних дослідження можна сказати, що під час умов невизначеності розвивається апатія, яка спостерігається в різних проявах. За результатами першої методики було виявлено, середній рівень самопочуття в більшості респондентів (19 осіб); середній рівень активності (28 осіб); середній рівень настрою (39 осіб). Відповідно до результатів другої методики було виявлено, що більшість емоцій у респондентів не виражені, та відсутні та слабо виражені, а саме: альтруїстичні, комунікативні, глоричні, праксичні, романтичні емоції – слабо виражені; пугнічні, гностичні, естетичні, гедоністичні та акизитивні емоції – відсутні або майже не виражені. За результатами третьої методики можна стверджувати, що опитувані мають низький рівень усвідомлення життя. Рівень задоволення життя, планування майбутнього, віра у щасливе подальше життя є слабо

вираженим, що може викликати й збільшувати рівень апатії. За результатами четвертої методи було зроблено висновок, що рівні тривоги та депресії у респондентів – високі, які негативно впливають на їх життя та свідчить про наявну апатію.

За результатами п'ятої методики було виявлено, що рівень фрустрації високий, що в середньому проявляється як екстрапунітивна реакція, стеничність і впевненість у собі, прагнення відстояти свої позиції; як імпульсивна реакція, стриманість, високий самоконтроль над агресивними реакціями. За результатами шостої методики було виявлено, що вираження соціально-психологічних установок особистості у більшості респондентів має середній рівень, що вказує на зменшення переважаючих мотивів зміни поведінки, лише у третій частині опитуваних рівень соціально-психологічних установок має низький рівень, що вказує на зміни в їх пріоритетів та стимулів, причиною цього є навколишні умови життя, які й є причиною до розвитку апатії.

За допомогою t-критерія Стьюдента було виявлено достовірну різницю у результатах на рівні значущості  $p=0,95$  за всіма показниками, а саме: самопочуття, активність, настрої. Це доводить, що ці критерії змінилися під впливом умов невизначеності, які й вказують на розвиток та наявність апатії.

5. Апатія – це стан емоційної відстороненості, безініціативності та відірваності від реальності, який часто виникає при психічних захворюваннях, таких як депресія. Індивідуальні характеристики апатії можуть включати наступне: ступінь апатії варіюється від людини до людини, деякі люди переживають цей стан дуже легко, в той час як інші відчувають себе дуже апатичними; тривалість пережитого стану апатії також варіюється, деякі люди відчувають тимчасову апатію, тоді як інші залишаються млявими протягом тривалих періодів часу; причини апатії за різних людей залежать від умов невизначеності; прояви апатії варіюються від зниження активності та настрою, самотності та втратою мотивації до розладів – депресії, ПТСР, РТГ.

Індивідуально-психологічні характеристики прояву апатії в першу чергу, залежать від стимулу розвитку апатії. Основною проблемою стає рівень задоволеності життям, адже в людей, що більш менш задовольняються власним життям не так швидко піддаються впливу рідних подій. Також, якщо вже наявна апатія, то вона характеризується рівнем переживання люди з стабільними емоціями, чи менш емоційні – можуть легко впоратися з апатією, також вона буде майже не помітною так, як їм притаманний спокій та раціоналізація. Проте, емоційні люди характеризуватимуться різкими змінами в поведінці. В різних умовах невизначеності виникає відчуття втрати контролю може сприяти виникненню почуття безсилля, оскільки люди відчують, що їхні дії та рішення не мають значення в невизначених ситуаціях. А відсутність соціальної підтримки може сприяти виникненню почуття апатії, оскільки люди відчують, що їм бракує мотивації та ресурсів для досягнення своїх цілей. Для подолання/ зниження апатії нами було виділено основні рекомендації та вправи, що допоможуть впоратися з апатією.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алекс Корб. У пастці депресії. Як подолати тривожність і радіти життю. Пер. з англ. Анна Марховська. Київ: Наш формат. 2019. 216 С
2. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів: Свічадо, 2014. 410 с
3. Деніел Гоулман, Річард Девідсон. Нове. Я. Вплив медитації на свідомість, тіло й мозок. Київ: Наш Формат, 2019. 264 с.
4. Джудіт Герман. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 424 с
5. Еріх Фромм. Втеча від свободи. Перекл. з англ. М. Яковлева. Харків: Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2019. 288 с.
6. Кириленко Т.С. Психологія: емоційна сфера особистості: Навчальний посібник. Київ.: Либідь, 2007. 256 с.
7. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник / Н. Ю. Максимова. Київ: Либідь, 2011. 520 с.
8. Ортега-і-Гасет, Х. Вибрані твори. К.: Основи, 1994. 704 с.
9. Тертична Н.А. Історія психології. Київ : Книга плюс. 2018. 352 с
10. Шапар В.Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Х.: Прапор, 2007. 640 с.
11. Abdelrahman M. Personality traits, risk perception, and protective behaviors of Arab residents of Qatar during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Addict*. 2020. 22:1–12. doi: 10.1007/s11469-020-00352-7
12. Afifi, W. A., Afifi, T. D., & Merrill, A.. Uncertainty and control in the context of a category-five tornado. *Research in Nursing & Health*. 2014. 37(5), 358–366 p.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: 1994

14. Ang, Y. S., Lockwood, P., Apps, M. A. J., Muhammed, K. & Husain, M. Distinct subtypes of apathy revealed by the apathy motivation index. *PLoS ONE* 2017. 12, 1–15 p.
15. Aschwanden D, Strickhouser JE, Sesker AA, Lee JH, Luchetti M, Stephan Y, et al. Psychological and behavioural responses to coronavirus disease 2019: the role of personality. *Eur J Pers* [Preprint]. 2020. doi: 10.1002/per.2281
16. Ashford, S. Individual strategies for coping with stress during organizational transitions. *Journal of Applied Behavioral Science*. 1988. (24:3), pp 19–36
17. Baudrillard J. *Simulacra and Simulation*. Paris: Galilée, 1981
18. Berchicci M., Lucci G., Spinelli D., Russo F. D. Stimulus onset predictability modulates proactive action control in a Go/No-go task. *Front. Behav. Neurosci*, 2015. 9, 101. 10.3389/fnbeh.2015.00101
19. Berrios GE. *The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
20. Blagov PS. Adaptive and dark personality traits in the COVID-19 pandemic: predicting health-behavior endorsement and the appeal of public-health messages. *PsyArXiv*. 2020. doi: 10.31234/osf.io/chgkn
21. Bonnelle, V. et al. Characterization of reward and effort mechanisms in apathy. *J. Physiol.* Paris, 2015. 109, 16–26 p.
22. Brashers, D. E. Communication and uncertainty management. *Journal of Communication*, 2001. 51(3), 477–497 p.
23. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020. 395:912–20. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
24. Carvalho LF, Pianowski G, Gonçalves AP. Personality differences and COVID-19: are extroversion and conscientiousness personality traits associated with engagement with containment measures? *Trends Psychiatry Psychother*. 2020. 42:179–84. doi: 10.1590/2237-6089-2020-0029

25. Chong, T. T. J. Definition: Apathy. *Cortex*, 2020. 128, 326–327 p.
26. Courtney H., Kirkland J., Viguierie P. Strategy under uncertainty. *Harvard Business Review*. 1997. Vol. 75 (6). P. 66–81
27. Dalbert, C. Die Ungewißheitstoleranzskala: Skaleneigenschaften und Validierungsbefunde. *Hallesche Berichte zur Pädagogischen Psychologie*. 1999. H. 1. S. P. 1–25
28. David R. Hawkins. Power vs. Force. The Hidden Determinants of Human Behaviour. *Hay House*, 2002. 297 p
29. David Servan-Schreiber. Curacion emocional. Acabar con el estres, la ansiedad y la depresion sin farmacos ni psicoanalisis. *Published by Ed Kairos*, 2003. 298 p.
30. de Berker, A. O., Rutledge, R. B., Mathys, C., Marshall, L., Cross, G. F., Dolan, R. J., & Bestmann, S. Computations of uncertainty mediate acute stress responses in humans. *Nature Communications*, 2016. 7(1), <https://doi.org/10.1038/ncomms10996>
31. DeLuca T. The Two Faces of Political Apathy. Philadelphia. *Temple University Press*. 1995
32. Dugas MJ, Hedayati M, Karavidas A, Buhr K, Francis K, Phillips NA. Intolerance of uncertainty and information processing: evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy Res*. 2005. 29:57–70. doi: 10.1007/s10608-005-1648-9
33. Elbedour, S., Ten Bensel, R., & Bastien, D. T. Ecological integrated model of children of war: Individual and social psychology. *Child Abuse & Neglect*, 1993. 17(6), 805-819 p.
34. Fry, T. C. Some causes of social apathy. *The Economic Review*, 18923(2), 318-329. Retrieved from <https://search.proquest.com/openview/0066f5548815fe3b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2316>



35. Gill, E. A., & Morgan, M. Home sweet home: Conceptualizing and coping with the challenges of aging and the move to a care facility. *Health Communication*, 2011. 26(4), P. 332–342
36. Gu S., Wang W., Wang F., Huang J. H. Neuromodulator and emotion biomarker for stress induced mental disorders. *Neural Plasticity* 2016, 2609128. 10.1155/2016/2609128
37. Guimardes HC, Levy R. Teixeira AL ta Neurobiology of apathy in Alzheimer disease Arq. *Neuropsiquiatr.* 2008; 66: (2B): 436–443 p.
38. Guo YJ, Chen CH, Lu ML, Tan HK, Lee HW, Wang TN. Posttraumatic stress disorder among professional and non-professional rescuers involved in an earthquake in Taiwan. *Psychiatry Res* 2004; 127: P. 35-41
39. Hezemans, F. H., Wolpe, N., & Rowe, J. B. Apathy is associated with reduced precision of prior beliefs about action outcomes. *Journal of Experimental Psychology: General*, 2020. 149(9), 1767–1777. <https://doi.org/10.1037/xge0000739>
40. Hirsh, J. B., Mar, R. A., & Peterson, J. B. Psychological entropy: A framework for understanding uncertainty-related anxiety. *Psychological Review*, 2012. 119(2), 304–320
41. Hossain MM, Sultana A, Purohit N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiol Health*, 2020. 42:e2020038. doi: 10.4178/epih.e2020038
42. Ishii, S., Weintraub, N., & Mervis, J. R. Apathy: A common psychiatric syndrome in the elderly. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2009. 10, 381-393. doi: 10.1016/j.jamda.2009.03.007
43. Ishii, S., Weintraub, N., & Mervis, J. R. Apathy: A common psychiatric syndrome in the elderly. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2009. 10, 381-393. doi: 10.1016/j.jamda.2009.03.007
44. Jensen, P. S., & Shaw, J. Children as victims of war: Current knowledge and future research needs. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1993. 32(4), 697–708 p.

45. John McManamy Apathy matters – apathy and depression: psychiatrists may not care about apathy, but that does not mean you should not. <http://www.mcmanweb.com/apathy.html>

46. Kroencke L, Geukes K, Utesch T, Kuper N, Back MD. Neuroticism and emotional risk during the COVID-19 pandemic. *J Res Pers*, 2020. 89:104038. doi: 10.1016/j.jrp.2020.104038

47. Landes A.M., Sperry S.D., Straus M.E. Prevalence of Apathy, Disphoria, and depression in relation to dementia severity in Alzheimer disease. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2005; 17: P. 342—349

48. Lazarus, R. S., & Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. *Springer Publishing Company*. 1984

49. Le Heron C, Apps MAJ, Husain M. The anatomy of apathy: a neurocognitive framework for amotivated behaviour. *Neuropsychologia*, 2018. 118(Pt B):54–67. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2017.07.003.

50. Levy M.L., Cummings J.L., Fairbanks L.A., et al. Apathy is not depression. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 1998. 10, 314-319 p.

51. Levy R, Dubois B. Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits. *Cereb Cortex* 2006; 16: P. 916–928.

52. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active weibo users. *Int J Environ Res Public Health*, 2020. 17:2032. doi: 10.3390/ijerph17062032

53. Lichtenthal WG, Cruess DG and Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 2004. 24: 637-662.

54. Litz BT, Gray MJ. Emotional numbing in posttraumatic stress disorder: current and future research directions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002 Apr;36(2):198-204. doi: 10.1046/j.1440-1614.2002.01002.x. PMID: 11982540.

55. Lockwood, P. L. et al. Prosocial apathy for helping others when effort is required. *Nat. Hum. Behav*, 2017. 1

56. Marin R.S. Differential diagnosis and classification of apathy. *American Journal of Psychiatry*, 1990. 147 p.
57. Marin RS. Apathy: a neuropsychiatric syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1991; 3: P. 243–254
58. Mario Fahed, David C. Steffens. Apathy: Neurobiology, Assessment and Treatment. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 2021. 10.9758/cpn.2021.19.2.181, 19, 2
59. Miller, D. S. et al. Diagnostic criteria for apathy in neurocognitive disorders. *Alzheimer's and Dementia*, 2021. 1–13. <https://doi.org/10.1002/alz.12358>
60. Milliken, F. Three types of perceived uncertainty about the environment: State, effect, and response uncertainty. *Academy of Management Review*, 1987. (12:1), pp 133-143.
61. Mills C.W. Letters and Autobiographical Writings. *Berkeley: University of California Press*, 2000. 300p.
62. Mishel, M. H. Uncertainty in illness. *Image-The Journal of Nursing Scholarship*, 1988. 20(4), 225–232 p.
63. Mushtaq F., Bland A. R., Schaefer A. Uncertainty and cognitive control. *Front. Psychology*. 2011. Vol. 2. P. 249. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00249>
64. Naville F. Études sur les complications et les séquelles mentales de l'encéphalite épidémique. *La bradyphrénie. L'Encéphale* 1922; 17: P. 369–375.
65. Newlines Institute. An independent legal analysis of the Russian Federations's breaches of the genocide convention in Ukraine and the duty to prevent. <https://newlinesinstitute.org/wp-content/uploads/English-Final-FINAL-Report-updated-citations-1.pdf>
66. Nobis L, Husain M. Apathy in Alzheimer's disease. *Curr Opin Behav Sci*, 2018. 22:7–13. doi: 10.1016/j.cobeha.2017.12.007.

67. Nofal AM, Cacciotti G, Lee N. Who complies with COVID-19 transmission mitigation behavioral guidelines? *PLoS ONE*, 2020. 15:e0240396. doi: 10.1371/journal.pone.0240396
68. Pagonabarraga J, Kulisevsky J, Strafella AP, Krack P. Apathy in Parkinson's disease: clinical features, neural substrates, diagnosis, and treatment. *Lancet Neurol*, 2015. 14: P. 518–531
69. Phillimore, J., & Cheung, S. Y. The violence of uncertainty: Empirical evidence on how asylum waiting time undermines refugee health. *Social Science & Medicine*, 2021. 282, 114154.
70. Pluck GC, Brown RG. Apathy in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002. Dec 1; 73 (6): P. 636–642. doi: 10.1136/jnnp.73.6.636
71. Radakovic R, Abrahams S. Developing a new apathy measurement scale: Dimensional Apathy Scale. *Psychiatry Res*, 2014. doi: 10.1016/j.psychres.2014.06.010
72. Radakovic R, Abrahams S. Multidimensional apathy: evidence from neurodegenerative disease. *Curr Opin Behav Sci*, 2018. 22: P. 42–49. doi: 10.1016/j.cobeha.2017.12.022
73. Reekum R. Apathy: why care? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2005. 17 (1): 7-19 p.
74. Rizvi SJ, Pizzagalli DA, Sproule BA, Kennedy SH. Assessing anhedonia in depression: potentials and pitfalls. *Neurosci Biobehav Rev*, 2016. 65:21–35 p. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.03.004
75. Robert P.H., Darcourt G., Koulibali M.P. et al Lack of initiative and interest in Alzheimer disease. *Eur. J. Neurol*. 2006; 13: P. 729—35
76. Rodríguez-Rey R, Garrido-Hernansaiz H, Collado S. Psychological impact of COVID-19 in Spain: early data report. *Psychol Trauma*, 2020. 12:550–2. doi: 10.1037/tra0000943
77. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to

the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 7:611–27. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0

78. Santacroce, S. J. Parental uncertainty and posttraumatic stress in serious childhood illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 2003. 35(1), 45–51.

79. Shabir, Osman. "What is Apathy and Why Does it Occur?". News-Medical. <https://www.news-medical.net/health/What-is-Apathy-and-Why-Does-it-Occur.aspx> (accessed February 25, 2023)

80. Sharkey, C. M., Bakula, D. M., Baraldi, A. N., Perez, M. N., Suorsa, K. I., Chaney, J. M., & Mullins, L. L. Grit, illness-related distress, and psychosocial outcomes in college students with a chronic medical condition: A path analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 2018. 43(5), 552–560 p.

81. Shevlin M, Hyland P, Karatzias T, Makhshvili N, Javakhishvili J, Roberts B. The Ukraine crisis: mental health resources for clinicians and researchers. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2022; 27: 521-523 p.

82. Shevlin M, McGuigan K. The long-term psychological impact of bloody Sunday on families of the victims as measured by the revised impact of event scale. *Br J Clin Psychol*. 2003; 42(4): P. 427-432

83. Somma A, Gialdi G, Krueger RF, Markon KE, Frau C, Lovallo S, et al. Dysfunctional personality features, non-scientifically supported causal beliefs, and emotional problems during the first month of the COVID-19 pandemic in Italy. *Pers Individ Dif*, 2020. 165:110139. doi: 10.1016/j.paid.2020.110139

84. Starkstein S.E., Fedoroff J.P., Price T.R. et al Apathy following cerebrovascular lesions. *Stroke*, 1993. 24: P. 1625–1630

85. Starkstein SE, Leentjens AFG. The nosological position of apathy in clinical practice. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2008. 79: 1088–1092 p.

86. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 2009. 302: P. 537–549

87. Stewart, J. L., & Mishel, M. H. Uncertainty in childhood illness: A synthesis of the parent and child literature. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 2000. 14(4), 299–319 p.

88. Stuss DT, van Reekum R, Murphy KJ: Differentiation of states and causes of apathy, in *The Neuropsychology of Emotion*. Edited by Borod J. *New York, Oxford University Press*, 2000, P. 340–363

89. Summerfield, D. A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social Science & Medicine*, 1999. 48(10), 1449-1462 p.

90. Szulczewski, L., Mullins, L. L., Bidwell, S. L., Eddington, A. R., & Pai, A. L. H. Meta-analysis: Caregiver and youth uncertainty in pediatric chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 2017. 42(4), P. 395–421

91. The Apathy Inventory: Assessment of apathy and awareness in Alzheimer's disease, Parkinson's disease and mild cognitive impairment. P.H. Robert, S. Clairet, M. Benoit [et al.]. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2002. Vol. 17, № 12. P. 1099-1105.

92. Trnka R, Lorencova R. Fear, anger, and media-induced trauma during the outbreak of COVID-19 in the Czech Republic. *Psychol Trauma*. 2020. 12: P. 546–9. doi: 10.1037/tra0000675

93. Tural U, Coskun B, Onder E, Corapaoglu A, Yildiz M, Kesepara C. Psychological consequences of the 1999 earthquake in Turkey. *J Trauma Stress*, 2004. 17: 451-459 p.

94. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020. 17:1729. doi: 10.3390/ijerph17051729

95. WHO. (2020). Mental health and COVID-19. World Health Organization. Website: <https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental->

[health?gclid=CjwKCAjwuqiiBhBtEiwATgvixMQ66GpYD2uhyA7qzpeV99gSLbPaDmLaZiKifxKCyyuy6Z0Ye-elDhoCiXkQAvD\\_BwE](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30111111/)

96. Yehuda R, Lehrner A. Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry*. 2018; 17(3): P. 243-257

97. Yuen-Siang Ang, Patricia Lockwood, Matthew A. J. Apps, Kinan Muhammed, Masud Husain. Distinct Subtypes of Apathy Revealed by the Apathy Motivation Index, 2017. 10/04/2018, from PLOS one Website: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0169938#sec023>

98. Zerach G, Shevlin M, Cloitre M, Solomon Z. Complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) following captivity: a 24-year longitudinal study. *Eur J Psychotraumatol*. 2019; 10(1): 1616488

99. Zygmunt Bauman. The Individualized Society. Front Cover. *Polity Press*, 2003. 259 p

## ДОДАТКИ

Додаток А

**Тест САН (самопочуття, активність, настрої)**

*Інструкція.* Слід співвіднести свій стан з ознаками за багатоступінчастою шкалою. Ви маєте вибрати і позначити цифру що найбільш точно відбиває ваш стан на даний момент.

Самопочуття добре	3 2 1 0 1 2 3	Самопочуття погане
Почуваюся сильним	3 2 1 0 1 2 3	Почуваюся слабким
Пасивний	3 2 1 0 1 2 3	Активний
Малорухливий	3 2 1 0 1 2 3	Рухливий
Веселий	3 2 1 0 1 2 3	Сумний
Добрий настрої	3 2 1 0 1 2 3	Поганий настрої
Працездатний	3 2 1 0 1 2 3	Розбитий
Сповнений сил	3 2 1 0 1 2 3	Знесилений
Повільний	3 2 1 0 1 2 3	Швидкий
Бездіяльний	3 2 1 0 1 2 3	Діяльний
Щасливий	3 2 1 0 1 2 3	Нещасливий
Життєрадісний	3 2 1 0 1 2 3	Похмурий
Напружений	3 2 1 0 1 2 3	Розслаблений
Здоровий	3 2 1 0 1 2 3	Хворий
Байдужий	3 2 1 0 1 2 3	Захоплений
Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Схвильований
Захоплений	3 2 1 0 1 2 3	Сумовитий
Радісний	3 2 1 0 1 2 3	Печальний
Відпочивший	3 2 1 0 1 2 3	Стомлений
Свіжий	3 2 1 0 1 2 3	Виснажений
Сонливий	3 2 1 0 1 2 3	Збуджений
Бажання відпочити	3 2 1 0 1 2 3	Бажання працювати
Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Стурбований
Оптимістичний	3 2 1 0 1 2 3	Песимістичний
Витривалий	3 2 1 0 1 2 3	Втомлений
Бадьорий	3 2 1 0 1 2 3	Млявий
Думати важко	3 2 1 0 1 2 3	Думати легко
Розсіяний	3 2 1 0 1 2 3	Уважний



Сповнений сподівань	3 2 1 0 1 2 3	Розчарований
Задоволений	3 2 1 0 1 2 3	Незадоволений

**Тест-анкета «Загальна емоційна спрямованість» Б. Додонова**

*Інструкція.* Уважно прочитайте нижченаведений перелік приємних переживань і проранжуйте їх у порядку зменшення переваг. Тобто, на перше місце поставте саму приємну для себе емоцію, на друге місце – наступну за ступенем задоволення і т. д. На останнє місце поставте найменш переважаючу емоцію.

**Перелік переживань:**

1. Почуття незвичайного, таємничого, незвіданого, що з'являється в незнайомій обстановці, місцевості.
2. Радісне хвилювання, нетерпіння при придбанні нових речей, предметів колекціонування, задоволення від думки, що скоро їх стане ще більше.
3. Радісне збудження, підйом, захопленість, коли робота йде добре, коли бачиш, що добиваєшся успішних результатів.
4. Задоволення, гордість, підйом духу, коли можеш довести свою цінність як особистості або переваги над суперниками, коли тобою щиро захоплюються.
5. Веселощі, безтурботність, хороше фізичне самопочуття, насолоду смачною їжею, відпочинком, невимушеній обстановкою, безпекою та безтурботністю життя.
6. Почуття радості і задоволення, коли вдається зробити щось хороше для дорогих тобі людей.
7. Гарячий інтерес, насолоду при пізнанні нового, при знайомстві з вражаючими науковими фактами. Радість і глибоке задоволення при досягненні суті явищ, підтвердженні ваших здогадок і припущень.
8. Бойове збудження, почуття ризику, захоплення їм, азарт, гострі відчуття в хвилину боротьби, небезпеки.

9. Радість, гарний настрій, симпатія, вдячність, коли спілкуєшся з людьми, яких поважаєш і любиш, коли бачиш дружбу і взаєморозуміння, коли сам отримуєш допомогу і схвалення з боку інших людей.

10. Своєрідне солодке і красиве почуття, що виникає при сприйнятті природи або музики, віршів та інших творів мистецтва.

Види емоційних переживань	№	Порядковий номер в переліку
романтичні	1	
акізівні	2	
праксичні	3	
глоричні	4	
гедоністичні	5	
альтруїстичні	6	
гносичні	7	
пугністичні	8	
комунікативні	9	
естетичні	10	

### Тест сенсо-життєвих орієнтації Д. Леонтева

*Інструкція.* «Вам будуть запропоновані пари протилежних тверджень. Ваше завдання – вибрати одне з двох тверджень, яке на вашу думку, більше відповідає дійсності, і відзначити одну з цифр 1, 2, 3, залежно від того, наскільки ви впевнені у виборі (або 0, якщо обидва твердження, на ваш погляд, однаково правильні)».

#### Стимульний матеріал

Зазвичай мені дуже нудно	3210123	Зазвичай я сповнений енергії
Життя здається мені завжди хвилюючим і захопливим	3210123	Життя здається мені абсолютно спокійним і рутинним
У житті я не маю певних цілей і намірів	3210123	У житті я маю дуже ясні цілі та наміри
Моє життя видається мені вкрай безглуздим і безцільним	3210123	Моє життя видається мені цілком осмисленим і цілеспрямованим
Кожен день здається мені завжди новим і несхожим на інші	3210123	Кожен день здається мені абсолютно схожим на всі інші
Коли я піду на пенсію, я займуся цікавими речами, якими завжди мріяв зайнятися	3210123	Коли я піду на пенсію, я постараюся не обтяжувати себе ніякими турботами
Моє життя склалося саме так, як я мріяв	3210123	Моє життя склалося зовсім не так, як я мріяв
Я не домогся успіхів у здійсненні своїх життєвих планів	3210123	Я здійснив багато чого з того, що було мною заплановано в житті
Моє життя порожнє і нецікаве.	3210123	Моє життя наповнене цікавими справами
Якби мені довелося підбивати сьогодні підсумки мого життя, то я б сказав, що воно було цілком осмисленим	3210123	Якби мені довелося сьогодні підбивати підсумки мого життя, то я б сказав, що воно не мало сенсу

Якби я міг вибирати, то я б побудував своє життя зовсім інакше	3210123	Якби я міг вибирати, то я б прожив життя ще раз так само, як живу зараз
Коли я дивлюся на навколишній світ, він часто приводить мене в розгубленість і занепокоєння	3210123	Коли я дивлюся на навколишній світ, він зовсім не викликає в мене занепокоєння і розгубленості
Я людина дуже обов'язкова	3210123	Я людина зовсім не обов'язкова
Я вважаю, що людина має можливість здійснити свій життєвий вибір за своїм бажанням	3210123	Я вважаю, що людина позбавлена можливості обирати через вплив природних здібностей і обставин
Я безумовно можу назвати себе цілеспрямованим людиною	3210123	Я не можу назвати себе цілеспрямованою людиною
У житті я ще не знайшов свого покликання і ясних цілей	3210123	У житті я знайшов своє покликання і мету
Мої життєві погляди ще не визначилися	3210123	Мої життєві погляди цілком визначилися
Я вважаю, що мені вдалося знайти покликання і цікаві цілі в житті	3210123	Я навряд чи здатен знайти покликання й цікаві цілі в житті
Моє життя в моїх руках, і я сам керую ним	3210123	Моє життя не підвладне мені і воно керується зовнішніми подіями
Мої повсякденні справи приносять мені задоволення і задоволення	3210123	Мої повсякденні справи приносять мені суцільні неприємності та переживання

## Методика «тривожність і депресія» Ю. Ханіна

*Інструкція.* Просимо відповісти на серію запитань, які допоможуть нам з'ясувати ваше самопочуття. Відповідайте, будь ласка, щиро. Якщо станів, зазначених у запитанні, у вас:

- ніколи не було, поставте – 5 балів;
- якщо зустрічаються дуже рідко – 4 бали;
- якщо бувають часом – 3 бали;
- якщо вони бувають часто – 2 бали;
- якщо майже постійно або завжди – 1 бал.

### Перелік питань:

1. Чи помічаєте ви, що стали більш повільним і млявим, що немає колишньої енергійності?
2. Вам важко буває заснути, якщо вас що-небудь турбує?
3. Чи відчуваєте ви себе пригніченим і пригніченим?
4. Чи буває у вас відчуття будь-якого занепокоєння (начебто щось має статися), хоча особливих причин немає?
5. Чи помічаєте ви, що зараз відчуваєте меншу потребу в дружбі та ласці, ніж раніше?
6. Чи приходиться вам думка, що у вашому житті мало радості та щастя?
7. Чи помічаєте ви, що стали якимось байдужим, немає колишніх інтересів і захоплень?
8. У вас бувають періоди такого занепокоєння, що ви навіть не можете всидіти на місці?
9. Очікування вас тривожить і нервує?
10. У вас бувають кошмарні сновидіння?
11. Ви відчуваєте тривогу і занепокоєння за кого-небудь або за що-небудь?

12 Чи буває у вас відчуття, що до вас ставляться байдуже, ніхто не прагне вас зрозуміти і поспівчувати вам, і ви відчуваєте себе самотнім (самотньою)?

13. Ви звертали увагу на те, що руки або ноги часто перебувають у вас у неспокійному русі?

14. Чи відчуваєте ви в себе нетерплячість, непосидючість або метушливість?

15. Вам часто хочеться побути на самоті?

16. Ви помічаєте, що ваші близькі ставляться до вас байдуже або навіть неприязно?

17. Ви відчуваєтеся скуто і невпевнено в суспільстві?

18. Чи приходять вам думки, що ваші подруги (друзі) або близькі щасливіші, ніж ви?

19. Перш ніж прийняти рішення, ви довго вагаєтеся?

20. У вас виникає відчуття, що в багатьох неприємностях винні ви самі?

**«Фрустраційний вербальний тест» Л. Собчик**

Осіб, які фруструють, можна вибрати довільно або адекватно замінити, оскільки незалежно від кількості осіб, які фруструють, кількісна оцінка агресивності ділиться на  $n$  (на їхню загальну кількість).

*Цінності, що фруструються:*

A - зовнішній вигляд,

B - здоров'я,

C - характер,

D - благополуччя,

E - соціальний статус,

F - кругозір,

G - моральність.

*Оцінки*

Усереднені оцінки за кожним пунктом опитувальника від 1 до 6 балів інтерпретуються таким чином:

1 бал – виражена інтропунітивна реакція, надлишкова аутоагресія;

2 бали – інтропунітивна реакція, аутоагресія;

3 бали - імпунітивна реакція, стриманість, високий самоконтроль над агресивними реакціями;

4 бали – помірна звинувачувальна реакція, стеничність і впевненість у собі, прагнення відстояти свої позиції;

5 балів – звинувачувальна реакція, підвищена агресивність;

6 балів – виражена зовнішньо звинувачувальна реакція, надлишкова агресивність.

**ОПИТУВАЛЬНИК**

*Що б я сказав(ла) і що б при цьому відчув(ла), якби...*



**1. Мій батько сказав мені:**

- A) Ну й безглузда в тебе зачіска!
- B) Ти зовсім не стежиш за своїм здоров'ям!
- C) До чого ж у тебе противний характер!
- D) Невже не можна вже почати щось заробляти?
- E) Навряд чи тобі вдасться домогтися чогось у житті!
- F) Ти ні в чому не розбираєшся, тому й не сперечайся зі старшими!
- G) Безсовісна ти людина, нічого для батька зробити не хочеш!

**2. Моя мати сказала мені:**

- A) Треба ж таке нагородити на голові!
- B) Ти харчуєшся так, що остаточно зіпсуєш своє здоров'я!
- C) З тобою ніколи ні про що не можна домовитися!
- D) Знову ти без грошей і мати повинна тобі підкидати!
- E) Мені соромно людям сказати, хто ти в мене і чим займаєшся!
- F) Ти так мало знаєш і так багато думаєш про себе!
- G) І не соромно тобі поводитися так безсовісно?!

**3. Мій приятель сказав мені:**

- A) Та тебе рознесло як на дріжджах!
- B) Щось ти погано виглядаєш!
- C) А ти, як завжди, зі своєю особливою думкою?
- D) Щось непомітно, щоб тобі привалило багатство!
- E) А ти все в двієчниках ходиш чи взагалі вигнали зі школи?
- F) Як, ти не можеш відповісти на таке просте запитання? У твоєму віці кожна людина в цьому розбирається!
- G) Слухай, але ж ти чиниш негарно, не по-приятельськи!

**4. Моя приятелька сказала мені:**

- A) Така зачіска, як у тебе, давно вже не в моді.
- B) У тебе хворобливий вигляд, сходи до лікаря.
- C) Ну, з тобою сперечатися марно, твоя впертість давно відома.
- D) А ти, як і раніше, ходиш у драних штанях?

- Е) Ти, видно, вже не розраховуєш чогось у житті досягти?
- Ф) Боже, з тобою і поговорити нема про що: нічого не читаєш, у театр не ходиш...
- Г) Ну, тобі підвести людину - нічого не варто.

**5. Мій однокласник сказав мені:**

- А) Ти останнім часом втратив форму.
- В) Дивлюся, ти ходиш якось обережно - болить що-небудь?
- С) Ну, ти й зануда!
- Д) Що, знову ні на що грошей не вистачає? Позичити тобі трохи, чи що?
- Е) А тебе знову як відсталого відзначили?
- Ф) У мене питання одне назріло, але ти навряд чи зможеш мені на нього відповісти.
- Г) Хто б мене в скрутну хвилину виручив? Можливо, ти мені допоможеш? Але це - велика жертва.

**6. Моя однокласниця сказала мені:**

- А) Ну й вигляд у тебе, страшніший за війну!
- В) Я останнім часом помічаю, що в тебе втомлений і хворобливий вигляд.
- С) Думала, зумію з тобою домовитися, але з твоїм характером це неможливо.
- Д) Твоя незабезпеченість тебе цілком влаштовує?
- Е) Ти так і будеш все життя на побігеньках у тих, хто чогось домігся в житті?
- Ф) Ти мені можеш що-небудь розповісти про імпресіоністів, чи це - за межами твоїх інтересів?
- Г) Що за егоїзм із твого боку - так підвести весь колектив!

**7. Мій учитель чи директор (чоловік) сказав мені:**

- А) У такому вигляді до школи ходити не варто.
- В) Ти знову хворієш? А вчитися хто буде?
- С) З тобою каші не звариш: я тобі одне, а ти мені - інше! Важкий у тебе характер!
- Д) Усі школярі внесли на захід необхідну суму, а ти - бідніший за інших, чи що?

- E) Вже тобі-то найближчим часом пристойних оцінок не заслужити.
- F) Таке складне завдання я тобі доручити не наважуся: тут потрібна хороша обізнаність у багатьох питаннях.
- G) На тебе важко розраховувати у важку хвилину: ти можеш підвести і мене, і весь колектив!

**8. Моя вчителька або завуч (жінка) сказала мені:**

- A) Щоб я тебе в такому одязі в школі не бачила.
- B) Ти такий блідий (така бліда). Що з тобою?
- C) Яка нестерпна впертість і грубість!
- D) Усі учні вдягнули нові сорочки чи блузки, а ти знову в старому!
- E) Ти нікуди вступити не зможеш, бо нічого не знаєш.
- F) Ти не приходиш на контрольні, бо боїшся виявити свою неосвіченість?
- G) На тебе важко розраховувати в скрутну хвилину: ти можеш підвести і мене, і весь колектив!

**9. Вуличні контакти:**

- A) Перехожий на мою адресу: «Ну й опудало!»
- B) Пасажир в автобусі: «Сідай, адже ти ледве на ногах стоїш, хворий, напевно...»
- C) Пасажир у вагоні метро: «Ну і сварлива ти особистість, тобі б тільки вчити інших, як поводитися!»
- D) Продавець у магазині: «Не чіпай товар! Це тобі не по кишені!»
- E) У кінозалі той, хто сидить позаду: «Ходять тут усякі, вдають із себе, а на ділі...»
- F) Продавець книжкового лотка: «Ну, ця книга не для тебе. Складнувато – не подужаєш!»
- G) Перехожий біля входу в метро: «Пропусти негайно! Не бачиш – я поспішаю!»

**Тест «Діагностики соціально-психологічних установок»****О. Потьомкіна**

Методика має різні шкали. Нижче наведено дві з них – А і Б.

Шкала А. «Виявлення установок, спрямованих на «альтруїзм – егоїзм»

*Інструкція.* Прочитавши запитання, дайте на них відповіді «так» чи «ні».

**Текст опитувальника**

Вам часто кажуть, що ви більше думаєте про інших, ніж про себе?

Вам легше просити за інших, ніж за себе?

Вам важко відмовити людям, коли вони про щось просять?

Ви часто намагаєтеся допомогти людям, якщо у них трапилися неприємності і біда?

Для себе ви робите щось з більшим задоволенням, ніж для інших?

Ви намагаєтеся зробити якомога більше для інших людей?

Ви переконані, що найбільша цінність – жити для інших людей?

Вам важко примусити себе щось зробити для інших?

Ваша характерна риса – безкорисливість?

Ви переконані, що турбота про інших часто шкодить вам?

Ви засуджуєте людей, котрі не вміють потурбувати ся про себе?

Ви часто просите людей зробити щось із корисливих спонук?

Ваша характерна риса – намагання допомогти іншим людям?

Ви вважаєте, що спочатку людина повинна думати про себе, а потім уже про інших?

Ви багато часу приділяєте своїй персоні?

Ви переконані, що не потрібно для інших сильно напружуватися?

Для себе у вас не вистачає ні сил, ні часу?

Вільний час ви використовуєте лише для своїх захоплень?

Ви можете назвати себе егоїстом?

Ви здатні зробити максимальні зусилля лише за високу винагороду?

Шкала Б. «Виявлення установок на «процес діяльності» – «результат діяльності»

*Інструкція.* Дайте відповідь «так» або «ні».

**Текст опитувальника:**

Процес виконуваної роботи захоплює вас більше, ніж її завершення?

Для досягнення мети ви не шкодуєте сил?

Ви довго не відважуєтеся розпочати робити те, що вам нецікаво, навіть якщо це необхідно?

Ви впевнені, що у вас вистачить наполегливості для завершення будь-якої справи?

Закінчуючи цікаву справу, ви шкодуєте, що вона вже завершена?

Вам більше до вподоби люди, здатні досягати результату, ніж ті, головною характеристикою яких є доброта і чуйність?

Ви отримуєте задоволення від гри, в якій не важливий результат?

Ви вважаєте, що успіхів у вашому житті більше, ніж невдач?

Ви більше поважаєте людей, здатних захопитися справою по-справжньому?

Ви часто завершуєте роботу, якщо не вистачає часу, склалася неприємна ситуація, існують зовнішні перешкоди?

Ви часто починаєте одночасно багато справ і не встигаєте їх закінчити?

Ви вважаєте, що маєте достатньо сил, щоб розраховувати на успіх у житті?

Чи можете ви захопитися справою настільки, що забуваєте про себе та час?

Вам часто вдається довести розпочату справу до кінця?

Чи буває, що, захоплюючись справами, ви не можете закінчити розпочате?

Ви уникаєте зустрічей із людьми, які не наділені діловими якостями?

Ви часто навантажуйте свої вихідні дні чи відпустку роботою, усвідомлюючи потребу щось зробити?

Ви вважаєте, що головне у будь-якій справі результат?

Погоджуючись на справу, ви думаєте про те, наскільки вона для вас є цікавою?

Прагнення до результату в будь-якій справі – риса, що вас вирізняє з-поміж інших?