

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

**Кафедра клінічної психології**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

на тему:

**Тривожно-депресивний стан жінок, як наслідок переживання  
війни в Україні**

**Виконала:**

студентка 2-го курсу групи ПМ - 211  
спеціальності 053 Психологія  
освітньо-професійна програма Клінічна  
психологія

Вальчук Юлія Сергіївна  
(прізвище, ім'я, по батькові)

**Науковий керівник:**

д.психол.н., проф.  
(наукова ступінь, вчене звання)

Ситник Сергій Іванович  
(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту  
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № \_\_\_\_\_ від «\_\_\_\_\_» червня 2023р.

Зав. кафедри \_\_\_\_\_ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна  
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

**Київ – 2023**

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ I.....	7
ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСІЇ, ЯК НАСЛІДКІВ ВПЛИВУ СТРЕСОГЕННИХ ЧИННИКІВ НА ЖІНОК .....	7
1.1. Зміст поняття тривожності, як психологічної категорії.....	7
1.2. Зміст поняття депресії, як психологічної категорії.....	13
1.3. Особливості емоційної сфери жінок.....	18
1.4. Розгляд військового конфлікту, як стресогенного чинника .....	26
Висновки до розділу I.....	30
РОЗДІЛ II .....	32
СТРУКТУРА ТА МЕТОДОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ЖІНОК, ЯК НАСЛІДКІВ ПЕРЕЖИВАННЯ ВІЙНИ В УКРАЇНІ.....	32
2.1. Організація дослідження та опис групи досліджуваних.....	32
2.2. Методи і методики емпіричного дослідження.....	36
Висновки до розділу II.....	41
РОЗДІЛ III .....	42
РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	42
3.1. Результати дослідження за обраними методиками .....	42
3.2. Результати статистичного аналізу отриманих даних.....	47
3.3. Стратегії підтримки та допомоги жінкам під час військового конфлікту .....	72
Висновки до розділу III .....	74
ВИСНОВКИ.....	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	81
ДОДАТКИ.....	86

## ВСТУП

Протягом останніх кількох десятиріч років негативні наслідки зростання урбанізації, темпи соціально-економічного розвитку та збільшення стресового навантаження на людей призвели до зростання депресивних та тривожних розладів. Згідно зі звітом Американської психіатричної асоціації (АПА), від 2 до 5% населення світу в різні періоди життя можуть відчувати на собі симптоми депресії і мати відповідний діагноз. Щорічно на клінічно розпізнану депресію хворіють не менше 260 млн людей, та ця цифра постійно зростає. Відповідно до прогнозів АПА, до 2025 р. є висока ймовірність того, що депресія посіде перше місце в світі серед всіх захворювань, та випередить сьогоднішніх лідерів – серцево-судинні та інфекційні захворювання. На ті чи інші види тривожних розладів, в свою чергу, хворіють 2,5-7% населення планети – це приблизно 280 млн людей. Втім, слід зазначити, що згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, жінки майже вдвічі частіше страждають на тривожні та депресивні розлади, ніж чоловіки.

В Україні, на сьогодні, ситуація критично погіршується у зв'язку з розпочатими 24 лютого 2022 року повномасштабними військовими діями з боку Російської Федерації. Впливу психотравмуючих факторів бойових дій зазнають не тільки військові, але і широкий загал цивільного населення. Збільшення кількості непсихотичних психічних розладів, зокрема тривожних і депресивних розладів, є можливим наслідком негативного впливу травматичних наслідків війни та постійного стресу. Серед якого, однією з вразливих груп стають саме жінки. Згідно з даними звіту Всесвітньої організації охорони здоров'я за 2017 рік, кількість людей в Україні, які страждають на депресивні розлади сягає 2 800 587 людей і складає 6,3% від загальної кількості населення, з яких більшість – жінки. А кількість людей, які страждають на тривожні розлади складає 1 410 593 людини, що становить відповідно 3,2% від загальної кількості населення [24]. Наразі, ми не маємо офіційних даних о кількості людей у яких з'явилися ті чи інші прояви

тривожно-депресивних розладів на тлі військового конфлікту, але ми можемо припустити, що ці цифри значно зростуть протягом наступних років.

**Актуальність** проблеми тривожно-депресивних станів у жінок обумовлена їх поширеністю навіть у мирний час, також їх суттєвим впливом на якість життя та соціальне функціонування людини. Якщо взяти до уваги, що на значній території України вже більше року тривають активні бойові дії, та більшість населення країни щоденно знаходиться під загрозою ракетних обстрілів, ця проблема постає дуже гостро. Протягом цього тривалого періоду, мільйони українок знаходяться в постійних стресових умовах, що суттєво впливає на їх фізичне та психічне благополуччя. Когнітивні, поведінкові, ціннісно-мотиваційні, емоційні та інші аспекти особистості цих жінок зазнають змін. Особливо тяжкі наслідки відмічаються в емоційній сфері жінок, яка сама по собі частіше характеризується більшою ніж у чоловіків збудливістю, підвищеною чутливістю та виразністю емоцій. Проте незначною залишається кількість досліджень щодо особливостей прояву наслідків отримання травматичного досвіду, а саме розповсюдженість тривожно-депресивних розладів у жінок, як наслідків переживання військових дій. Саме цей факт визначає актуальність даного дослідження, не тільки в розрізі його практичної значущості, а також і в загальнопсихологічному аспекті.

**Мета** полягає у теоретичному обґрунтуванні та вивченню впливу військових дій на виникнення тривожно-депресивних станів у жінок.

**Об'єкт дослідження** – психічний стан жінок.

**Предмет** – тривожно-депресивний стан у жінок, як наслідок переживання війни в Україні.

Задля того, щоб досягнути поставленої мети дослідження нами були визначені наступні **завдання**:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми тривожно-депресивних станів у жінок та вивчити військові дії як фактор, провокуючий виникнення цих станів.

2. За допомогою обраного методичного інструментарію дослідити вираженість тривожних та депресивних станів у жінок.
3. Встановити можливий вплив рівня невротизації на виникнення тривожних і депресивних станів у жінок під час військових дій.
4. Дослідити рівень реактивної та особистісної тривожності у жінок під час війни в Україні.
5. Виявити можливий взаємозв'язок толерантності до невизначеності та проявів тривожних та депресивних станів жінок під час військових дій.
6. Зробити висновки на підставі отриманих шляхом діагностики даних та їх аналізу.

Для досягнення визначених завдань нами було використано наступні методи дослідження:

- теоретичні: аналіз літератури, синтез, систематизація, класифікація і узагальнення теоретичного матеріалу наукових та літературних джерел;
- емпіричні: Шкала депресії Бека, Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора, методика діагностики рівня невротизації В. Бойко, шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера, шкала толерантності до невизначеності Д. Маклейна;
- методи статистично-математичної обробки даних: аналіз та тлумачення отриманих результатів за допомогою кореляційного аналізу, тощо;

**Теоретико-методологічною основою дослідження** є роботи багатьох авторів, які вивчали порушення емоційної сфери, починаючи з 50-х років ХХ століття. Оскільки об'єктом дослідження є саме розлади емоційної сфери, ми спиралась на теоретиків цього напрямку психології: К. Ізард, Р. Левенсон, П. Екман, Р. Глассер, Т. Маккен, В. Кеннон, Дж. Андерсон, К. Юнг, О. Бодальов, Л. Гозман, Л. Третьяк та ін. Зауважимо, що у вивченні емоційних розладів і депресивних переживань ми не оминули таких дослідників як А. Бек, К.

Абрахам, І. Лехман, Е. Блейєр, Дж. Мак-Каллоу, Л. Хьелл, А. Раш та Д. Зіглер, М. Япко, В. Абабков, Б. Карвасарський, В. Пишель, М. Покрасс, А. Смулевич та ін. Водночас суміжними з предметом нашого дослідження були такі галузі психології як диференційна психологія (В. Штерн, А. Біне, Ф. Гальтон, Ч. Спірмен, А. Анастасі, Д. Кеттелл, Г. Мюнстерберг, А. Ф. Лазурський, В. Д. Небиліцина) та гендерна психологія (М. Хорнер, Е. Маккобі, С. Бем, Н. Ходоров та К. Гілліган). Крім того ми спирались на фундаментальні праці Ганса Сельє, який виконав піонерські дослідження феномену стресу, його значення для здоров'я людини та пов'язаних зі стресом розладів та хвороб. В другій, емпіричній частині роботи, основою нашого дослідження стали методики, розроблені Дж. Тейлором, Т. Беком, В. Бойко, Ч. Спілбергером, Д. Мак-Лейном.

**Теоретична значущість роботи** полягає у поглибленні вивчення впливу військових дій на тривожно-депресивний стан у жінок в країні. В Україні з 2014 року проводилися дослідження особливостей емоційної сфери жінок, які тривалий час перебували в зоні проведення АТО (ООС). Тож, з початком повномасштабних військових дій, які тим чи іншим чином торкаються більшості жіночого населення країни, результати нашого дослідження доповнять і розширять вже існуючі погляди на дану проблему.

**Практична значущість роботи** полягає в тому, що її результати можуть бути застосовані в професійній практиці психологів, працюючих у різних підходах та різних сферах, зокрема в громадських організаціях, освітніх закладах та великих компаніях, а також для психодіагностичної роботи, при наданні психологічної допомоги, задля профілактики тривожно-депресивних станів та розробки різних тренінгових, превентивних і методичних програм не тільки на території України, але і інших держав, де можуть виникати військові конфлікти.

## РОЗДІЛ I

### ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСІЇ, ЯК НАСЛІДКІВ ВПЛИВУ СТРЕСОГЕННИХ ЧИННИКІВ НА ЖІНОК

#### 1.1. Зміст поняття тривожності, як психологічної категорії

З еволюційної точки зору, тривога є цілком нормальною емоцією, яка, по суті, є адаптаційним механізмом, оскільки вона сприяє виживанню, змушуючи людей уникати небезпеки. Але на початку 20-го століття тривога стає повноцінним окремим розладом, виокремленим в різноманітних психіатричних класифікаціях. В той самий час різниця між нормальною адаптивною тривогою у повсякденному житті та неприємною патологічною тривогою, що потребує лікування, підлягає клінічній оцінці і іноді дуже сильно залежить від особливостей людини, яка її відчуває [2].

В літературі часто зустрічається твердження, що історія тривожних розладів є новою. Начебто тривога, так само як шизофренія, були мало відомі як захворювання до 19-го століття. У порівнянні з цим, розлади настрою, передусім меланхолія, можуть похвалитися історичними коріннями, що сягають античності. Тому, можливо, не зовсім вірним є твердження, що тривога є відносно новим поняттям. Існують підтвердження того, що тривогу чітко вирізняли як окремий негативний емоційний стан і окремий розлад греко-римські філософи і лікарі. Крім того, антична філософія пропонувала методи лікування тривоги, які не так далекі від сучасних когнітивних підходів. Корпус Гіппократа - це збірка грецьких медичних текстів, написаних Гіппократом (близько 460-370 р. до н.е.) або його учнями під його іменем. В ній описано фобію чоловіка на ім'я Ніканор: «Хвороба Ніканора, коли він ходив на п'ятику, полягала у страху перед флейтисткою. Кожного разу, коли він чув звук флейти на п'ятиці, його охоплював страх. Він казав, що йому важко переживати це вночі, але якщо він чув звук флейти вдень, на нього це не впливало. Такі симптоми тривали протягом тривалого періоду часу». У

цьому стародавньому тексті наведений приклад фобії, позначений як медичний розлад [30,42].

Латинські філософські твори стоїків Цицерона і Сенеки містять багато сучасних поглядів на клінічні особливості та пропонують когнітивне лікування тривоги. У Тускульських спорах (Tusculan Disputations - TD) Цицерон (106 до н.е. - 43 до н.е.) пише, що страждання (*molestia*), занепокоєння (*sollicitudo*) і тривога (*angor*) є розладами (*aegritudo*), через аналогію між неспокійним розумом і хворим тілом (TD, книга III, X) [23]. Цей текст стверджує, що тривожний стан відрізняється від сумування; крім того, тривога виокремлюється як медичне захворювання (*aegritudo*). Латинське слово *aegritudo* є звичним словом для хвороби в медичних посібниках. На час Цицерона римські автори створювали нові терміни для філософських і медичних понять і посилалися на оригінальні грецькі слова, щоб визначити ці новотвори. Цицерон робить цікаву розрізнявальну характеристику між *anxietas*, що вказує на тривожність як особистісну рису, та *angor*, що вказує на ситуаційну тривогу (TD, книга IV, XII). Це передує роботам Кеттелла і Шлейєра, яким часто приписують введення термінів «особистісна» і «реактивна» тривожність [22].

У грецькій і латинській літературі згадуються способи виявлення патологічної тривоги і звільнення від її впливу. *Tusculan Disputations* написані Цицероном після смерті його дочки Туллії у пологовій палаті, є закликом до стоїцизму, одній з гілок філософії, яка є одним з фундаментальних принципів на якому базується сучасна когнітивна терапія. Сенека (4 до н.е. - 65 н.е.), інший філософ-стоїк, навчав своїх сучасників, як досягти вільності від тривоги у своїй книзі "Про спокій душі" (*De tranquillitate animi* - ДТА). Сенека визначає ідеальний стан "спокою душі" (*tranquillitas*) як ситуацію, коли людина не турбується (*non concuti*), що еквівалентно тому, що греки називали *euthymia*. Варто зазначити, що *euthymia* використовується ним в контексті настрою, а не стану тривоги, як в сучасній психіатрії. За словами Сенеки, страх смерті є основним чинником, що заважає нам насолоджуватися безтурботним життям



(De tranquillitate animi, глава 11. "Той, хто боїться смерті, ніколи не буде поводитись так, як повинна жива людина") [45,29]. Ця думка передуватиме майбутнім розробкам К'єркегора, Гайдеггера та філософів-екзистенціалістів про фундаментальну тривогу, спричинену усвідомленням людиною того, що її існування скінченне. Один з способів подолання тривоги - приділити увагу тільки теперішньому моменту, не хвилюючись про майбутнє. У своїй книзі "Про короткість життя" (De brevitae vitae - DBV) Сенека рекомендує об'єднати минуле, теперішнє і майбутнє в один час (DBV, глава 15. "Він робить своє життя довгим, поєднуючи всі часи в один") [46,26]. Сьогодні ця зосередженість на теперішньому моменті є однією з ключових ідей на якій базуються техніки медитації усвідомленості.

Між античністю та сучасною психіатрією минули віки, коли концепція тривоги як хвороби, здається, зникла з письмових пам'яток. Хоча хворі на тривогу існували, їх діагностували за допомогою інших медичних термінів. Останнім і найвдалішим із цих нових діагнозів була неврастенія Бірда. Лише в 19 столітті новаторська робота вчених і лікарів заклала основу для подальшого прогресу в дослідженні тривоги та розробки ефективних методів її лікування. Дослідження Зигмунда Фрейда, Еміля Крепеліна, П'єра Жане, Карла Вестфаль і Вільгельма Грізінгера охоплювали різні аспекти тривоги, включаючи її класифікацію, феноменологію та зв'язок з іншими психічними розладами.

Зигмунд Фрейд у своїх ранніх дослідженнях зосередився на тривожних розладах, він запропонував теорії про існування підсвідомого, психологічні механізми захисту та роль тривоги у психічному здоров'ї. Його робота, включаючи праці "Психопатологія повсякденного життя" (1901) та "Теорія тривоги і її зв'язок з невротичними розладами" (1895), поклала основу для психоаналізу і суттєво вплинула на подальші дослідження тривоги. Еміль Крепелін виділяв тривожні розлади як окремі діагностичні одиниці, відрізняючи їх від інших психічних захворювань. Його праця "Психіатрія. Курс лекцій" (1893) містила розширену класифікацію тривожних розладів, що

сприяла визнанню тривоги як окремої галузі психопатології. П'єр Жане досліджував концепцію «психастенії», стану, що характеризується тривогою, обсесіями та компульсіями. В своїх працях, зокрема "Психастенія та інший фронт неврозів" (1903), він висвітлив складну природу тривоги та дисоціаціативних явищ. Карл Вестфаль провів глибоке дослідження тривожних розладів, зокрема агорафобії. У його клінічних описах, включаючи роботу "Клінічні лекції з психіатрії" (1871), були представлені цінні відомості про тривожні стани та їх прояви. Вільгельм Грізінгер визнав тривогу як важливий симптом та наголосив на її зв'язку з іншими психічними розладами. У його працях, зокрема "Загальна психіатрія на основі дослідження розладів мислення і волі" (1845), він розглядав тривогу у контексті загального вивчення психічних захворювань, що сприяло комплексному розумінню їх етіології та проявів.

Сучасні дослідження феномену тривоги мають кілька важливих аспектів, які потребують подальшого поглибленого вивчення та інтерпретації. Одне з найсуттєвіших питань стосується виокремлення тривожності як психічного стану та тривожності як стійкої особистісної властивості [9]. У психологічній літературі використовуються два основних терміни - "тривога" і "тривожність", які у деяких випадках вважаються синонімами, але частіше розглядаються як самостійні концепти. Вони відрізняються тим, що тривожність вважається стійкою особистісною рисою, яка залишається незмінною протягом життя (особистісна тривожність), тоді як тривога - це негативний емоційний стан, що може тривати довгий час і бути пов'язаний зі зміною нервово-психічної активності (ситуативна тривога).

Тривога як ситуаційний стан може бути визначена як негативний емоційний стан, що виникає у відповідь на конкретну ситуацію або подію. Вона часто супроводжується почуттями напруженості, нервовості, страху або загрози. Така тривога виникає раптово і може бути пов'язана зі стресом, несподіваними подіями або невизначеністю.

Тривожність як стійка риса особистості відображає схильність людини до відчуття тривоги на постійній основі. Така особистість проявляє вищий рівень тривожності в різних ситуаціях, незалежно від обставин. Тривожність як стійка риса може проявляється у постійному почутті напруженості, переживанні непевності та стурбованості. Тривога як ситуаційний стан і тривожність як стійка риса особистості можуть бути взаємопов'язаними, але вони часто мають різні механізми прояву [12].

Також, важливою є диференціація між страхом і тривогою. Тривога - це невизначений неприємний емоційний стан, який супроводжується почуттями страху, страждання та занепокоєння. Крім того, він безпредметний. Страх схожий на тривогу, за винятком того, що страх має певний об'єкт. Коли якийсь оптимальний рівень стимуляції або збудження перевищено, людина відчуває тривогу. Це може бути адаптивна здорова реакція або виснажлива. В останньому випадку людина може значною мірою втратити здатність мислити, діяти та виконувати певні задачі. Тривога проявляється трьома способами: у думках людини (когнітивно), у діях людини (поведінково) та у фізіологічних реакціях [47].

На сьогодні існує декілька поглядів на природу походження тривоги як хворобливого стану.

Біологічна перспектива. Згідно з біологічної точкою зору, існують три основні умови, які викликають тривогу: надмірна стимуляція, когнітивна неузгодженість і відсутність відповіді. Надмірна стимуляція або перестимуляція означає, що людина переповнена інформацією. Когнітивна неузгодженість — це коли людині важко примиритися з якоюсь подією, наприклад, втратою близької людини. Відсутність відповіді означає, що людина не знає, як впоратися зі складною ситуацією.

Когнітивна перспектива. В когнітивній перспективі існують три причини для виникнення страху та тривоги: втрата контролю, нездатність сформувати адаптивну відповідь та особистісна тривожність, як риса характеру. Втрата контролю відноситься до ситуацій, коли в житті людини

відбуваються непередбачувані або неконтрольовані події, які призводять до виникнення тривоги та/або депресії. В результаті розвивається почуття безпорадності. Нездатність або уявна нездатність адаптуватись до загрозової події або факт чи уявлення про відсутність такої відповіді призведе до почуття тривоги. Оскільки тривога дуже неоднозначна, вона є ключем, який перешкоджає виробленню чітких моделей дій для ефективного вирішення стресових ситуацій. Відповідно до когнітивної точки зору, найефективніший спосіб впоратися з тривогою - це трансформувати тривогу в страх. Тоді людина точно знатиме, що її турбує. Потім слід розробити план боротьби з тим, чого вона боїться. Іншим чинником якості реакції на стрес є те, чи особистість впевнена в собі. Люди, які впевнені в собі, знають свої сильні та слабкі сторони, тому вони розробляють плани для подолання своїх слабкостей. Люди, які не впевнені в собі, знають лише свої сильні сторони. І оскільки вони не знають своїх слабкостей, це призводить до нездатності створити ефективну адаптивну реакцію.

Перспектива «навчання». Тривога – це здобутий або зумовлений потяг, який з'являється щоб уникнути реакцію. Тому вважається, що реакція уникнення посилюється зниженням тривоги. Страх є умовною реакцією на біль. Якщо людина відчуває біль у певній ситуації, то стимули, пов'язані з цією ситуацією, набувають здатності викликати ту саму емоційну реакцію, яку спочатку викликав біль. Багато ранніх експериментів із вивчення страху та тривоги включали використання болю, тоді і була створена парадигма уникання навчання. Відповідно до парадигми уникання навчання, учасник повинен навчитися виробити певну реакцію, щоб уникнути неприємного стимулу. Коли реакція відбувається раніше, будь-яка виникаюча тривога негайно зменшується. Зменшення тривоги перетворюється на підсилення реакції уникнення. В результаті умовності цієї реакції, ця проблема може тривати довгий час за відсутності підкріплення.

Страх і тривога як адаптивна реакція. Теорія Джеймса-Ланге стверджує, що в основі емоційних переживань лежать периферичні та фізіологічні

відчуття, такі як частота серцевих скорочень і артеріальний тиск. Страх і тривога можуть бути адаптивною реакцією, коли людина стикається з подією, яка загрожує її виживанню. Люди відчують реакцію «бийся або втікай». Загалом, сприйняття через сенсорний зворотний зв'язок контролює емоційний вираз. У межах від легкого до помірного рівня тривоги. Очевидно, що високий рівень тривоги і страху може призвести до порушення психологічного функціонування, інтелектуальних помилок та порушення концентрації та пам'яті. Однак є докази, які свідчать про те, що помірний рівень тривоги може мати адаптивну функцію. Наприклад, дослідження рівня тривожності пацієнтів, що перенесли невелику операцію, показали, що пацієнти з помірною тривогою краще переносили післяопераційний період, ніж ті, у кого тривога була високою або мінімальною. Таким чином тривога водночас є і основою нашого виживання і проблемою, якщо її рівень починає перевищувати нормативні показники.

## **1.2. Зміст поняття депресії, як психологічної категорії**

Депресія у психології є емоційним станом, що характеризується почуттями низької самооцінки або провини, а також зниженою здатністю насолоджуватися життям. Людина, яка переживає депресію, зазвичай відчуває декілька з наступних симптомів: почуття суму, безнадійності або песимізму; зниження самооцінки; зменшення або втрата здатності насолоджуватися звичайними заняттями; зменшена енергія та життєвий тонус; повільність мислення або дій; втрата апетиту; порушений сон або безсоння [13].

Депресія відрізняється від простої скорботи або жалоби, які є адекватними емоційними реакціями на втрату коханих людей або об'єктів. Депресію можуть діагностувати, якщо депресивний настрій виходить за межі або є надмірно тривалим в порівнянні з викликаною їм подією. Відмінності в тривалості депресії, обставинах її виникнення та певних інших характеристиках лежать в основі класифікації депресії на різні типи.

Прикладами різних типів депресії є біполярний розлад, клінічна депресія (великий депресивний розлад), сезонна депресія або афективний розлад.

До кінця XIX століття, незважаючи на існування великої кількості докладних систем класифікації, основною проблемою для психіатричної нозології було встановлення діапазонів основних розладів. Меланхолія була відома ще за часів Гіппократа та в середньовіччі. Початкове поняття цього терміну було дуже широке і включало всі форми «тихого» божевілля. Пізніше меланхолія стала більше асоціюватися з сучаснішою ідеєю меланхолії чи відчаю, наприклад, у класичній праці англійського автора епохи Відродження Річарда Бертон «Анатомія меланхолії», вперше опублікованій у 1621 році [21]. Чергування меланхолії та манії в такому стані, що зараз називається біполярним розладом або маніакально-депресивним розладом, було чітко описано лише в 1854 році французькими психіатрами Фальре та Байярже. Термін «депресія» також почав з'являтися в 19 столітті, вказуючи на стан смутку.

Коли Крепелін, наприкінці дев'ятнадцятого століття, побудував на основі робіт своїх попередників класифікацію психічних розладів, однією з її основних категорій була категорія маніакально-депресивного божевілля. Крепелін розглядав психіатричні розлади як захворювання, засновані на медичній, неврологічній моделі, зі специфічною, органічною етіологією та патологією. Він вважав, що маніакально-депресивне божевілля значною мірою не залежить від психологічного стресу. Хоча такий стрес може передувати виникненню деяких нападів, він не може бути справжньою причиною, а лише чимось схожим на пусковий механізм. Відтак, він вважав деякі патологічні депресії психогенними за походженням. У той самий час, коли Крепелін та інші встановлювали загальноприйнятту класифікацію основних психічних розладів у термінах хворобливих утворень на основі медичної моделі та органічної етіології, інша школа європейських психіатрів, що розвивалася, розробляла зовсім інший підхід. Це були психоаналітики.

Фрейд і Абрахам у групі досліджень розробили теорію походження депресії у зв'язку з реальною чи символічною втратою об'єкта любові.

Матеріали справи Крепеліна та інших йому подібних склалися з тяжкохворих пацієнтів у закладах. Перші пацієнти з депресією, яких вивчали психоаналітики, також були важко хворими. Згодом все більше уваги почали приділяти більш легким формам розладів, спочатку зокрема з боку психоаналітиків. Психологічні теорії причинно-наслідкових зв'язків стали більш прийнятними для цих розладів. Тепер виникла проблема щодо того, як узгодити ці теорії зі старішими теоріями органічного причинно-наслідкового зв'язку. Адольф Мейер, швейцарський психіатр, який став дуже впливовим керівником психіатричної клініки Генрі Фіппса в Університеті Джона Гопкінса, відійшов від ідеї чітких хвороб і розглядав усі психічні розлади як типи реакцій або психобіологічні реакції організму на стрес [40].

Сучасна концепція депресії, як її бачать більшість психіатрів і яка закріплена у двох офіційних класифікаціях, Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (ICD-10) та Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів 5-го видання (DSM-V), полягає в клінічному синдромі, визначеному наявністю декількох клінічних ознак, але не маючому конкретної етіології і визнає можливість як психологічних, так і біологічних факторів, в певній мірі нагадуючи підхід Мейера [48, 15].

Класичний метод виявлення психічного розладу протягом більшої частини історії психіатрії полягав у тому, щоб впливовий психіатр розрізняв і описував розлади на основі свого клінічного досвіду, не докладаючи жодних спроб точного визначення чи методичного дослідження. Основним методом постановки діагнозів у сучасній психіатричній нозології є домовленість комітету, яка іноді базується на досить обмежених емпіричних дослідженнях. Потім визначаються діагностичні критерії шляхом переліку певних симптомів, щоб визначити кількість, необхідну для діагностики, із зазначенням тривалості часу, інших вимог та виключень. У DSM-V вісім симптомів перераховані як кваліфікуючі для великої депресії, з вимогою наявності

принаймні п'яти, включаючи принаймні один із двох основних симптомів разом, із тривалістю 2 тижні або більше, наявністю клінічно значущого дистресу або порушення функції, відсутністю фізичної причини або психотичних рис, які б допомогли пояснити симптоми [11].

Існує багато теорій походження депресії, ми розглянемо деякі з них.

Психологічні теорії походження депресії акцентують увагу на когнітивних та поведінкових аспектах регуляції настрою. Цей підхід підкреслює вплив нашого минулого досвіду (виховання) на формування моделей нашого мислення (схем мислення), які можуть призвести до виникнення симптомів депресії. Минулий досвід може спонукати людей розвивати негативні схеми – упереджені моделі мислення про себе, інших і світ навколо, підтримуючи психологічний дистрес. Психологічні теорії виникнення депресії підтверджуються ефективністю такого методу лікування, як КПТ, який спрямований на те, щоб виявити і змінити негативні схеми, таким чином позбувшись депресивної симптоматики.

Біологічні теорії виникнення депресії визначають такі біологічні фактори, як гени, структура мозку та співвідношення нейромедіаторів і гормонів як причину депресії. Біологічні теорії підкреслюють вплив природи на виникнення депресії. Однією з таких теорій є моноамінова теорія депресії. Вона передбачає, що депресія є результатом зниження рівня серотоніну. Серотонін є нейромедіатором, він функціонує як месенджер у мозку та пов'язаний із регулюванням настрою та сну. На основі цієї теорії були розроблені антидепресанти, які зменшують симптоми депресії у деяких пацієнтів. Покладання лише на біологічне лікування депресії можна вважати редуccionістським, оскільки антидепресанти зосереджуються лише на зміні рівнів нейромедіаторів, але не обов'язково усувають основні психологічні причини депресії [3].

Поведінкова теорія походження депресії передбачає, що депресивні симптоми підтримуються завдяки уникаючій поведінці. Люди з депресією часто уникають потенційно корисних занять і усамітнюються, тим самим



погіршуючи свої симптоми. Замість того, щоб зосереджуватися на зміні власних думок і почуттів, цей підхід намагається збільшити кількість позитивних вражень у повсякденному житті, що, у свою чергу, може вплинути на психічний стан людини.

Теорія соціального рангу депресії, розроблена Стівенсом і Прайсом. Вони припустили, що депресія є еволюційною адаптацією; це дозволяє особам, які займають низькі соціальні ранги, прийняти своє становище. Симптоми депресії заважають «слабшим» людям брати участь у конфліктах, які загрожують їх виживанню. Прийняття свого нижчого становища дозволяє людям економити ресурси замість того, щоб витратити енергію на конфлікти та спроби відновити втрачений соціальний ранг, що може призвести до ще більших втрат у разі поразки. Хоча деякі дослідження підтверджують цю теорію, її критикують за редуccionізм. У цьому випадку депресія зводиться лише до еволюційних впливів і ситуацій, коли людина втрачає соціальний статус. Тим не менш, ми знаємо, що депресія не обмежується цими ситуаціями і може бути наслідком різноманітних життєвих подій.

Когнітивна теорія депресії. АВС-модель клінічної депресії, запропонована Еллісом (1957), стверджує, що спотворені ірраціональні переконання (В) викликають страждання, формуючись як відповідь на активуючу подію (А). Відповідно до цієї моделі, депресія є наслідком (С) ірраціональних переконань. Ірраціональні переконання можуть формуватися автоматично, і ми можемо навіть не усвідомлювати, що дотримуємося їх. Ірраціональні переконання можуть включати катастрофізацію, «чорно-біле» мислення та персоналізацію. Терапія допомагає людям ідентифікувати свої ірраціональні переконання та кидає їм виклик, щоб вони могли замінити їх більш адаптивними. Оскільки на нашу поведінку можуть впливати зовнішні події або наша власна фізіологія, модель АВС підтримує ідею про те, що ми не завжди маємо свободу волі, коли приймаємо рішення щодо нашої поведінки. Це ставить під сумнів, наскільки люди з когнітивними викривленнями несуть відповідальність за свою поведінку.

Негативна когнітивна тріада Бека. Аарон Бек (1967) запропонував три основні типи переконань, які підтримують симптоми депресії. До них належать негативні думки та переконання про себе («Я невдаха» або «Я погана людина»), світ («Інші мене ненавидять» або «Інші хочуть бачити мою невдачу») і майбутнє («Я ніколи не знайду партнера» або «Я ніколи не досягну успіху»). Три типи негативних переконань можуть взаємно посилюватися; наприклад, негативне переконання про світ може посилити негативне переконання про майбутнє. Бек запропонував різні типи когнітивних спотворень, які зазвичай присутні у людей з депресією [25].

Негативні атрибуції Селігмана. Згідно Селігману, депресія є результатом навченої безпорадності. Депресивні люди відчують, що незалежно від того, що вони роблять, вони не можуть контролювати негативні події у своєму житті. Вивчена безпорадність підтримується вірою в те, що ми є причиною невдачі; ми не можемо змінити причину, вона стабільна, а збій глобальний. Ми завжди зазнаємо невдачі в будь-якій ситуації. Викликаючи ці думки, люди можуть навчитися відчувати більший контроль над своїм життям і зменшити відчуття навченої безпорадності, пов'язане з симптомами депресії.

### **1.3. Особливості емоційної сфери жінок**

У нашій культурі є загальноприйнятим і поширеним переконання, що жінки «більш емоційні, ніж чоловіки», у тому сенсі, що вони більше «в контакті» зі своїми емоціями, вони є більш чутливими, чуйними та емпатійними. Значна кількість наукових досліджень в останні десятиліття була зосереджена на вивченні статевих відмінностей в емоційності, але результати виявилися суперечливими [1].

Це складне питання щонайменше з трьох причин. По-перше, термін «емоція» є предметом дискусійного визначення, який зазвичай розглядається

як багатовимірне поняття, що включає кілька складових, таких як емоційний досвід, експресія (вираження) та фізіологія [71]. На думку деяких авторів, загальні твердження про гендерні відмінності в «емоційності» є надто розпливчастими і мають бути конкретизовані шляхом індивідуалізації фактичних відмінностей між чоловіками та жінками в одному чи кількох компонентах емоцій, наприклад, у емоційному досвіді чи у вираженні. Оскільки гендерні відмінності в одному компоненті (наприклад, експресії) можуть корелювати або ні з відмінностями в іншому компоненті (наприклад, досвіді) через біологічні, культурні та ситуаційні чинники, може бути важко узагальнити спостереження, зроблені лише щодо одного компонента (наприклад, зробити висновок про те, наскільки інтенсивно ми відчуваємо емоції, за тим, наскільки сильно ми їх виражаємо) [14].

По-друге, навіть якщо розглядати лише один компонент (наприклад, досвід), відмінності між чоловіками та жінками можна оцінювати за різними – і не обов'язково корельованими вимірами, такими як інтенсивність, валентність, частота чи тривалість пережитої емоції. Тому, досліджуючи, чи відчувають жінки більше емоцій, ніж чоловіки, слід чітко визначити, чи ми маємо на увазі, що жінки відчувають емоції інтенсивніше, частіше або протягом більш тривалого часу після ситуації, що їх викликала. Крім того, інші методологічні аспекти, як-от ступінь втручання під час вимірювання, можуть вплинути на результати [71].

Нарешті, докази наявності гендерних відмінностей у деяких аспектах емоційності нелегко піддаються поясненню з боку того, як ці відмінності виникають. Гендерно-специфічні моделі емоцій часто однаково добре пояснюються як з точки зору того, що вони є продуктом соціалізації, так і з точки зору біологічно обумовлених відмінностей між чоловіками та жінками [4].

Зупиняючись на тому, що «емоції» і «емоційність» - багатовимірні поняття, ми розглянемо їх з точки зору якомога більшої кількості складових. Перший, розглянутий нами аспект, є стать і вираження емоцій (експресія).

На думку більшості авторів, «емоційна експресивність» відображає ступінь зовнішнього прояву індивідами своїх емоцій, і включає поведінкові зміни (наприклад, вираз обличчя, поза, вербальний вираз), яку зазвичай супроводжують ці емоції [35]. Дослідження гендерних відмінностей здебільшого були зосереджені на експресивному компоненті, і, за деякими винятками, результати вказують на те, що жінки більш емоційно експресивні, ніж чоловіки [27]. Більшість досліджень оцінюють виразність обличчя за допомогою різних методів, включаючи електроміографію обличчя (ЕМГ), кодування спостережень за допомогою кваліфікованих оцінювачів, оцінка незалежних (некваліфікованих) оцінювачів і самооцінку.

Гендерні відмінності були виявлені в першу чергу в самооцінках експресивності у виразі обличчя, ці результати були підтверджені доказами, отриманими за допомогою досліджень ЕМГ обличчя, оцінками точності комунікації та самооцінками різних невербальних форм поведінки, таких як усмішка та жестикуляція [36].

У той час як самозвіти про експресію можуть залежати від того, що люди думають про себе, а також від проблем самопрезентації, записи ЕМГ обличчя є більш тонкими та об'єктивними показниками експресії. Активність м'язів обличчя вимірюється шляхом виявлення та посилення незначних електричних імпульсів, які виникають у м'язових волокнах під час їх скорочення. Електроди розміщуються на обличчі відповідно до основних груп м'язів, як правило це м'язи, які опускають брови та викликають нахмурення, і м'язи, які контролюють усмішку. Активність цих м'язів, виміряна за допомогою ЕМГ, пов'язана з емоційною реакцією: активація м'язів посмішки пов'язана з позитивними емоційними стимулами та позитивним станом настрою, тоді як активація м'язів опускаючих брови пов'язана з негативними емоційними стимулами.

Жінки виявляють сильніші ЕМГ-реакції обличчя, ніж чоловіки, у завданнях уявного зображення емоційних ситуацій, а також у відповідь на слухові та зорові стимули різної інтенсивності [71]. Загалом багато

досліджень, проведених різними методами, свідчать про те, що жінки більш експресивні, ніж чоловіки, і лише деякі дослідження не змогли знайти статевих відмінностей у експресивності. У дослідженнях конкретних емоцій, жінки більше виражали смуток, гнів, огиду, страх, здивування та щастя порівняно з чоловіками. Виходячи з цього, було запропоновано два основних пояснення цього висновку: 1) жінки виражають більше емоцій, тому що вони насправді відчувають більше емоцій, ніж чоловіки, 2) з іншого боку, чоловіки та жінки відрізняються ступенем виразності емоцій, але ці відмінності не залежать від різниці в переживанні емоцій.

Підсумовуючи, висновок про те, що жінки більш експресивні, ніж чоловіки, досить надійний, але його можна спростувати в деяких контекстах. Схоже, що статеві відмінності в емоційній експресивності модулюються багатьма факторами, включаючи ситуацію, тип вираженої емоції, індивідуальний стиль особистості та прихильність до стереотипу чоловічої/жіночої ролі, засвоєну через соціальне підкріплення з самого раннього віку.

Наступним аспектом дослідження є стать і емоційний досвід. Суб'єктивне переживання емоцій, як правило, оцінюється за допомогою вербальних самозвітів, які можуть відрізнитися в багатьох важливих аспектах. Ми можемо задавати прямі запитання стосовно того, скільки емоцій людина відчуває, або досліджувати це непрямими способами (наприклад, коли експериментатор витягує оцінку емоції із тесту на пам'ять емоційної інформації або з використання термінів емоцій у словесних описах). Самозвіти можуть або досліджувати конкретні емоції, такі як гнів чи щастя, або натомість зосереджуватися на глобальній схильності до «емоційності» (наприклад, запитувати людей, наскільки вони емоційні). Нарешті, стимул, який викликав емоційну реакцію може бути або включеним, або ні в вимірювання, а самозвіт може стосуватися приватних чи публічних ситуацій [5]. Усі ці фактори можуть суттєво вплинути на результати, які, як наслідок, є досить неоднозначними.

Гендерні відмінності здебільшого впливають із прямих самозвітів, які зосереджуються на емоційних переживаннях як глобальній схильності, при цьому жінки описують себе як більш емоційних, ніж чоловіки [28]. Натомість докази стають менш ґрунтовними, коли використовуються непрямі вимірювання або коли досліджується конкретна емоція. Кількість досліджень, які повідомляють про статеві відмінності у страху/тривозі, гніві, депресії/смутку, провині та щасті, майже така ж, як кількість досліджень, які цього не роблять. Однак, коли виникають відмінності, вони, як правило, підтверджують очікування, що жінки відчують емоції більше, ніж чоловіки. Коли учасники досліджень мають описати свій емоційний досвід за допомогою загальних шкал заснованих на пам'яті, жінки описують себе як більш емоційних, чутливих до своїх почуттів, тривожних, сумних і щасливих, ніж чоловіки. Натомість, коли використовуються ситуативні швидкі рейтинги, або рейтинги, які повинні охопити двотижневий період, або період 2-3 місяців, статевих відмінностей не виявляють [28]. Можливе пояснення цієї невідповідності полягає в тому, що культурні стереотипи мають різний вплив на загальні та ситуативні звіти: у той час як загальні звіти спираються на уявну думку про те, «що означає бути емоційним», і легко піддається впливу гендерно-рольових стереотипів, ситуативні звіти пов'язані з конкретними обставинами, про які запитуються в опитувальниках. Іншими словами, загальні самозвіти дозволяють чоловікам і жінкам надавати описи, які відповідають «емоційному стилю», який зазвичай приписують їхній статі (тобто жінки емоційні, чоловіки – ні), а не базуються на їхньому фактичному досвіді.

Проте останні дослідження показали, що жінки та чоловіки насправді відрізняються за своєю автобіографічною пам'яттю щодо емоційного досвіду, причому жінки пам'ятають емоційні події частіше, ніж чоловіки [43]. Це підвищує ймовірність того, що статеві відмінності в загальних ретроспективних оцінках емоційного досвіду між чоловіками та жінками полягають і в тому, що жіночі знання про емоції ширші і глибші, і менше

піддаються впливу культурних стереотипів. Фельдман Баррет з колегами безпосередньо перевірили гіпотезу про те, що жінки демонструють більш складні знання про емоції, ніж чоловіки, коли говорять про свій власний емоційний досвід та емоційний досвід інших. Учасники жіночої та чоловічої статі з 7 різних вибірок заповнили Шкалу рівня емоційної обізнаності (Levels of Emotional Awareness Scale) в якій респонденти створюють вербальний опис своїх власних очікуваних почуттів та почуттів іншої людини для 20 різних сценаріїв [37]. Відповіді оцінюються за ступенем складності (тобто ступенем використання термінів емоцій і їх інтеграції для опису емоцій, які приписуються собі та іншій людині в сценарії). Як і передбачалося, жінки отримали вищі бали, ніж чоловіки, що вказує на більш складне використання мови у висловленні емоційного досвіду, яке не залежить від вербального інтелекту. Пропонуються дві інтерпретації: 1) через успадковану схильність та/або процес соціалізації жінки мають більш детальні знання про емоції, ніж чоловіки; 2) і чоловіки, і жінки володіють однаково складними знаннями, але жінки можуть використовувати їх легше, тому що вони роблять це частіше або тому, що вони мають більшу мотивацію до цього. Незалежно від конкретного фактору, вищезазначені результати свідчать про те, що статеві відмінності існують і в ретроспективних оцінках емоцій. Це пояснюється тим, що жінки більше звертають увагу на свої емоції, на те, коли вони виникають, вони думають про них і діляться ними з іншими людьми. Таким чином, вони мають більш чітку картину свого емоційного життя, ніж чоловіки. [17].

Як ми тоді можемо пояснити невідповідність у повідомленому досвіді конкретних емоцій? Деякі автори припускають, що певні емоції (наприклад, гнів) більш характерні для чоловіків, тоді як інші (наприклад, смуток, страх) більш типові для жінок. Вже в дошкільному віці діти, здається, «знають», що гнів є чоловічою рисою, тоді як страх і смуток типові для жінок [18]. Інша можливість полягає в тому, що жінки відчувають і частіше повідомляють про негативні емоції, оскільки вони сильніше, ніж чоловіки, реагують на неприємні події, особливо ті, які є загрозливими або травматичними [34].

Епідеміологічні дані вказують на те, що жінки піддаються більшому ризику афективних розладів, таких як тривожні розлади та депресія, узгоджуються з цією гіпотезою. Однак ця точка зору заперечується доказами того, що жінки також повідомляють про те, що відчують більше щастя та радості, ніж чоловіки, а також тим фактом, що відмінності виникають більше у фізіологічних реакціях, ніж у словесних повідомленнях про суб'єктивно пережиті емоції [19].

Підводячи підсумок, можна сказати, що загальне твердження про те, що жінки відчують емоції частіше або більш інтенсивніше, ніж чоловіки, мало. Проте чоловіки та жінки, здається, відрізняються принаймні у двох аспектах емоційного досвіду: 1) у тому, як вони оцінюють і описують свою «емоційність», і 2) у структурі автобіографічної пам'яті щодо емоційних епізодів. Також вважається, що соціальне підкріплення різних реакцій і почуттів у чоловіків і жінок з самого раннього етапу розвитку є важливим модулятором емоційного досвіду.

Щодо досліджень фізіологічних показників емоцій і статі, в них теж присутні деякі складності. Традиційно метод дослідження фізіологічних показників емоцій подібний до методу, який використовується для вивчення вираження емоцій: у лабораторних умовах афективно навантажені стимули (зазвичай це зображення або відеокліпи) пред'являються вибірці учасників, водночас відбувається вимір одного або декількох фізіологічних показників (наприклад, реактивність шкіри, частота серцевих скорочень, артеріальний тиск тощо). У деяких дослідженнях стимули позитивної/негативної валентності замінюються справжніми «стресорами» (тобто стимулами, що спричиняють стрес організму, наприклад, підвищений рівень звуку, надмірне освітлення тощо), і фізіологічні показники, які вимірюються, відображають більш конкретно реакцію на стрес. Результати багатьох таких досліджень почергово демонструють або наявність, або відсутність статевих відмінностей у фізіологічних показниках вираження емоцій. Наприклад, щодо зв'язку між виразом обличчя та фізіологічною реактивністю, то на початку 70-х років Бак



та його колеги повідомили про цікаве відкриття [20]. Вони виявили, що у відповідь на емоційні подразники жінки були більш виразними, але виявляли менше вегетативного збудження, тоді як чоловіки навпаки були менш експресивними, але фізіологічно були більш збудженими. Інтуїтивне пояснення цього результату полягає в тому, що «придушення» явного прояву емоцій спричиняє посилення внутрішньої реактивності. Тоді як жінки схильні відкрито виражати свої емоції (вони екстерналізатори), чоловіки більш схильні їх приховувати (вони інтерналізатори).

Інший напрямок досліджень зосереджений на реактивності на стрес. Як уже зазначалося, протягом життя жінки виявляються більш вразливими ніж чоловіки до розвитку депресії або тривоги [32]. Дійсно, значна кількість досліджень демонструє, що жінки як психологічно, так і фізіологічно реактивніші, ніж чоловіки [39]. Вони демонструють збільшення частоти серцевих скорочень, яскравіші емоційні реакції – наприклад, використання ними емоційних слів, і повідомляють про більший рівень стресу та наявність нав'язливих думок [38]. Однак зв'язок між статтю та реактивністю на стрес ускладнюється тим фактом, що жінки та чоловіки, здається, чутливі до різних типів стресорів і демонструють дещо різні фізіологічні реакції [38].

Більшість досліджень вивчали гостру реакцію на стрес. Шмаус і його колеги досліджували гендерні відмінності у відповідь на початковий і повторний вплив лабораторного стресу: хоча гендерні відмінності не були виявлені після початкового впливу, жінки показали значно більший пульс і реактивність ніж чоловіки після другого впливу, що свідчить про процес сенсibiliзації, який робить їх більш вразливими до повторного впливу стресу порівняно з чоловіками. Жінки також повідомили про наявність нав'язливих думок, хоча це, здається, не пояснює гендерних відмінностей у реактивності.

Волботт і Шерер (1991) розглядали взаємодію між статтю та типом стресу. Вони виявили, що жінки реагували сильніше в умовах високого когнітивного стресу, ніж в умовах низького когнітивного стресу, і показали лише невеликі відмінності в реакції на високий емоційний стрес порівняно з

низьким. Зворотна картина була виявлена для чоловіків, навіть якщо відмінності були набагато меншими, ніж для жінок.

Дослідження останніх 50 років статевих відмінностей в емоційності, дійшли до висновків, що ці відмінності обумовлені як біологічними, так і соціально-культурні чинниками. Відповідно до біологічної точки зору, жінки схильні повідомляти про більший страх у загрозливих ситуаціях, що відображає відчуття нездатності фізично захистити себе в разі нападу, тоді як чоловіки повідомляють про більше емоційне збудження, ніж жінки, у відповідь на еротичні стимули. Таким чином, біологічні пояснення узгоджуються з наявними доказами того, що різні сигнали, як правило, викликають різні емоції у чоловіків і жінок. В той самий час не можна виключати роль таких факторів впливу як соціальне середовище і культурні особливості. Така перспектива, яка наголошує на наявності впливу соціальних ролей, але визнає вплив специфічних для статі біологічних характеристик називається біосоціальним підходом.

#### **1.4. Розгляд військового конфлікту, як стресогенного чинника**

Клод Бернар зауважив, що підтримання життя критично залежить від збереження нашого внутрішнього середовища незмінним перед обличчям мінливого середовища. Кеннон (1929) назвав це «гомеостазом». Сельє (1956) використовував термін «стрес» для позначення впливу всього, що серйозно загрожує гомеостазу [44]. Фактичну або уявлену загрозу для організму називають «стресором», а відповідь на стресор — «стресовою реакцією». Хоча реакції на стрес розвивалися як адаптивні процеси, Сельє помітив, що сильні, тривалі реакції на стрес можуть призвести до пошкодження тканин організму людини і захворювань.

Коли ми говоримо про гострий (або короткочасний і неочікуваний) стрес, то після сприйняття гострої стресової події відбувається каскад змін у

нервовій, серцево-судинній, ендокринній та імунній системах. Ґрунтуючись на оцінці передбачуваної загрози, у людей та тварини виникає реакція подолання. Наша центральна нервова система (ЦНС) має тенденцію до формування комплексних стратегій подолання стресу, а не окремих, ізольованих реакцій. Таким чином, коли негайна боротьба або втеча здається можливою, ссавці, як правило, виявляють підвищену вегетативну та гормональну активність, що максимізує можливості для м'язового навантаження. Натомість, під час аверсивних ситуацій, коли активна реакція подолання недоступна, ссавці демонструють реакцію «пильності», яка включає збудження симпатичної нервової системи (СНС), що супроводжується активним гальмуванням руху та переключенням кровопостачання від периферичних артерій [41].

Зовсім інша ситуація виникає тоді, коли ми говоримо про хронічний стрес. Реакція на гострий стрес може стати дезадаптивною, якщо вона активується повторно або постійно [44]. Наприклад, хронічна стимуляція симпатичною нервовою системою (СНС) серцево-судинної системи внаслідок стресу призводить до стійкого підвищення артеріального тиску та гіпертрофії судин. Це викликає підвищення артеріального тиску в спокої та стереотипну реакцію або схильність реагувати на всі типи стресорів судинною відповіддю. Хронічно підвищений артеріальний тиск змушує серце працювати інтенсивніше, що призводить до гіпертрофії лівого шлуночка. Згодом хронічно підвищений рівень артеріального тиску, може призвести до пошкодження артерій і утворення бляшок [33].

Певні характеристики ситуації пов'язані зі збільшеною реакцією на стрес. До них відносяться інтенсивність або тяжкість стресора та здатність до контролю стресора, а також особливості, які визначають характер когнітивних реакцій або оцінок. Такі життєві події як втрата, відчуття приниження та небезпеки, пов'язані з розвитком депресії та тривожних розладів [31]. Дослідження 13 006 пацієнтів у Данії, які потрапили у лікарню з діагнозом депресія, виявило частіші випадки розлучення, безробіття та самогубства родичів цих хворих, порівняно з контрольною групою відповідного віку та

статі [16]. Стресові життєві події також часто передують тривожним розладам. Цікаво, що подальші дослідження показали, що тривога частіше виникає перед депресією. Фактори, пов'язані з розвитком симптомів посттравматичного стресового розладу та інших психічних розладів, включають травми, пошкодження майна, втрату ресурсів, важку втрату та загрозу життю [31]. Інші дослідження показали, що існують фактори стресу, які можуть діяти синергетично, тобто підсилювати один одного; наприклад дефіцит часу в поєднанні з загрозою. Наслідки впливу стресу також відрізняються залежно від особистих факторів і факторів середовища. Особисті фактори ризику розвитку депресії, тривожних розладів або посттравматичного стресового розладу після катастрофи або травми включають попередній психіатричний анамнез, високий рівень невротизму, жіночу стать та інші соціально-демографічні змінні.

Загалом, виділяють три стадії стресу: стадія тривоги, стадія опору та стадія виснаження [8].

1. Стадія тривоги полягає в тому, що центральна нервова система активується, що призводить до мобілізації захисних механізмів організму. Цей етап викликає реакцію "боротьба або втеча"

2. Стадія опору (резистентності, стійкості, адаптації) полягає в тому, що організм починає відновлюватись і нормалізувати серцевий ритм, кров'яний тиск тощо. Після початкового шоку від стресової події тіло переходить у цю фазу відновлення, але деякий час залишається у стані підвищеної готовності.

3. Стадія виснаження – це коли активація на перших двох стадіях триває впродовж тривалого часу і призводить до порушення рівноваги в організмі. Саме тоді можуть початися певні захворювання, наприклад, діабет або хвороби серця.

На даний момент існує багато класифікацій стресу. Стрес класифікують за наслідками, за тривалістю впливу стресового чинника, за перебігом і т.д. Серед різних класифікацій відрізняють і поняття травматичного стресу [10].

Травматичні стресори можуть серйозно вплинути на психічне та фізичне здоров'я.

Існує кілька видів травм, зокрема:

- гостра травма: це результат однієї стресової або небезпечної події.
- хронічна травма: це результат повторного та тривалого впливу дуже стресових подій.
- комплексна травма: це результат впливу кількох травматичних подій.

Травма – це травматична подія або досвід, який серйозно впливає на психічне здоров'я. Травма часто є фізичною травмою, але також може бути горем, емоційним стресом або жахливою подією. Деякі конкретні приклади травматичних стресорів включають наступні: насилля, природні катастрофи, автокатастрофи, фізичний напад, тероризм і війна [6]. Війна (бойові дії, озброєні конфлікти) – один з найжахливіших різновидів травматичних подій, який попадає під категорію масової травми, тобто травми, яка прямо чи опосередковано впливає на велику кількість людей. Масові травми можуть спричинити втрату майна та життя для великої кількості людей, а також повсюдне порушення нормального розпорядку життя. Реагування на такі події часто вимагає від людей значних ресурсів, які зазвичай перевищують можливості постраждалих громад або країн, у яких вони відбуваються. Одним із факторів, який впливає на реакцію людини на травму, є його здатність обробити травму до того, як станеться інша травма. У разі масових травм первісна подія спричиняє значні руйнування, наслідки яких можуть породити додаткові травми та інші стресові події, які призведуть до додаткових труднощів і більшої потреби в пристосуванні серед тих, хто вижив. Часто відбувається ланцюгова реакція.

Тим не менш, масові травми можуть створити відчуття спільності — багато людей знаходяться «в одному човні», таким чином не утворюється ізоляція, яка може виникнути з іншими типами травм. Люди можуть розповісти про свої труднощі та отримати підтримку навіть від незнайомих.

Незважаючи на це, люди, які пережили масову травму, часто стикаються із зростанням підтримки одразу після травмуючої події, яка потім швидко зменшується. Коли згадки про подію зникають із заголовків ЗМІ, увага й занепокоєність громадськості, швидше за все, зменшуються, а ті, хто вижив, змушені будуть намагатися відновити або переосмислити своє життя без особливої зовнішньої підтримки [7].

Війна має катастрофічний вплив на здоров'я та добробут націй. Дослідження показали, що озброєні конфлікти спричиняють більше смертності та випадків інвалідності, ніж будь-яка хвороба. Війна руйнує громади та сім'ї, та часто порушує розвиток соціальної та економічної структури націй. Наслідки війни включають довготривалу фізичну та психологічну шкоду дітям і дорослим, а також зменшення матеріального добробуту населення. Смерть унаслідок воєн – це лише «верхівка айсберга». Інші наслідки, окрім смерті, недостатньо задокументовані. Вони включають бідність, інвалідність, економічний/соціальний занепад і психосоціальні захворювання. Лише завдяки більш глибокому розумінню психологічної природи озброєних конфліктів і безлічі проблем з психічним здоров'ям, які виникають через них, можна розробити послідовні та ефективні стратегії вирішення таких проблем.

## **Висновки до розділу I**

Аналізуючи теоретичний матеріал до першого розділу можемо зробити наступні висновки. Дослідження депресивних і тривожних станів вже давно привертає увагу психологів різних напрямків зі всього світу. Розлади настрою, передусім меланхолія, можуть похвалитися історичними коріннями, що сягають античності. Ми виявили, що існують підтвердження того, що тривогу чітко вирізняли як окремий негативний емоційний стан і окремий розлад греко-римські філософи і лікарі. Ми детально розглянули історію вивчення тривоги і депресії зі стародавніх часів до сьогодення. Проаналізували погляди

на тривожність як психічний стан та тривожність як стійку особистісну властивість. Були розглянуті сучасні погляди на природу походження тривоги як хворобливого стану, а саме: біологічний, когнітивний, «навчений». Проведена диференціація депресивного стану від скорботи або жалоби, також визначені сучасні погляди на походження депресії. Цікавими для вивчення стали теорії походження депресії, які звертають нашу увагу на вплив минулого досвіду людини і негативних схем мислення. Біологічні теорії акцентують роль генетики, балансу нейромедіаторів та гормонів. Поведінкова теорія фокусується на унікаючій поведінці та недостатньому залученні до позитивних занять. Теорія соціального рангу вказує на адаптацію до низького соціального статусу. Когнітивна теорія підкреслює роль ірраціональних переконань та негативного мислення.

Важливою частиною теоретичного огляду стало дослідження емоційної сфери жінок з точки зору диференційної та гендерної психології, де ми спробували відокремити стереотипні уявлення про емоційність жінок та наукові дослідження у цій галузі. Це складне питання, через те, що термін «емоція» є предметом дискусійного визначення, який зазвичай розглядається як багатовимірне поняття, що включає кілька складових, таких як емоційний досвід, експресія (вираження) та фізіологія. Саме ці складові були розглянуті нами задля дослідження статевих відмінностей в емоційності.

Наприкінці ми розглянули поняття стресу як наукової категорії, проаналізували фази стресу за Г. Сельє, та зупинились на військовому конфлікті, як на виді травматичного стресу, здатного викликати депресивні або тривожні адаптаційні розлади. Таким чином, розглянуті теоретичні основи тривожно-депресивних станів, емоційної сфери жінок та військового конфлікту як стресового чинника, дають нам надійне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження.

## РОЗДІЛ II

### СТРУКТУРА ТА МЕТОДОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ЖІНОК, ЯК НАСЛІДКІВ ПЕРЕЖИВАННЯ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

#### 2.1. Організація дослідження та опис групи досліджуваних

Діапазон впливу факторів війни на психіку цивільного населення жіночої статі виявляється надзвичайно широким. Вплив військових дій на психічний стан жінок охоплює широкий спектр психологічних явищ, які розрізняються від яскраво виражених, патологічних форм до менш помітних або взагалі прихованих. Отже, актуальність цього пласту проблем має важливе значення не лише з академічної точки зору, але й з практичного погляду, особливо в контексті сучасної військово-політичної ситуації в Україні.

З огляду на результати здійсненого теоретичного огляду, що стосувались вивчення тривожно-депресивних розладів, гендерних особливостей емоційної сфери жінок та військових дій, як стресового чинника, нами було проведено експериментальне дослідження з метою з'ясування впливу військових дій на психічний стан українських жінок.

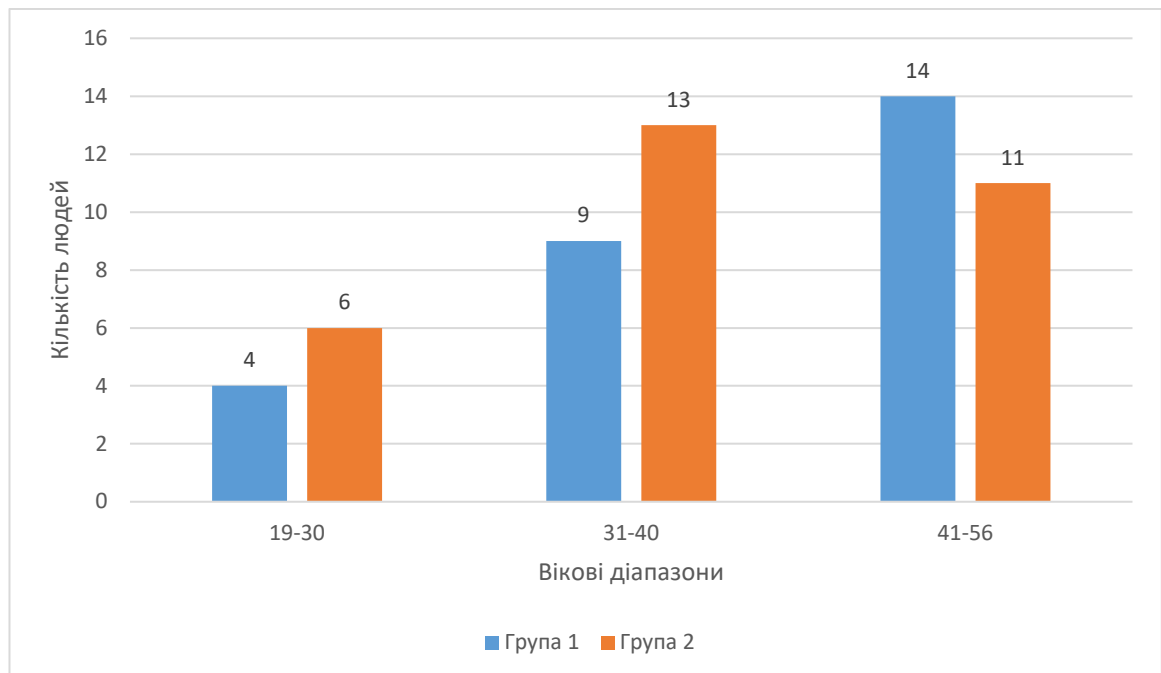
Відповідно до цього, основними завданнями нашого емпіричного дослідження були:

1. За допомогою обраного методичного інструментарію дослідити вираженість депресивних та тривожних станів у жінок.
2. Встановити можливий вплив рівня невротизації на виникнення тривожних і депресивних станів у жінок під час військових дій.
3. Дослідити рівень реактивної та особистісної тривожності у жінок під час війни в Україні.
4. Виявити можливий взаємозв'язок толерантності до невизначеності та проявів тривожних і депресивних станів жінок під час військових дій.



У загальну вибірку нашого дослідження увійшло 57 жінок. Дослідження було здійснене методом онлайн опитування і охопило жінок віком від 19 до 56 років. Участь в опитуванні була добровільною та анонімною. Вибірка складається з двох груп жінок. На початку дослідження опитуваним жінкам було запропоновано заповнити авторську анкету для визначення їх соціально-демографічного профілю (з текстом анкети можна ознайомитись у Додатку Е).

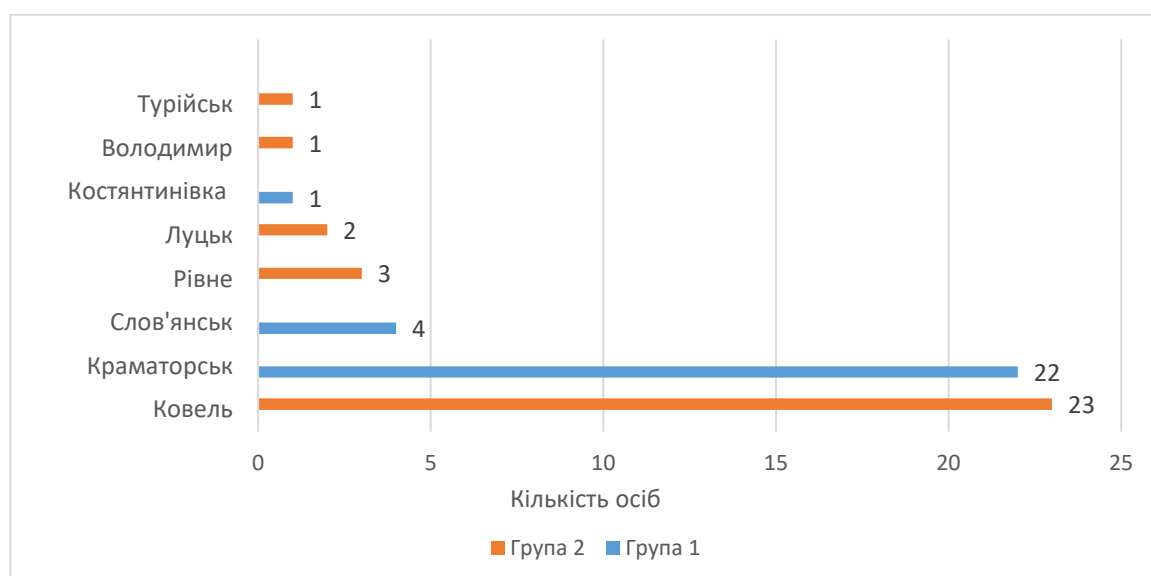
Перша група (1) складається з 27 жінок, які проживають в трьох містах Донецької області, а саме: Краматорськ, Слов'янськ, Костянтинівка. Всі 27 жінок від 24 лютого 2022 року не виїжджали за межі своїх міст більш, ніж на три тижні. Від початку бойових дій, міста, в яких проживають досліджувані жінки першої групи, знаходяться на відстані від 30 до 50 км від лінії фронту і піддаються регулярним обстрілам. Віковий розподіл першої групи жінок: віком від 19 до 30 років – 4 жінки (14,8%), віком від 31 до 40 років – 9 жінок (33,3%), віком від 41 до 56 років – 14 жінок (51,9%).



*Рис.2.1.* Розподіл досліджуваних груп жінок за віком

Друга група (2) складається з 30 жінок, які проживають у Рівненській і Волинській областях, в таких містах, як: Луцьк, Ковель, Володимир, Турійськ і Рівне. Всі 30 жінок від 24 лютого не виїжджали за межі своїх міст більше, ніж на три тижні. Міста, в яких проживають опитані жінки з другої групи, жодного

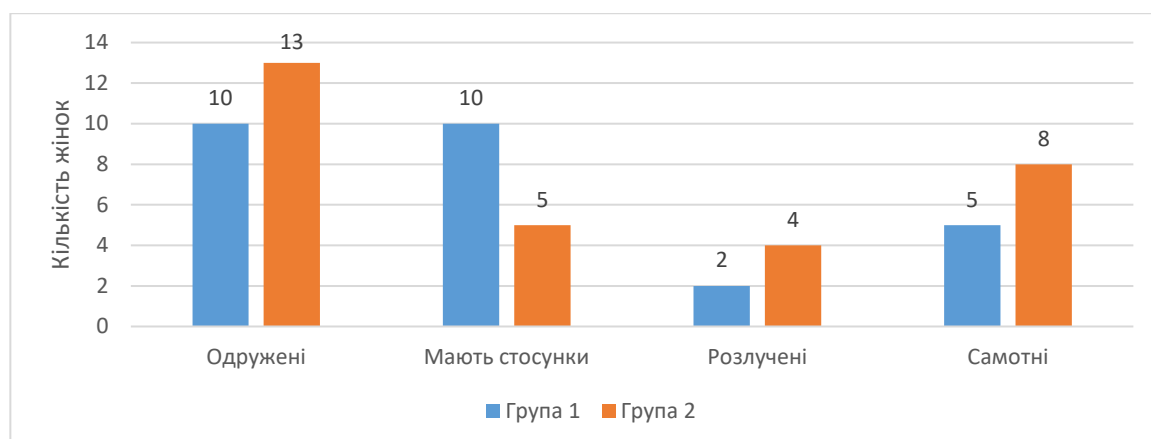
разу не піддавались обстрілам, окрім Луцька і Рівного, які декілька раз обстрілювали на початку повномасштабного вторгнення і восени 2022 року. Віковий розподіл другої групи жінок: віком від 19 до 30 років – 6 жінок (20%), віком від 31 до 40 років – 13 жінок (43,3%), віком від 41 до 56 років – 11 жінок (36,7%).



*Рис. 2.2.* Міста проживання досліджуваних жінок

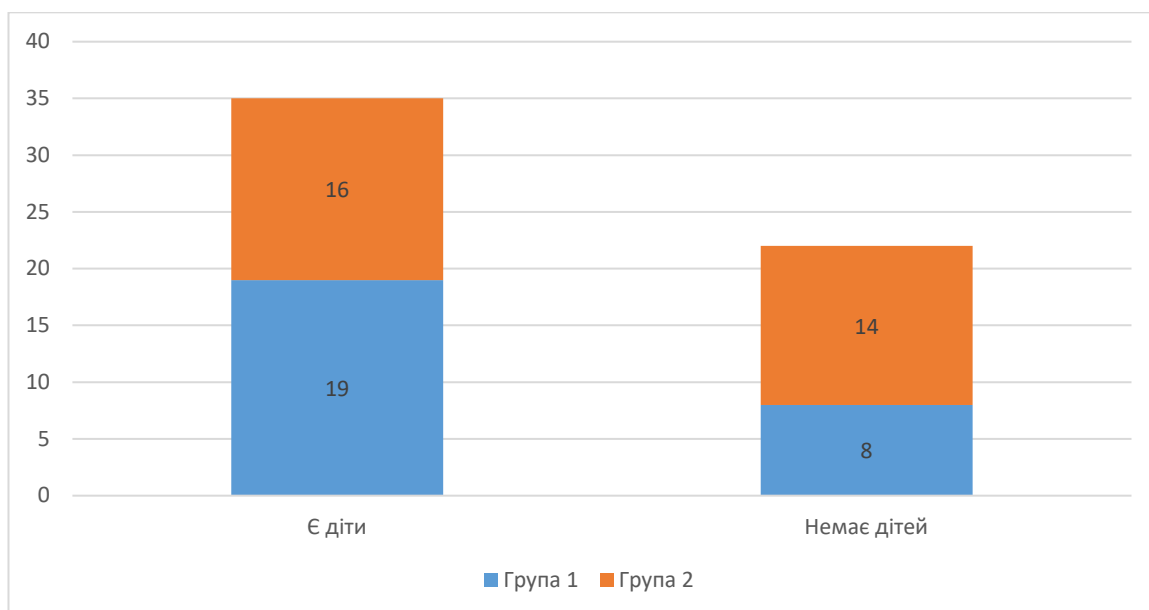
Серед досліджуваних першої групи жінок: одружені - 10 жінок (37%), мають стосунки - 10 жінок (37%), самотні - 5 жінок (18,5%) і розлучені - 2 жінки (6,3%).

Серед досліджуваних другої групи жінок: одружені – 13 жінок (43,3 %), самотні - 8 жінок (26,7%), мають стосунки – 5 жінок (16,7%) і розлучені - 4 жінки (13,3%).



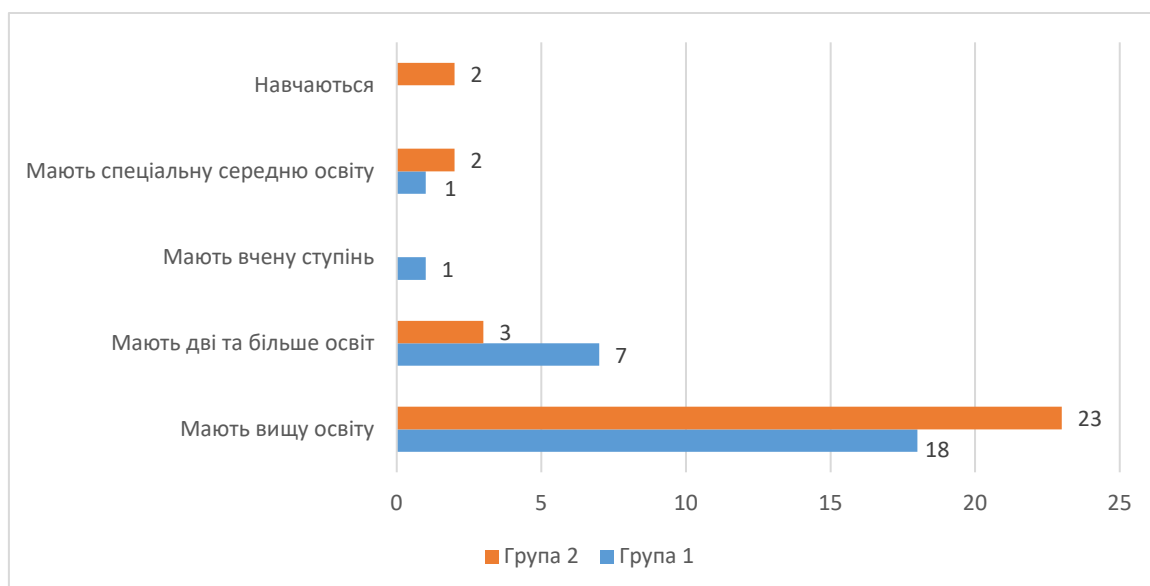
*Рис.2.3.* Сімейний стан опитаних жінок

У першій групі опитаних жінок діти є у 19 жінок (70%), немає дітей у 8 жінок (30%). У другій групі жінок розподіл наступний: діти є у 16 жінок (53%), немає дітей у 14 жінок (47%).



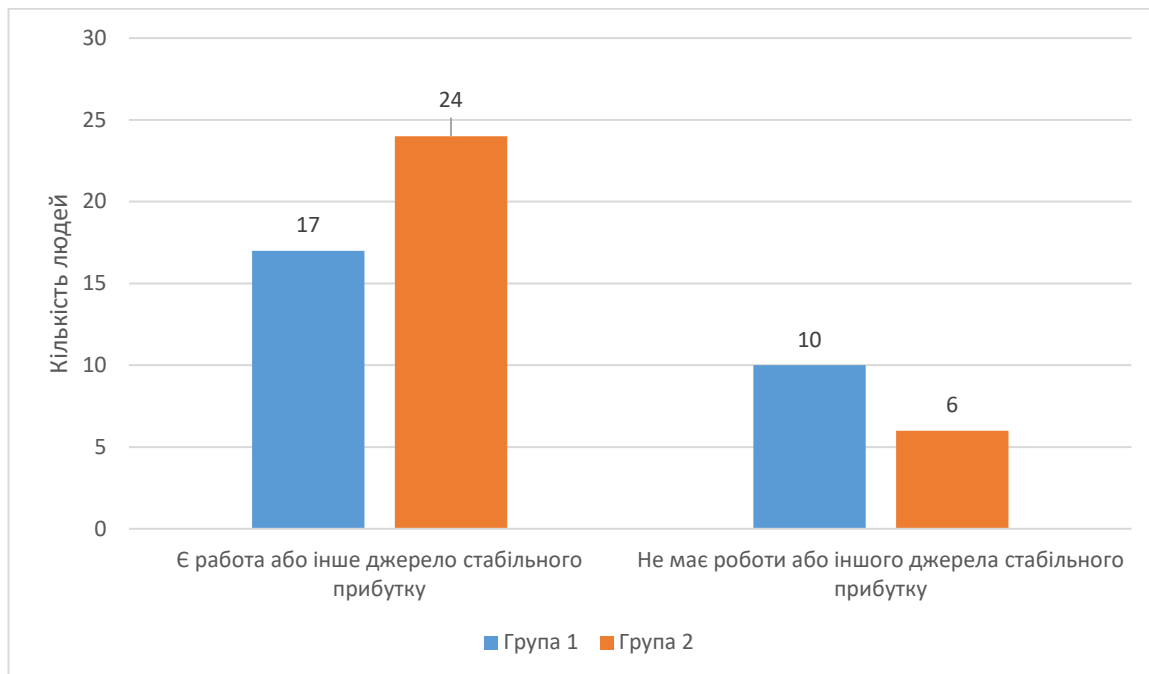
*Рис.2.4.* Наявність дітей у досліджуваних жінок

Стосовно освіти досліджуваних жінок: у першій групі мають вищу освіту – 18 жінок (66,6 %), мають дві та більше вищих освіт - 7 жінок (26%), мають вчену ступінь – 1 жінка (3,7%) і мають спеціальну середню освіту - 1 жінка (3,7%). У другій групі жінок мають вищу освіту – 23 жінки (76,6 %), мають дві та більше вищих освіт - 3 жінки (10%), мають спеціальну середню освіту - 2 жінки (6,7%) і навчаються 2 жінки (6,7%).



*Рис.2.5.* Освіта опитаних жінок

Роботу або інше джерело стабільного доходу в першій групі жінок мають 17 жінок (63%), не мають роботи або джерела прибутку 10 жінок (37%). У другій групі джерело стабільного доходу мають 24 жінки (80%), не мають роботи або джерела прибутку 6 жінок (20%).



*Рис.2.6.* Фінансове становище опитаних жінок

## 2.2. Методи і методики емпіричного дослідження

Після визначення соціально-демографічного профілю опитуваних, наступним етапом стало дослідження тривожних і депресивних станів жінок, рівня особистісної невротизації, оцінка рівня особистісної і реактивної (ситуативної) тривоги та дослідження загальної толерантності до невизначеності.

Для виявлення депресивної симптоматики у досліджуваних жінок, було використано Шкалу депресії Бека (Beck Depression Inventory), (з текстом методики можна ознайомитись у Додатку А) [52]. У шкалі міститься набір з 21 категорії симптомів і скарг, де кожна категорія включає 4-5 тверджень, які описують конкретні прояви або симптоми депресії. Твердження впорядковані

залежно від того, наскільки сильно симптом впливає на загальний ступінь тяжкості депресії. Кожному твердженню надано значення від 0 (якщо симптом відсутній або мінімально виражений) до 3 (якщо симптом максимально виражений). Деякі категорії містять альтернативні твердження, які мають однакову вагу. Опитувані мають уважно прочитати кожен групу тверджень і вибрати одне твердження в кожній групі, яке найкраще відповідає їхнім почуттям цього тижня і сьогодні. Якщо кілька тверджень з однієї групи є однаково добре підходящими, опитувані мають змогу поставити галочки біля кожного з них.

Вибір шкали депресії Бека для нашого дослідження може бути обґрунтований кількома факторами:

1. Надійність і валідність: Шкала депресії Бека показала високу надійність і валідність у попередніх дослідженнях. Вона є однією з найбільш розповсюджених і вивчених шкал для вимірювання симптомів депресії.
2. Поширеність використання: Шкала депресії Бека широко застосовується в клінічній практиці та при проведенні досліджень. Її популярність в медичній та психологічній галузях та при проведенні досліджень підтверджує її значущість.
3. Зручність в застосуванні: Шкала депресії Бека має просту структуру, вона легка для розуміння, для її використання не потрібна присутність лікаря, або психологічного працівника, що сприяє зручності її використання. Все це дозволяє ефективно збирати дані про рівень депресії у досліджуваних осіб.
4. Перевагою цієї методики є те, що її можна використовувати в купі з іншими методиками, також вона є достатньо інформативною, бо включає найбільш релевантні і значущі симптоми депресії та скарги, що найбільш часто пред'являються пацієнтами.

Для оцінки рівня тривожності була використана особистісна Шкала прояву тривоги Дж. Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale), у модифікації

В.Г. Норакидзе (з текстом методики можна ознайомитись у Додатку Б) [53]. У 1975 р. В.Г. Норакидзе додав у текст опитувальника шкалу брехні, яка дозволяє виявити прояви демонстративності та нещирості у відповідях. Методика містить в собі 60 тверджень, які вимагають однозначних відповідей «Так» чи «Ні». Обґрунтування вибору Шкали прояву тривоги Дж. Тейлора для нашого дослідження має на меті наступні аргументи:

1. Надійність: Шкала прояву тривоги Дж. Тейлора є добре валідованою та психометрично перевіреною методикою. Вона має високу надійність, що означає, що вимірювання тривоги за допомогою цієї шкали дає стабільні та повторювані результати.
2. Вимірювання загального рівня тривоги: Шкала Дж. Тейлора дозволяє оцінити загальний рівень тривоги, не фокусуючись на конкретних симптомах або діагнозі. Це особливо корисно, коли дослідження спрямоване на вивчення загальних трендів і різниць у рівні тривоги між різними групами.
3. Легкість використання: Шкала Дж. Тейлора має просту форму та легка у використанні. Перевагою у виборі цієї методики стало те, що завдяки її використанню ми можемо глибоко і суттєво діагностувати тривожність людини, вона може використовуватись індивідуально, має шкалу брехні та може бути включена в батарею інших опитувань.

Для дослідження рівня особистісної невротизації у жінок була використана методика діагностики рівня невротизації, запропонована Віктором Бойком (з текстом методики можна ознайомитись у Додатку В). Дана методика використовується для визначення рівня невротизації особистості, тобто рівня емоційної нестабільності, що може спричинити невроз або невротичні тенденції у поведінці. Високий рівень невротизації вказує на виражену емоційну збудливість, яка призводить до негативних відчуттів, таких як тривожність, напруженість, неспокій, розгубленість та дратівливість. Він також вказує на безініціативність, що створює відчуття

незадоволеності бажань, фіксацію на фізичних відчуттях та особистісних недоліках, труднощі в спілкуванні, соціальну боязкість та залежність. Низький рівень невротизації свідчить про емоційну стабільність, позитивні відчуття, такі як спокій і оптимізм, ініціативність, почуття власної гідності, незалежність, соціальну сміливість та легкість у спілкуванні. Опитувальник є модифікацією методики РН (рівня невротизації), розробленої в НППН ім. Бехтерева під керівництвом Л. І. Вассермана [49]. Дана методика допоможе нам оцінити взаємозв'язок між рівнем невротизації та наявністю тривожних або депресивних станів досліджуваних жінок.

Після дослідження депресивної і тривожної симптоматики, а також рівня невротизації, була застосована Шкала Спілбергера для оцінки реактивної та особистісної тривожності (STAI) у адаптації Ю.Л.Ханіна, (текст методики можна знайти у Додатку Г), вона є інструментом для самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність) та особистісної тривожності (як постійної риси особистості). Особистісна тривожність висвітлює стійку індивідуальну рису, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і виявляється в сприйнятті широкого спектру ситуацій як загрозливих, з відповідними реакціями на кожен з них. Якщо йдеться про особистісну тривожність, ця риса активізується при сприйнятті певних стимулів, які сприймаються як загрозливі для самооцінки та самоповаги. Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно відчуваемими емоціями, такими як напруга, занепокоєння, неспокій та нервозність. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може варіюватись за інтенсивністю та динамікою в часі. Люди, які демонструють високу тривожність, мають схильність сприймати загрозу для власної самооцінки та життєдіяльності в широкому спектрі ситуацій та реагувати сильно вираженими станами тривожності. Порівняння результатів обох підшкал дозволяє оцінити індивідуальне значення стресової ситуації для тестової особи. Більшість з відомих методів вимірювання тривожності дозволяє оцінити лише особистісну тривожність, або ситуативний стан тривожності,

або якісь інші специфічні реакції. На зараз, єдиною методикою, яка дозволяє окремо вимірювати тривожність як властивість особистості і як стан, є методика, розроблена Ч. Д. Спілбергером [50]. Завдяки цій методиці ми зможемо дослідити як впливає особистісна тривожність на появу тривожних станів досліджуваних жінок.

Останньою використаною методикою стала Шкала толерантності до невизначеності Д. Маклейна. Шкала була розроблена Д. Маклейном в 1993 році і отримала назву Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale-I (скор. MSTAT-I), вперше вона була перекладена та адаптована на російську мову О.Г. Луковицькою у 1998 році, (з текстом методики можна ознайомитись у Додатку Д). Саме цей варіант адаптації нами було застосовано у дослідженні. Методика Д. Маклейна є шкалою нового покоління, що виявляє параметри толерантності до невизначеності на підставі чіткіших визначень цього поняття. Розробка діагностичного інструментарію базується на визначенні спектру реакцій на невизначеність, від заперечення до потягу, відповідно до стимулів, які індивід сприймає як незнайомі, складні, мінливі або які можуть мати різні інтерпретації. Отримані дані показують, що особи, які виявляють позитивне ставлення до невизначеності, більш схильні сприймати себе як активний суб'єкт власних дій і контролювати своє життя; вони також мають більш оптимістичну оцінку своїх успіхів і невдач. Також, вони можуть бути менш рефлексивними, тривожними, швидше переходити до дій і бути схильними до ризику, порівняно з особами з низьким рівнем толерантності до невизначеності. Толерантність до невизначеності також значно взаємопов'язана з вищим рівнем психологічного благополуччя, хоча за силою ефекту ці взаємозв'язки є слабкими чи помірними [51]. У нашому дослідженні завдяки цій методиці ми зможемо з'ясувати чи існує взаємозв'язок у толерантності до невизначеності і виникненням тривожних, або депресивних станів.

Таким чином, для проведення нашого дослідження було обрано дві основні методики, які зможуть надати нам інформацію стосовно наявності



тривожних та депресивних станів у опитах жінок в обох групах. Та три допоміжні методики, завдяки яким ми більш детально розглянемо вплив особистісних характеристик жінок на формування тих чи інших психічних станів.

## **Висновки до розділу II**

На першому етапі дослідження нами було визначено соціально-демографічний профіль опитаних жінок за допомогою авторської анкети. Відповідно до неї, вибірка жінок була поділена на дві групи.

На наступному етапі, відповідно до завдань нашого дослідження, нами були використані дві основні методики: Шкалу депресії Бека та особистісну Шкалу прояву тривоги Дж. Тейлора (у модифікації В.Г. Норакідзе). Також, задля вивчення впливу особистісних характеристик жінок на формування тих чи інших психічних станів, нами були використані такі методики як: методика діагностики рівня невротизації, запропонована В. Бойком, Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера (в адаптації Ю.Л. Ханіна) та Шкала толерантності до невизначеності Д. Маклейна (в адаптації О.Г. Луковицької).

## РОЗДІЛ III

### РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 3.1. Результати дослідження за обраними методиками

Першою методикою, яка була використана у нашому дослідженні, стала Шкала депресії Бека, за допомогою якої ми дослідили наявність або відсутність депресивних симптомів серед двох досліджуваних груп українських жінок. Згідно з інструкцією до інтерпретації результатів, загальна кількість балів, отриманих за допомогою відповідей на 21 твердження, розподіляється наступним чином: 0-9 – відсутність депресивних симптомів, 10-15 – легка депресія (субдепресія), 16-19 - помірна депресія, 20-29 - виражена депресія (середньої тяжкості), 30-63 – важка депресія.

За результатами опитування за Шкалою депресії Бека серед першої групи жінок симптоми важкої депресії присутні у 7 жінок, що складає 26% від загальної кількості жінок в групі, виражена депресія (середньої тяжкості) спостерігається у 11 жінок, що дорівнює майже половині жінок групи – 41%, симптоми помірної депресії виявляють 5 жінок (19%), легка депресія присутня у 3 жінок (11%), а відсутність депресивних симптомів продемонструвала лише одна жінка (4%).

Більш оптимістичні результати демонструють жінки із другої групи. У жодної з опитаних жінок не виявлені симптоми важкої або вираженої (середньої тяжкості) депресії. Помірна депресія присутня у 1 жінки, що дорівнює 3% від загальної кількості жінок в даній групі, симптоми легкої депресії виявили 13 жінок, що складає 43%, а відсутність депресивних симптомів наявна у 16 жінок, що складає трохи більше половини другої групи жінок, а саме - 53%.

Табл.3.1.

## Результати опитування двох груп жінок за Шкалою депресії Бека

Ступінь вираженості депресивної симптоматики, згідно із Шкалою депресії Бека	Група 1		Група 2	
	Кількість, люд.	Кількість, %	Кількість, люд.	Кількість, %
Важка депресія	7	26%	0	0%
Виражена депресія (середньої тяжкості)	11	41%	0	0%
Помірна депресія	5	19%	1	3%
Легка депресія (субдепресія)	3	11%	13	43%
Відсутність депресивних симптомів	1	4%	16	53%
Разом	27	100%	30	100%

Наступною методикою, яка була використана у нашому дослідженні, стала Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора у модифікації В.Г. Норахідзе. За її допомогою ми виявили рівень тривожності у двох групах досліджуваних жінок. Результати дослідження, згідно з інструкціями до шкали, слід інтерпретувати таким чином: 40 – 50 балів сприймається як показник дуже високого рівня тривоги; 25 - 40 балів - свідчить про високий рівень тривоги; 15 – 25 балів – про середній (з тенденцією до високого) рівня; 5 – 15 балів – про середній (з тенденцією до низького) рівня; 0 – 5 балів – про низький рівень тривоги.

Згідно з результатами опитування жінок за методикою Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора, у жінок першої групи виявлені лише високий і дуже високий рівень тривоги. Високий рівень тривоги мають 16 жінок, що складає 59% від загальної кількості жінок в групі, дуже високий рівень тривоги демонструють 11 жінок, відповідно до 41% від загальної кількості жінок в групі.

У другій групі жінок показники розподілились наступним чином. Дуже високий рівень тривоги зафіксовано у 5 жінок (17%), високий рівень тривоги демонструють 10 жінок (33%), середній рівень тривоги з тенденцією до високого мають 10 жінок (33%), середній рівень тривоги з тенденцією до

низького виявлено у 5 жінок (17%). Як ми бачимо, як і в першій групі жінок, жодна з досліджуваних не має низького рівня тривоги.

Табл.3.2.

Результати опитування у двох групах жінок за методикою Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора у модифікації В.Г. Норахідзе

Рівень тривоги, згідно з Особистісною шкалою прояву тривоги Дж. Тейлора	Група 1		Група 2	
	Кількість, люд.	Кількість, %	Кількість, люд.	Кількість, %
Дуже високий рівень тривоги	11	41%	5	17%
Високий рівень тривоги	16	59%	10	33%
Середній рівень тривоги з тенденцією до високого	0	0%	10	33%
Середній рівень тривоги з тенденцією до низького	0	0%	5	17%
Низький рівень тривоги	0	0%	0	0%
Разом	27	100%	30	100%

Після виявлення тривожної і депресивної симптоматики в двох групах досліджуваних жінок, наступною методикою була використана методика діагностики рівня невротизації, запропонована Віктором Бойком. Методика містить 40 запитань, на які потрібно відповісти «Так» чи «Ні». Чим більша кількість відповідей «Так», тим вищий рівень невротизації. Високий рівень невротизації відповідає кількостю відповідей «так» від 20 і вище, середній рівень - від 10 до 19, низький рівень - від 1 до 9.

Результати опитування у першій групі жінок за методикою діагностики рівня невротизації В. Бойко виявили високий рівень невротизації у 21 жінки (78%), середній рівень невротизацій продемонстрували 6 жінок (22%). Жодна жінка групи не має низького рівня невротизації.

У другій групі жінок високий рівень невротизації мають 16 жінок, що відповідає 53% від загальної кількості жінок у групі, середній рівень невротизації зафіксовано у 14 жінок (47%). Як і в першій групі жінок, жодна з опитаних жінок не виявила низького рівню невротизації.

Табл.3.3.

Результати опитування у двох групах жінок за методикою діагностики  
рівня невротизації В. Бойко

Рівень невротизації за методикою діагностики рівня невротизації В. Бойко	Група 1		Група 2	
	Кількість, люд.	Кількість, %	Кількість, люд.	Кількість, %
Високий	21	78%	16	53%
Середній	6	22%	14	47%
Низький	0	0%	0	0%
Разом	27	100%	30	100%

Передостанньою була застосована Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера (в адаптації Ю.Л. Ханіна). Дана методика має 40 запитань, розподілених на дві групи – відповіді на запитання 1 - 20 характеризують ситуативну тривожність, а відповіді на запитання 21-40 відповідають за прояви особистісної тривожності. Відповіді на питання обираються з доступних: «Ніколи», «Майже ніколи», «Часто», «Майже завжди». Потім, за допомогою ключа до тесту, вираховується загальний бал для кожної зі шкал. При інтерпретації результат можна оцінювати так: до 30 – низька тривожність; 31 – 45 – помірна тривожність; 46 і більше – висока тривожність.

У першій групі жінок, за результатами використання методики Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера (в адаптації Ю.Л. Ханіна), ситуативна тривожність жінок розподілена наступним чином. Високу ситуативну тривожність мають 18 жінок, що дорівнює 67% від загальної кількості жінок групи, помірну ситуативну тривожність демонструють 4 жінки (15%), низька ситуативна тривожність зафіксована у 5 жінок (19%). Стосовно особистісної тривожності: висока особистісна тривожність у першій групі жінок виявлена у 15 жінок (56%), помірна особистісна тривожність виявлена у 10 жінок (37%), низька особистісна тривожність зафіксована у 2 жінок (7%).

У другій групі жінок, за результатами використання методики Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера (в адаптації Ю.Л. Ханіна), ситуативна тривожність жінок розподілена наступним чином. Висока ситуативна тривожність зафіксована у 4 жінок (13%), помірну тривожність має 19 жінок (63%), низьку ситуативну тривожність демонструє 7 жінок (23%). Особистісна тривожність у жінок другої групи представлена наступним чином: висока особистісна тривожність зафіксована у 1 жінки (3%), помірну тривожність демонструє 21 жінка (70%), низьку особистісну тривожність мають 8 жінок (27%).

Табл.3.4.

Результати опитування у двох групах жінок за методикою Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера (в адаптації Ю.Л. Ханіна)

Рівень тривожності	Група 1				Група 2			
	Ситуативна тривожність		Особистісна тривожність		Ситуативна тривожність		Особистісна тривожність	
	Кількість, люд.	Кількість, %	Кількість, люд.	Кількість, %	Кількість, люд.	Кількість, %	Кількість, люд.	Кількість, %
Висока тривожність	18	67%	15	56%	4	13%	1	3%
Помірна тривожність	4	15%	10	37%	19	63%	21	70%
Низька тривожність	5	19%	2	7%	7	23%	8	27%
Разом	27	100%	27	100%	30	100%	30	100%

Останньою використаною методикою стала Шкала толерантності до невизначеності Д. Маклейна (в адаптації О. Г. Луковицької). Дана методика є набором з 22 тверджень, кожне з яких респондентам пропонується оцінити за семибальною лайкертівською шкалою. Методика є одновимірною. Відповіді на прямі та зворотні питання можуть набувати чисельних значень від 1 до 7, залежно від ступеня згоди або незгоди із запропонованими твердженнями. Для

того щоб отримати індивідуальний бал толерантності до невизначеності потрібно підсумувати чисельні значення відповідей на прямі пункти та відняти їх відповідь на зворотні пункти. Отриманий сумарний бал може набувати значень від -66 до +66.

Результати опитування у першій групі жінок за методикою Шкала толерантності до невизначеності Д. Маклейна (в адаптації О. Г. Луковицької) виявили високий рівень толерантності до невизначеності у 5 жінок (19%), низький рівень толерантності до невизначеності у 22 жінок (81%).

У другій групі опитаних жінок високу толерантність до невизначеності демонструє 18 жінок (60%), а низьку – 12 жінок (40%).

Табл.3.5.

Результати опитування у двох групах жінок за методикою Шкала толерантності до невизначеності Д. Маклейна (в адаптації О. Г. Луковицької)

Рівень толерантності до невизначеності	Група 1		Група 2	
	Кількість, люд.	Кількість, %	Кількість, люд.	Кількість, %
Високий	5	19%	18	60%
Низький	22	81%	12	40%
Разом	27	100%	30	100%

### 3.2. Результати статистичного аналізу отриманих даних

З огляду на отримані за використаними методиками дані, по-перше ми перевірили надійність і узгодженість вимірюваних шкал цих методик. Для того щоб оцінити надійність внутрішнього узгодження між питаннями і показниками в рамках кожної зі шкал, нами було використано коефіцієнт альфа Кронбаха.

Коефіцієнт альфа Кронбаха може мати значення від 0 до 1. Значення наближене до 1 вказує на високу внутрішню узгодженість між показниками і вказує на високу надійність шкали або тесту. Значення близьке до 0 вказує на

низьку внутрішню узгодженість і низьку надійність шкали або тесту. Значення більше 0.7 можна вважати показником доброї надійності шкали. Всі використані нами шкали мають показник доброї надійності, коливання коефіцієнту альфа Кронбаха знаходяться в діапазоні від 0.790 для Методики діагностики рівня невротизації В.Бойко до 0.880 для Шкали депресії Бека.

Табл.3.6.

## Статистика надійності використаних у дослідженні шкал

Статистика внутрішньої узгодженості шкали	Альфа Кронбаха Бал
Шкала депресії Бека	0.880
Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора	0.882
Методика діагностики рівня невротизації В. Бойко	0.790
Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера	0.822
Шкала толерантності до невизначеності Д. Маклейна	0.848

На наступному етапі ми зробили аналіз даних, отриманих у ході опитування за всіма використаними нами методиками. Першу і другу групу жінок було проаналізовано окремо, для того, щоб мати можливість їх порівняти.

У першій групі жінок, згідно з результатами опитування за Шкалою депресії Бека, можна зробити наступні спостереження: середнє значення (22.9) та медіана (21), згідно з інструкцією до Шкали, знаходяться в діапазоні вираженої депресії, що свідчить про наявність значного рівня депресії серед жінок цієї групи. Мінімальне значення (9) перебуває в діапазоні відсутності депресивних симптомів, а максимальне значення (37) показує наявність важкої депресії у деяких опитаних. Отже, ми можемо припустити, що перша група жінок має виражений рівень депресії.



Табл.3.7.

Описова статистика результатів опитування першої і другої групи жінок за всіма використаними у дослідженні методиками

	Шкала депресії Бека		Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора		Методика діагностики рівня невротизації В. Бойко		Шкала оцінки рівня реактивної тривожності Ч.Д. Спілбергера		Шкала оцінки рівня особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера		Шкала толерантності до невизначеності Д. Маклейна	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Група жінок	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Кількість спостережень	27	30	27	30	27	30	27	30	27	30	27	30
Кількість пропущених значень	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Середнє значення	22.9	8.83	37.3	26.5	23.4	20.0	46.3	37.3	44.6	34.5	- 27.2	- 0.567
Медіана	21	9	38	24.5	24	20.0	51	37.5	46	36	-33	11
Стандартне відхилення	7.18	3.97	6.43	10.5	4.43	4.26	12.9	9.37	9.54	7.21	20.9	31.5
Мінімальне значення	9	2	27	12	17	12	20	21	25	20	-51	-47
Максимальне значення	37	16	49	48	32	28	61	59	58	52	15	45

У другій групі жінок, з урахуванням описових статистик, можна зробити наступні спостереження: середнє значення (8.83) та медіана (9.00) перебувають в діапазоні відсутності депресивних симптомів, що свідчить про відсутність депресії серед жінок цієї групи або про наявність дуже легкої депресії у деяких опитаних. Мінімальне значення (2) перебуває в діапазоні відсутності депресивних симптомів, а максимальне значення (16) показує легку депресію у деяких опитаних. Отже, на основі цих показників можна припустити, що друга група жінок має відсутність депресивних симптомів або незначний рівень легкої депресії.

Таким чином перша група жінок має вищий рівень депресії порівняно з другою групою, оскільки середнє значення та медіана їхніх результатів

знаходяться у вищому діапазоні. Також, в першій групі спостерігаються важкі випадки депресії, які не спостерігаються в другій групі.

Згідно з даними, отриманими за допомогою особистісної шкали прояву тривоги Дж. Тейлора для жінок першої групи, ми визначили, що середнє значення (37.3) та медіана (38), відповідно до Шкали, перебувають в діапазоні високого рівня тривоги, що свідчить про значну тривожність серед цих жінок. Мінімальне значення (27) перебуває в діапазоні середнього рівня тривоги з тенденцією до низького, а максимальне значення (49) показує дуже високий рівень тривоги у деяких опитаних. Таким чином, ми можемо стверджувати, що перша група жінок має високий рівень тривоги.

Результати за Шкалою прояву тривоги Дж. Тейлора у другій групі жінок виглядають наступним чином: середнє значення (26.5) та медіана (24.5) знаходяться в діапазоні високого рівня тривоги, що свідчить про наявність значного рівня тривоги серед жінок цієї групи. Стандартне відхилення (10.5) демонструє, що дані мають велику варіативність, що може вказувати на різний рівень тривоги серед учасниць опитування. Мінімальне значення (12) перебуває в діапазоні високого рівня тривоги, а максимальне значення (48) показує наявність дуже високого рівня тривоги у деяких опитаних.

Порівнюючи рівень тривоги першої і другої групи жінок на підставі описових статистик можна зробити висновок, що і перша, і друга групи жінок мають високий рівень тривоги. Однак, друга група має більшу варіативність у результатах, тобто, серед учасниць цієї групи є як жінки з меншим рівнем тривоги, так і ті, у кого тривога є дуже високою.

Для першої групи жінок за результатами Методики діагностики рівня невротизації В. Бойко, ми отримали наступні показники. Середнє значення (23.4) перебуває в межах високого рівня невротизації, що вказує на наявність високого рівня невротизації серед жінок цієї групи. Медіана (24) також знаходиться в межах високого рівня невротизації. Мінімальне значення (17) та максимальне значення (32) також перебувають в межах високого рівня

невротизації. Отже, на основі цих показників можна припустити, що перша група жінок має високий рівень невротизації.

Для другої групи жінок за результатами Методики діагностики рівня невротизації В. Бойко, ми отримали наступні показники. Середнє значення (20) знаходиться в діапазоні високого рівня невротизації. Це свідчить про наявність значного рівня невротизації серед жінок другої групи. Медіана (20) підтверджує стабільність цього значення. Стандартне відхилення (4.26) вказує на середню варіативність даних, мінімальне значення (12) перебуває в діапазоні високого рівня невротизації, а максимальне значення (28) також показує наявність високого рівня невротизації у деяких учасниць опитування. Отже, результати описової статистики свідчать про високий рівень невротизації серед жінок другої групи.

Таким чином, перша і друга група жінок практично не відрізняються за рівнем невротизації, вони мають близькі показники середніх значень і медіан, і обидві мають високий рівень невротизації.

Наступною була проаналізована описова статистика підшкали «реактивна тривожність» Шкали оцінки рівня реактивної і особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера для першої групи жінок. Середнє значення групи (46.3) не значно перевищує поріг високої тривожності (46 і більше). Це свідчить про наявність високого рівня тривожності серед жінок цієї групи. Медіана (51) також перевищує поріг високої тривожності, що підтверджує стабільність цього значення. Стандартне відхилення (12.9) вказує на помірну варіативність даних. Мінімальне значення (20) попадає в діапазон низької тривожності, а максимальне значення (61) перевищує поріг високої тривожності. Отже, результати описової статистики свідчать про наявність високого рівня реактивної тривожності серед жінок першої групи.

Щодо результатів підшкали «реактивна тривожність» Шкали оцінки рівня реактивної і особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера у другій групі жінок ми маємо наступні показники. Середнє значення (37.3) перебуває в діапазоні помірної тривожності (31-45), що свідчить про наявність помірного

рівня тривожності серед жінок цієї групи. Медіана (37.5) також знаходиться в діапазоні помірної тривожності. Стандартне відхилення (9.37) вказує на помірну варіативність даних, мінімальне значення (21) перебуває в діапазоні помірної тривожності, а максимальне значення (59) попадає в діапазон високої тривожності. Отже, ми можемо констатувати наявність помірного рівня реактивної тривожності серед жінок другої групи.

Таким чином ми бачимо, що перша група жінок має вищі показники за підшкалою «реактивна тривожність» (високий рівень) порівняно з другою групою жінок, де тривожність також є високою, але трохи меншою в порівнянні з першою групою.

Надалі була розглянута описова статистика підшкали «особистісна тривожність» Шкали оцінки рівня реактивної і особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера у першій групі жінок. Аналіз виявив наступні факти: середнє значення (44.6) вказує на високий рівень особистісної тривожності серед учасниць першої групи. Медіана (46) також свідчить про високий рівень тривожності, оскільки розташована в діапазоні високої тривожності (46 і більше). Стандартне відхилення (9.54) показує варіативність даних, але загальний рівень тривожності залишається високим. Мінімальне значення (25) також перебуває в діапазоні високого рівня тривожності. Максимальне значення (58) вказує на наявність дуже високого рівня тривожності у деяких опитуваних. Отже, результати опитування першої групи жінок за підшкалою оцінки рівня особистісної Шкали оцінки рівня реактивної і особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера тривожності свідчать про наявність високого рівня тривожності серед жінок першої групи.

Для другої групи жінок за результатами підшкали «особистісна тривожність» Шкали оцінки рівня реактивної і особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера ми отримали наступні показники. Середнє значення (34.5) вказує на помірний рівень особистісної тривожності серед учасниць другої групи жінок. Медіана (36) також свідчить про помірний рівень тривожності, оскільки розташована в діапазоні помірної тривожності (31 - 45). Стандартне

відхилення (7.21) показує варіативність даних, проте загальний рівень тривожності залишається помірним. Мінімальне значення (20) перебуває в діапазоні помірної тривожності, а максимальне значення (52) вказує на наявність високого рівня тривожності у деяких опитуваних. Отримані результати свідчать про наявність помірною рівня особистісної тривожності серед учасниць другої групи жінок.

Порівнюючи першу і другу групу жінок за підшкалою «особистісна тривожність» Шкали оцінки рівня реактивної і особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера ми можемо зробити висновок, що перша група жінок має вищий рівень особистісної тривожності порівняно з другою групою, де тривожність є помірною. Також, перша група виявила більшу варіативність в даних.

Останніми були порівняні результати описових статистик двох груп жінок за Шкалою толерантності до невизначеності Д. Маклейна. Перша група жінок має наступні показники. Середнє значення (-27.2) та медіана (-33) вказують на низьку толерантність до невизначеності серед учасниць першої групи жінок. Стандартне відхилення (20.9) показує певну варіативність в даних, що може свідчити про різний рівень толерантності до невизначеності серед учасниць групи. Мінімальне значення (-51) вказує на дуже низький рівень толерантності до невизначеності в деяких опитуваних, а максимальне значення (15) свідчить про наявність вищого рівня толерантності до невизначеності в деяких учасниць опитування, але, який все одно залишається низьким. Отже, перша група жінок проявляє загальний низький рівень толерантності до невизначеності.

Друга група жінок має наступні показники за Шкалою толерантності до невизначеності Д. Маклейна. Середнє значення (-0.567) та медіана (11) свідчать про помірний рівень толерантності до невизначеності з тенденцією до низького, оскільки значення середніх сконцентровані близько «0». Стандартне відхилення (31.5) показує значну варіативність в даних і вказує на наявність різного рівня толерантності до невизначеності серед учасниць другої групи жінок.

Отже, можна зробити висновок, що друга група жінок має більшу варіативність показників, а також, загалом, більш високі показники толерантності до невизначеності, порівняно з першою групою.

Таким чином, аналізуючи середні, медіані та стандартні відхилення балів, отриманих за використаними методиками в двох групах жінок, нами були помічені деякі відмінності між першою і другою групами жінок. А саме:

- перша група жінок має вищий рівень депресії порівняно з другою групою, оскільки середнє значення та медіана їхніх результатів знаходяться у вищому діапазоні. Також, в першій групі спостерігаються важкі випадки депресії, які не спостерігаються в другій групі;
- перша група жінок має вищі показники за підшкалою «реактивна тривожність» (високий рівень) порівняно з другою групою жінок, де тривожність також є високою, але трохи меншою в порівнянні з першою групою;
- за підшкалою «особистісна тривожність» Шкали оцінки рівня реактивної і особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера ми можемо зробити висновок, що перша група жінок має вищий рівень особистісної тривожності порівняно з другою групою, де тривожність є помірною. Також, перша група виявила більшу варіативність в даних;
- друга група жінок має більшу варіативність показників толерантності до невизначеності, а також, загалом, більш високі показники толерантності до невизначеності, порівняно з першою групою.

На наступному етапі аналізу отриманих даних ми дослідили наявність статистично значущої різниці між показниками у першій і другій групах жінок.

За результатами, отриманими після використання шкал, ми виявили, що перша група жінок демонструє вищий рівень депресії порівняно з другою

групою. В той час як тривожні стани майже однаково виражені і в першій і в другій групі жінок, з незначною перевагою у вираженості тривожних станів у жінок першої групи. Для того, щоб підтвердити статистичну значущість цих тверджень ми використали одразу декілька критеріїв, в разі якщо розподіли виявляться не нормальними або дисперсії не будуть рівними, а саме: t-критерій Ст'юдента, t-критерій Уелча та U-критерій Манна-Уїтні.

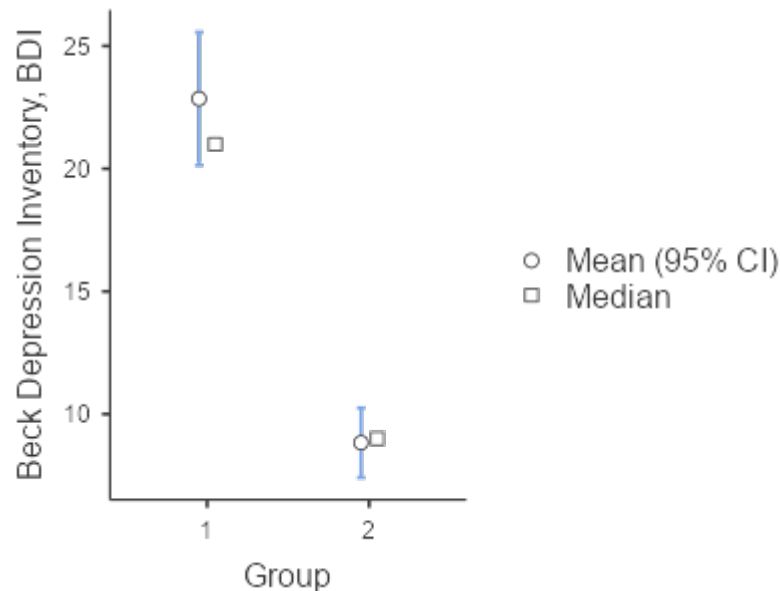
Порівнюючи вираженість депресивних станів, а з тим досліджуючи більшу розповсюдженість депресивних симптомів у першій групі жінок, порівняно з другою, ми отримали наступні показники: t-критерій Ст'юдента та t-критерій Уелча вказують на значущу різницю між середніми значеннями першої і другої групи жінок. Значення t статистики для обох тестів є високими (9.25 та 8.99 відповідно), в той час, як «р» є меншим за 0.001, що свідчить про статистичну значущість різниці. U-критерій Манна-Уїтні також підтверджує наявність статистично значущої різниці між групами. Різницю між групами у вираженості депресивної симптоматики також демонструє розмір ефекту. Значення 2.45 та 2.42 вказують на його дуже великий розмір. Тобто ми можемо підтвердити статистично значущий більший рівень депресії у першій групі жінок, порівняно з другою групою жінок, з великим розміром ефекту.

Табл.3.8.

Незалежний двохвибірковий t-тест вираженості депресивної симптоматики у двох груп жінок

	Статистика	Ступені свободи	р	Розмір ефекту	Довірчий інтервал	
					Нижній	Верхній
t-критерій Ст'юдента	9.25	55.0	< .001	2.45	1.60	3.29
t-критерій Уелча	8.99	39.6	< .001	2.42		
U-критерій Манна-Уїтні	34.0		< .001	0.916		

Більшу вираженість депресивної симптоматики у першій групі жінок, порівняно з другою, також помітно на графіку. Велика відстань між відрізками першої і другої групи жінок свідчить про те, що середні значення цих груп статистично відрізняються в бік збільшення у першій групі жінок.



*Рис.3.1.* Розташування групових середніх значень за Шкалою депресії Бека

Якщо говорити про різницю у вираженості тривожних станів в двох групах жінок, то статистичний аналіз отриманих за Шкалою прояву тривоги Дж. Тейлора даних також демонструє більш виражений рівень тривоги у першій групі жінок, аніж в другій. Про це говорять наступні показники: t-критерій Ст'юдента та t-критерій Уелча показують схожі результати, а саме, що існує статистично значима різниця у рівні тривоги між першою і другою групами жінок. Значення t-статистики додатні, що свідчить про вищий рівень тривоги в першій групі жінок. U-критерій Манна-Уїтні також підтверджує статистично значиму різницю у рівні тривоги між групами. Значення «р» є меншим за 0.001 у всіх трьох статистиках, тож це також свідчить про статистичну значимість різниці між групами при помірному розмірі ефекту (1.22). Показники ефекту свідчать про середню силу зв'язку між групами в



контексті рівня тривоги. Отже, можна стверджувати, що перша група жінок має вищий рівень тривоги порівняно з другою групою.

В цілому, результати аналізу підтверджують гіпотезу про вищий рівень тривоги в першій групі жінок і надають статистичну підтримку цьому висновку, що наочно демонструє графік розташування групових середніх значень.

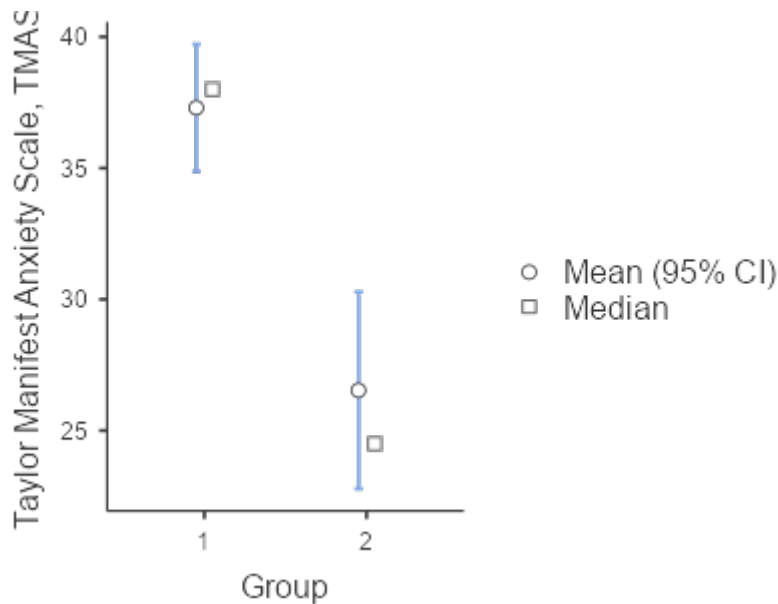
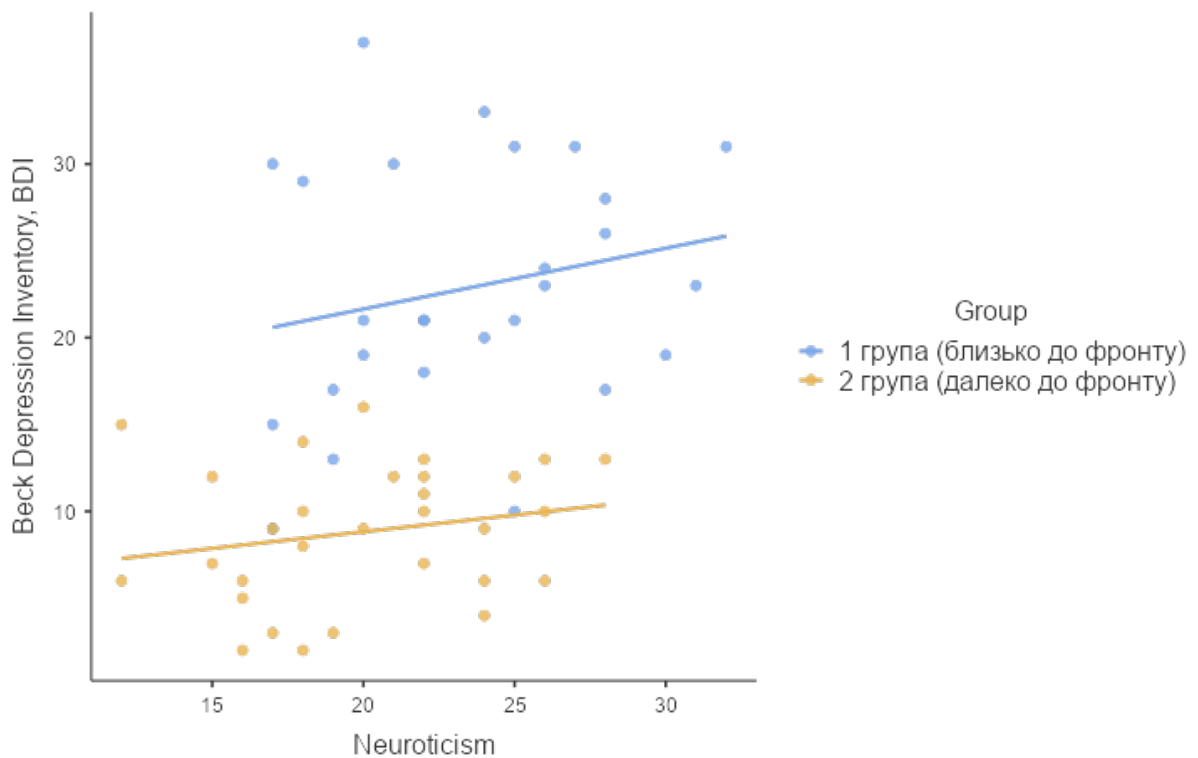


Рис.3.2. Розташування групових середніх значень за Шкалою прояву тривоги Дж. Тейлора

Для наочної демонстрації впливу невротизації і толерантності до невизначеності на прояви тривоги та депресії в двох групах жінок нами були побудовані діаграми розсіювання. Завдяки діаграмам розсіювання нами було досліджено якість та характер взаємозв'язку між цими змінними, виявлена наявність лінійної залежності між змінними, а також дослідженні викиди та вибіркові ефекти у двох вибірках.

На діаграмі розсіювання, яка демонструє взаємозв'язок нейротизму і рівня депресії в залежності від приналежності до певної групи жінок, дані про рівень нейротизму розташовані на осі X, а рівень депресії на осі Y. Ми спостерігаємо, що лінія, що представляє першу групу, знаходиться вище за лінію, що представляє другу групу. Це свідчить про те, що середні значення

рівня депресії для першої групи є вищим, ніж для другої групи. Таке розташування може вказувати на статистично значущу різницю у рівнях депресії між цими двома групами. Крім того, нахил обох ліній вказує на певну позитивну залежність між рівнями нейротизму та депресії – чим вищий рівень невротизації, тим вищий рівень депресії. Проте, лінія першої групи йде вгору під трохи більшим кутом, що свідчить про сильніший вплив нейротизму на рівень депресії в цій групі жінок порівняно з другою групою.



*Рис.3.3.* Діаграма розсіювання взаємозв'язку рівня невротизації та депресії для двох груп жінок

На діаграмі розсіювання, яка демонструє взаємозв'язок нейротизму і рівня тривоги в залежності від приналежності до певної групи жінок, дані про рівень нейротизму розташовані на осі X, а рівень тривоги на осі Y. Ми спостерігаємо, що лінія, що представляє першу групу, знаходиться вище за лінію, що представляє другу групу. Це свідчить про те, серед жінок першої групи рівень тривоги є вищим, ніж серед жінок другої групи. У першій групі жінок ми спостерігаємо стрімкий ріст рівня тривоги з ростом нейротизму, а от

в другій групі жінок залежність протилежна – зі збільшенням рівня невротизації зменшуються прояви тривоги. Розсіювання точок у жінок першої групи наближене до середньої лінії, що може бути індикатором наявності більш виражених зв'язків між нейротизмом та тривогою у цій групі жінок. Точки другої групи жінок розташовані більш хаотично по всьому графіку. Це може вказувати на менш виражений зв'язок між нейротизмом та тривогою у цій групі жінок, а також на більшу варіативність вибірки.

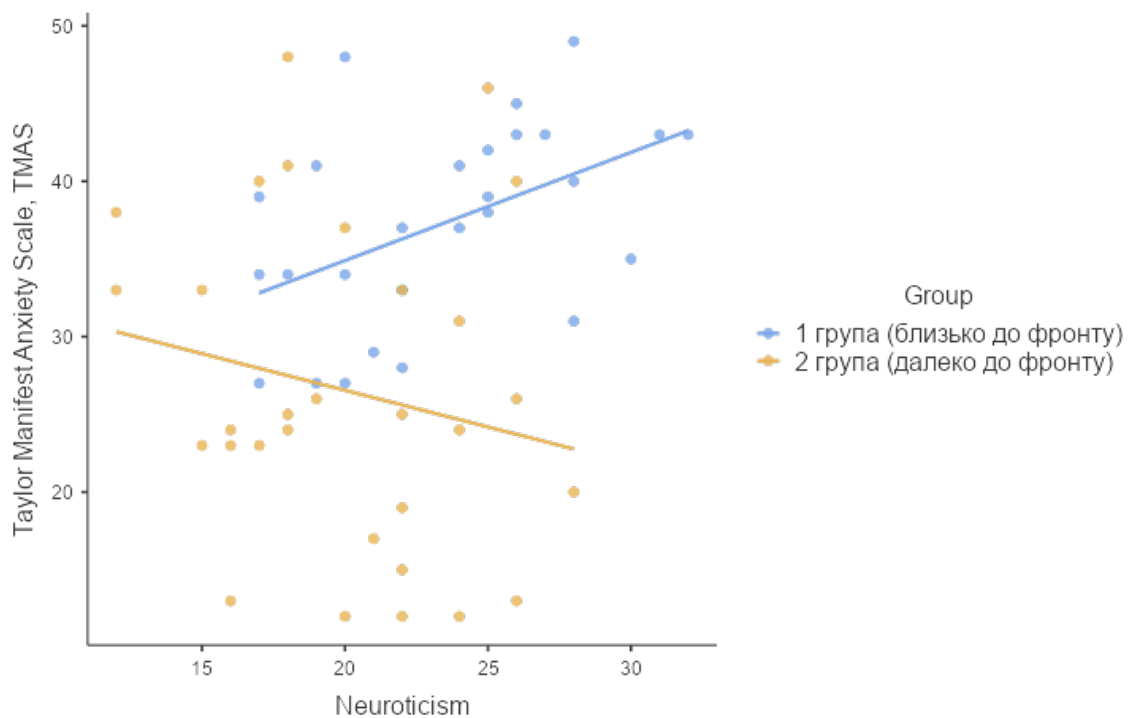
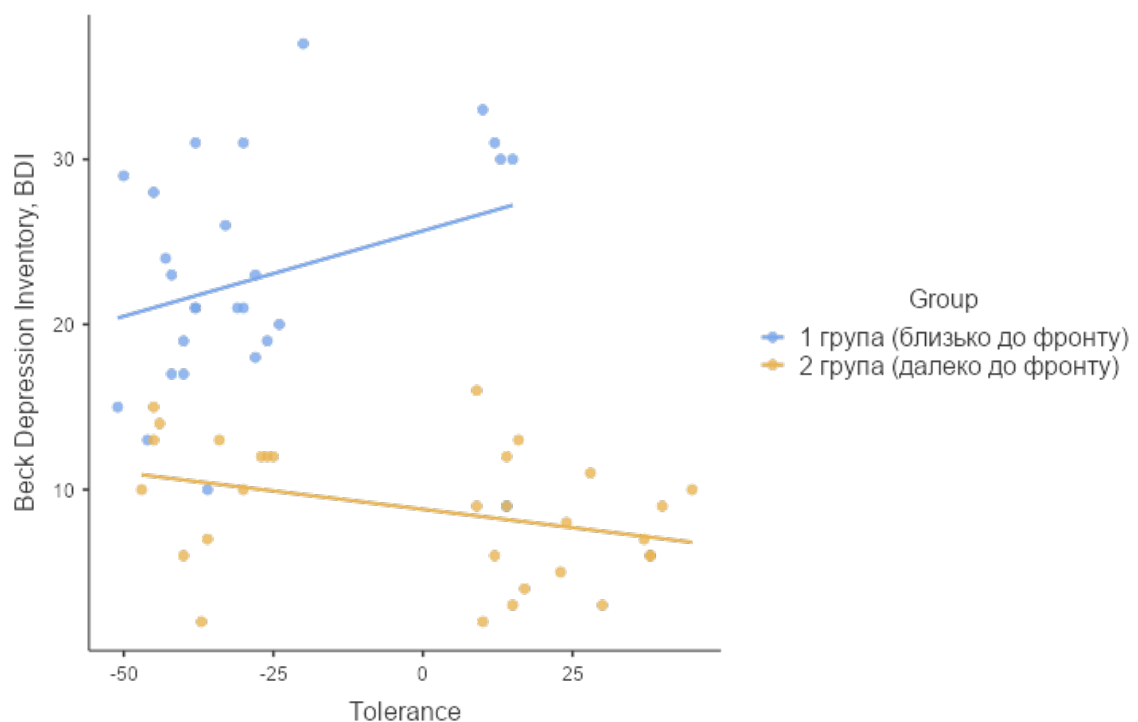


Рис.3.4. Діаграма розсіювання взаємозв'язку рівня невротизації та тривоги для двох груп жінок

Діаграма розсіювання, яка демонструє взаємозв'язок толерантності до невизначеності і рівня депресії в залежності від приналежності до певної групи жінок, дані про толерантність до невизначеності розташовані на осі X, а рівень депресії на осі Y. Ми спостерігаємо, що лінія, що представляє першу групу, знаходиться вище за лінію, що представляє другу групу. Це свідчить про те, серед жінок першої групи рівень депресії є вищим, ніж серед жінок другої групи. У першій групі жінок ми спостерігаємо цікаву зворотню тенденцію – чим вищий рівень толерантності до невизначеності, тим вищий рівень депресії.

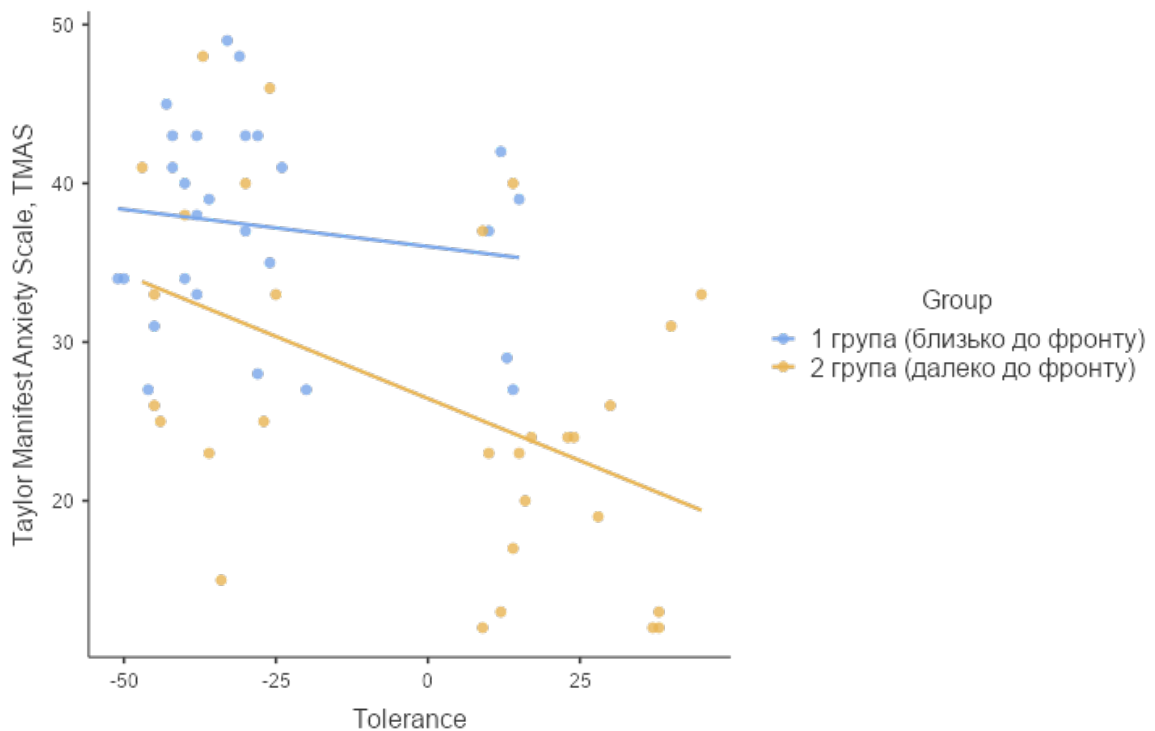
При тому, що жінки другої групи демонструють більш очевидну залежність - чим вищий рівень толерантності до невизначеності тим менший рівень депресії. Скупчення точок у жінок першої групи сконцентровано біля показників низької толерантності до невизначеності і високого рівня депресії. Точки другої групи жінок розташовані навпаки – більша концентрація спостерігається біля показників високої толерантності до невизначеності і низького рівня депресії.



*Рис.3.5.* Діаграма розсіювання взаємозв'язку толерантності до невизначеності та депресії для двох груп жінок

На діаграмі розсіювання, яка демонструє взаємозв'язок толерантності до невизначеності і рівня тривоги в залежності від приналежності до певної групи жінок, дані про рівень толерантності до невизначеності розташовані на осі X, а рівень тривоги на осі Y. Ми спостерігаємо, що лінія, що представляє першу групу, знаходиться вище за лінію, що представляє другу групу. Це свідчить про те, що рівень тривоги у першій групі жінок вищий за рівень тривоги у другій групі жінок. По першій групі ми спостерігаємо незначне зменшення

рівня тривоги зі збільшенням рівня толерантності до невизначеності, проте в цілому можна сказати, що толерантність до невизначеності мало впливає на рівень тривоги в цій групі жінок. Проте в другій групі жінок ми бачимо сильний взаємозв'язок між рівнем толерантності до невизначеності і рівнем тривоги – чим більший рівень толерантності до невизначеності, тим менший рівень тривоги.



*Рис.3.6.* Діаграма розсіювання взаємозв'язку толерантності до невизначеності та тривоги для двох груп жінок

Наступною задачею нашого дослідження був аналіз взаємозв'язків між результатами, отриманими за допомогою використання методик. Для цього ми застосувати кореляційну матрицю як один з основних інструментів отримання детальної інформації про ступінь залежності між змінними. Кореляційна матриця надасть нам можливість виявити наявність і силу зв'язку між показниками, а також орієнтуватися у їх взаємозв'язках в контексті нашого дослідження. Застосування кореляційної матриці включає обчислення коефіцієнтів кореляції, таких як коефіцієнт кореляції Пірсона та коефіцієнт

кореляції Спірмена, які відображають ступінь лінійної або монотонної залежності між показниками.

Табл.3.9.

Кореляційна матриця залежностей між результатами опитування за використаними методиками

		Нейротизм	Рівень депресії	Рівень тривоги	Рівень реактивної тривожності	Рівень особистісної тривожності	Толерантність до невизначеності
Нейротизм	коэф. кор. Пірсона	—					
	p	—					
	коэф. кор. Спірмена	—					
	p	—					
Рівень депресії	коэф. кор. Пірсона	0.408	—				
	p	0.002	—				
	коэф. кор. Спірмена	0.434	—				
	p	< .001	—				
Рівень тривоги	коэф. кор. Пірсона	0.236	0.475	—			
	p	0.077	< .001	—			
	коэф. кор. Спірмена	0.288	0.525	—			
	p	0.030	< .001	—			
Рівень реактивної тривожності	коэф. кор. Пірсона	0.063	0.309	0.254	—		
	p	0.639	0.019	0.056	—		
	коэф. кор. Спірмена	0.070	0.386	0.236	—		
	p	0.604	0.003	0.078	—		
Рівень особистісної тривожності	коэф. кор. Пірсона	0.321	0.382	0.573	0.266	—	
	p	0.015	0.003	< .001	0.045	—	
	коэф. кор. Спірмена	0.359	0.398	0.543	0.268	—	
	p	0.006	0.002	< .001	0.044	—	
Толерантність до невизначеності	коэф. кор. Пірсона	-0.069	-0.357	-0.529	-0.472	-0.467	—
	p	0.611	0.006	< .001	< .001	< .001	—
	коэф. кор. Спірмена	-0.017	-0.410	-0.458	-0.462	-0.426	—
	p	0.902	0.002	< .001	< .001	< .001	—

Виходячи з даних, отриманих з кореляційної матриці можна побачити, що існує позитивний зв'язок між рівнем депресії та нейротизмом (коефіцієнт кореляції Пірсона = 0.408,  $p < 0.002$ ), між рівнем тривоги і рівнем депресії (коефіцієнт кореляції Пірсона = 0.475,  $p < 0.001$ ), між загальним рівнем тривоги та рівнем особистісної тривожності (коефіцієнт кореляції Пірсона = 0.573,  $p < 0.001$ ). Також ми бачимо достатньо сильну кореляцію між рівнем толерантності до невизначеності та загальною, реактивною і особистісною тривожністю. Коефіцієнт кореляції Пірсона для зв'язку між толерантністю до невизначеності і загальним рівнем тривоги становить - 0.529,  $p < 0.001$ , для зв'язку між толерантністю до невизначеності і реактивним рівнем тривоги становить -0.472 при  $p < 0.001$ , а для зв'язку між толерантністю до невизначеності і особистісним рівнем тривоги становить - 0.467,  $p < 0.001$ .

Кореляційна матриця надала нам важливу інформацію про ступінь зв'язку між досліджуваними змінними, тому наступним етапом ми дослідили чи зміниться кореляція між визначеними парами показників, після виключення впливу інших змінних. Для цього ми застосували інструмент часткової кореляції, який вимірює ступінь кореляції між двома змінними після виключення впливу інших змінних. Він дозволить нам встановити пряму залежність між двома змінними, усунувши вплив інших змінних, що можуть викликати спотворення зв'язку.

Для аналізу ми виокремили чотири пари показників, які представляють інтерес в рамках цього дослідження: зв'язок нейротизму і рівня депресії, взаємозв'язок тривоги і рівня депресії, зв'язок толерантності до невизначеності і рівня тривоги, зв'язок толерантності до невизначеності і рівня реактивної тривоги.

Першою парою, яку ми дослідили стала пара «Нейротизм-Депресія», для якої коефіцієнт кореляції Пірсона складає 0.408 при  $p < 0.002$ . Проте, коли в якості контрольної змінної, ми по черзі включали сімейний стан, наявність дітей, рівень освіти і наявність або відсутність роботи, ми не помітили, що зв'язок між рівнем депресії і нейротизмом став слабкішим. А отже ці фактори

не впливають на цей взаємозв'язок. А коли ми додали приналежність жінки до першої, або другої групи, тобто регіон проживання в якості контрольної змінної, ми спостерігаємо, що зв'язок між рівнем депресії і нейротизмом стає слабким. Коефіцієнт кореляції Пірсона зменшується до 0.205, а значущість p-value збільшується до 0.129. Це свідчить про те, що належність жінки до певної групи (а отже фактично регіон її проживання) впливає на зв'язок між рівнем депресії і нейротизмом.

Табл.3.10.

Зміна кореляції між нейротизмом і рівнем депресії після виключення впливу інших змінних

Нейротизм/Депресія		Зміна показника			
		Pearson's r	p-value	Spearman's rho	p-value
Значення коефіцієнту до виключення фактору		0.408	0.002	0.434	< .001
Виключений фактор	Сімейний стан	0.407	0.002	0.434	< .001
	Діти	0.376	0.004	0.407	0.002
	Освіта	0.420	0.001	0.439	< .001
	Наявність роботи	0.406	0.002	0.430	< .001
	Група	0.205	0.129	0.275	0.040

Далі ми аналізували взаємозв'язок рівня тривоги і рівня депресії, для яких коефіцієнт кореляції Пірсона дорівнює 0.475, при  $p < 0.001$ . Включення таких контрольних змінних як сімейний стан, наявність дітей, рівень освіти і наявність або відсутність роботи не вплинули на силу взаємозв'язку між тривогою і депресією. Зміни коефіцієнту кореляції Пірсона при включенні цих факторів коливаються в діапазоні від 0,462 до 0.476. А при додаванні фактору приналежності жінки до першої або другої групи ми бачимо значну втрату сили цього взаємозв'язку. В цьому випадку Коефіцієнт кореляції Пірсона зменшується до 0.119, а значущість p-value збільшується до 0.383. Це також є



показником того, що належність жінки до першої або другої групи впливає на зв'язок між рівнем тривоги і рівнем депресії, а отже фактори або впливи, пов'язані з приналежністю жінки до групи, можуть пояснити частину зв'язку між показниками рівня депресії і тривоги.

Табл.3.11.

Зміна кореляції між рівнем тривоги і рівнем депресії після виключення впливу інших змінних

Тривога/Депресія		Зміна показника			
		Pearson's r	p-value	Spearman's rho	p-value
Значення коефіцієнту до виключення фактору		0.475	< .001	0.525	< .001
Виключений фактор	Сімейний стан	0.462	< .001	0.507	< .001
	Діти	0.475	< .001	0.524	< .001
	Освіта	0.476	< .001	0.525	< .001
	Наявність роботи	0.473	< .001	0.522	< .001
	Група	0.119	0.383	0.187	0.167

Наступною парою яку ми проаналізували стала пара «Толерантність до невизначеності і тривога», для якої коефіцієнт кореляції Пірсона складає -0.529 при  $p < 0.001$ . Проте, коли в якості контрольної змінної, ми по черзі включали сімейний стан, наявність дітей, рівень освіти і наявність або відсутність роботи, не було встановлено, що зв'язок між толерантністю до невизначеності і рівнем тривоги став слабкішим. А отже ці фактори не впливають на цей взаємозв'язок. При перевірці фактору приналежності жінки до першої або другої групи, ми помітили, що зв'язок між толерантністю до невизначеності і тривоги стає трохи слабшим. Коефіцієнт кореляції Пірсона зменшується до -0.385, а значущість p-value збільшується до 0.003. Через те, що це зменшення дуже незначне ми не можемо зробити висновок, що фактор приналежності жінки до певної групи також сильно послаблює цей зв'язок, а отже нам потрібно більше інформації для того, щоб дослідити його.

Табл.3.12.

Зміна кореляції між толерантністю до невизначеності і рівнем тривоги після виключення впливу інших змінних

Толерантність до невизначеності/Тривога		Зміна показника			
		Pearson's r	p-value	Spearman's rho	p-value
Значення коефіцієнту до виключення фактору		-0.529	< .001	-0.458	< .001
Виключений фактор	Сімейний стан	-0.516	< .001	-0.434	< .001
	Діти	-0.536	< .001	-0.465	< .001
	Освіта	-0.538	< .001	-0.473	< .001
	Наявність роботи	-0.525	< .001	-0.454	< .001
	Група	-0.385	0.003	-0.307	0.021

Останнім ми аналізували взаємозв'язок рівня толерантності до невизначеності і рівня реактивної тривоги, для яких коефіцієнт кореляції Пірсона дорівнює -0.472, при  $p < 0.001$ . Включення таких контрольних змінних як сімейний стан, наявність дітей, рівень освіти і наявність або відсутність роботи не вплинули на силу взаємозв'язку між тривогою і депресією. Зміни коефіцієнту кореляції Пірсона при включенні цих факторів коливаються в діапазоні від 0,427 до 0.480, при майже незмінному  $p < .001$ . При додаванні фактору приналежності жінки до першої або другої групи ми бачимо незначну втрату сили цього взаємозв'язку. В цьому випадку Коефіцієнт кореляції Пірсона зменшується до -0.367 а значущість p-value збільшується до 0.005. Зменшення сили зв'язку незначне, тому ми не можемо зробити висновок, що фактор приналежності жінки до певної групи впливає на взаємозв'язок толерантності до невизначеності і рівень реактивної тривоги, а отже нам потрібно більше інформації для того, щоб дослідити його.

Табл.3.13.

Зміна кореляції між толерантністю до невизначеності і рівнем реактивної тривоги після виключення впливу інших змінних

Толерантність до невизначеності/Рівень реактивної тривоги		Зміна показника			
		Pearson's r	p-value	Spearman's rho	p-value
Значення коефіцієнту до виключення фактору		-0.472	< .001	-0.462	< .001
Виключений фактор	Сімейний стан	-0.427	0.001	-0.406	0.002
	Діти	-0.480	< .001	-0.470	< .001
	Освіта	-0.478	< .001	-0.473	< .001
	Наявність роботи	-0.468	< .001	-0.457	< .001
	Група	-0.367	0.005	-0.363	0.006

Таким чином, з чотирьох пар показників, які ми проаналізували за допомогою часткової кореляції, ми виявили, що фактор приналежності до першої або другої групи жінок впливає на силу зв'язку між рівнем депресії і нейротизмом, а також на силу зв'язку рівня депресії і тривоги. Вплив інших факторів, таких як сімейне положення, рівень освіти, наявність дітей та роботи не послаблює зв'язок між показниками.

Останнім етапом нашого дослідження було використання моделі лінійної регресії для визначення факторів, які можуть впливати на виникнення депресивних та тривожних станів у жінок. Цей статистичний метод дозволить нам встановити зв'язки між рівнем невротизму, толерантності до невизначеності та рівнем депресії та тривоги. За допомогою лінійної регресії ми зможемо визначити, як кожен з факторів співвідноситься з рівнем депресивних та тривожних станів у жінок. В контексті нашого дослідження це є важливим, через те, що регресійний аналіз надає нам можливість краще зрозуміти, які фактори можуть бути потенційно важливими для розвитку депресивних та тривожних станів у жінок.

Першим ми здійснили аналіз депресивних станів. Саме депресивні стани розглядались нами в якості залежної змінної в лінійній регресії. В якості факторів, які можуть мати вплив на рівень тривоги ми використали результати за всіма іншими методиками, а саме: рівень невротизації, рівень особистісної та реактивної тривожності та рівень толерантності до невизначеності. У якості категоріальних змінних ми застосували інформацію отриману з персональної анкети, а саме: регіон проживання жінки, сімейний стан, наявність дітей, рівень освіти, наявність або відсутність роботи або іншого джерела стабільного доходу. Згідно з отриманими показниками адекватності моделі лінійної регресії коефіцієнт множинної детермінації (R) дорівнює 0.812. Це вказує на те, що 81.2% варіації рівня депресії за шкалою депресії Бека може бути пояснено залежністю від інших факторів, які були включені в модель. Це високий показник, тож ми можемо спиратись на дані, отримані за допомогою моделі лінійної регресії.

Табл.3.14.

Показники адекватності моделі лінійної регресії за рівнем депресії

Модель	Коефіцієнт множинної детермінації (R)	Коефіцієнт детермінації (R квадрат)
1	0.812	0.659

За результатами лінійної регресії лише один з коефіцієнтів вказує на різницю у середніх сумарних балах, яка є статистично значущою (тобто  $p < 0.001$ ), це - коефіцієнт належності до певної групи жінок. Нагадаємо, що у нашому дослідженні першу (1) групу жінок складають особи, які від початку бойових дій перебувають у достатній близькості до бойових дій, і друга (2) група жінок складається з жінок, які від початку війни проживали і проживають в містах, які не підлягали ракетним обстрілам, або будь-яким іншим військовим діям.

Табл.3.15.

## Коефіцієнти моделі лінійної регресії за рівнем депресії

Незалежна змінна	Категоріальні змінні	Оцінка	Стандартна похибка	t-статистика	P
Перехоплення (константа)		17.4757	7.6075	2.2972	0.027
Нейротизм		0.3447	0.2129	1.6194	0.113
Приналежність до групи	Далеко до фронту- Близько до фронту	-12.8704	2.3126	-5.5653	<.001
Рівень реактивної тривожності		0.0178	0.0902	0.1974	0.844
Рівень особистісної тривожності		-0.0849	0.1221	-0.6955	0.491
Рівень толерантності до невизначеності		-0.0196	0.0417	-0.4684	0.642
Сімейний стан	Одружена – Маю стосунки	-0.2307	2.4918	-0.0926	0.927
	Розлучена – Маю стосунки	-3.1516	3.4989	-0.9008	0.373
	Самотня – Маю стосунки	0.4942	2.6402	0.1872	0.852
Наявність дітей	Є діти – Немає дітей	1.2681	2.2280	0.5691	0.572
Освіта	Вчена ступінь – Вища освіта	0.9015	7.6647	0.1176	0.907
	Дві та більше освіт – Вища освіта	-0.4366	2.4072	-0.1814	0.857
	Навчаюсь – Вища освіта	-1.1275	5.2966	-0.2129	0.832
	Середня спеціальна – Вища освіта	-2.7370	3.9266	-0.6970	0.490
Наявність роботи	Ні – Так	-2.0417	2.1861	-0.9339	0.356

Загалом, наша модель лінійної регресії показує, що приналежність до першої (1) або другої (2) групи жінок, як фактор, має суттєвий вплив на рівень депресії. При тому, що зміна рівня нейротизму, ситуаційної тривоги, особистісної тривоги та толерантності до невизначеності не мають статистично значущого впливу на рівень депресії. Також на наявність

депресивної симптоматики не впливає сімейний стан, наявність дітей, рівень освіти, наявність або відсутність роботи або іншого джерела стабільного доходу. Отже, можна зробити висновок, що близькість до зони бойових дій є ключовим фактором, який впливає на рівень депресії у досліджуваних групах жінок. Інші показники які вивчалися, не є визначальними факторами у формуванні рівня депресії.

Другим ми здійснили аналіз тривожних станів як залежної змінної від таких факторів як: рівень невротизації, рівень особистісної та реактивної тривожності та рівень толерантності до невизначеності. У якості категоріальних змінних ми застосували інформацію отриману з персональної анкети, а саме: регіон проживання жінки, сімейний стан, наявність дітей, рівень освіти, наявність або відсутність роботи або іншого джерела стабільного доходу. Згідно з отриманими показниками адекватності моделі лінійної регресії коефіцієнт множинної детермінації (R) дорівнює 0.751. Це вказує на те, що 75.1% варіації рівня депресії за шкалою депресії Бека може бути пояснено залежністю від інших факторів, які були включені в модель. Це високий показник, тож ми можемо спиратись на дані, отримані за допомогою моделі лінійної регресії.

Табл.3.16.

Показники адекватності моделі лінійної регресії за рівнем депресії

Модель	Коефіцієнт множинної детермінації (R)	Коефіцієнт детермінації (R квадрат)
1	0.751	0.565

На підставі проведеного лінійного регресійного аналізу для залежної змінної «Тривожність» було виявлено, що жоден з факторів або ко-факторів не показав статистично значущого впливу на рівень тривожності ( $p > 0,001$ ). Тобто розглянуті фактори (рівень невротизації, рівень особистісної та реактивної тривожності та рівень толерантності до невизначеності змінні) не є значимими прогностичними факторами для виявлення тривожності в

контексті даного дослідження. Також жодна з категоріальних змінних (регіон проживання жінки, сімейний стан, наявність дітей, рівень освіти, наявність або відсутність роботи або іншого джерела стабільного доходу) не впливає на рівень тривожності опитаних жінок.

Табл.3.17.

## Коефіцієнти моделі лінійної регресії за рівнем тривожності

Незалежна змінна	Категоріальні змінні	Оцінка	Стандартна похибка	t-статистика	p
Перехоплення (константа)		19.2939	9.7463	1.980	0.054
Нейротизм		-0.1491	0.2727	-0.547	0.587
Приналежність до групи	Далеко до фронту- Близько до фронту	-5.2627	2.9628	-1.776	0.083
Рівень реактивної тривожності		-0.0380	0.1156	-0.328	0.744
Рівень особистісної тривожності		0.4607	0.1564	2.946	0.005
Рівень толерантності до невизначеності		-0.0807	0.0535	-1.508	0.139
Сімейний стан	Одружена – Маю стосунки	-2.4102	3.1924	-0.755	0.454
	Розлучена – Маю стосунки	9.2378	4.4826	2.061	0.046
	Самотня – Маю стосунки	-3.3834	3.3824	-1.000	0.323
Наявність дітей	Є діти – Немає дітей	1.5642	2.8544	0.548	0.587
Освіта	Вчена ступінь – Вища освіта	-8.5466	9.8196	-0.870	0.389
	Дві та більше освіт – Вища освіта	1.5740	3.0839	0.510	0.612
	Навчаюсь – Вища освіта	8.4141	6.7857	1.240	0.222
	Середня спеціальна – Вища освіта	0.8091	5.0305	0.161	0.873
Наявність роботи	Ні – Так	0.2982	2.8007	0.106	0.916

Отже, це може свідчити про те, що інші чинники або контекстуальні особливості можуть відігравати більш суттєву роль у формуванні рівня тривожності у даній вибірці.

### **3.3. Стратегії підтримки та допомоги жінкам під час військового конфлікту**

Будь-які військові конфлікти та бойові дії мають серйозний вплив на психічне здоров'я цивільного населення, зокрема на жінок. Ці небезпечні умови можуть викликати тривогу, депресію та інші психологічні проблеми, які значно погіршують якість життя та загрожують загальному благополуччю жінки.

З метою надання необхідної підтримки та допомоги жінкам, які переживають на собі негативні наслідки впливу військових дій, можна виокремити наступні рекомендації:

1. Вільний доступ до психологічних послуг. Забезпечити наявність і доступність фахівців з психічного здоров'я, особливо в містах, які знаходяться в небезпечній близькості до зони бойових дій. Це включає психологів, психотерапевтів та психіатрів, які надають послуги індивідуальної та групової терапії, травма-фокусованої терапії, а також підтримку при тривозі та депресії.
2. Психосвіта та підвищення усвідомленості. Впровадити громадські програми направлені на підвищення освіченості в галузі психічного здоров'я. Проводити психоедукацію населення особливо стосовно особливостей і різноманіття проявів тривожних та депресивних розладів. Це зможе допомогти знизити стигматизацію і заохочувати жінок звертатися по допомогу в разі потреби.
3. Соціальна підтримка. Створення системи спільної підтримки в спільнотах, наприклад групи підтримки, де жінки зможуть ділитися своїм досвідом, своїми емоціями і відчуттями. Це допоможе створити



відчуття приналежності до групи або спільноти та зменшить почуття самотності.

4. Турбота про себе та зниження стресу. Використання технік самопомоги, включаючи використання вправ націлених на розслаблення, вправи з майндфулнесу та помірну фізичну активність. Донесення до жіночого населення важливості зайнятості улюбленими справами, такими як хобі, мистецтво або спорт.
5. Задоволення базових потреб. Забезпечення доступу до основних ресурсів, таких як їжа, вода, житло та медичні послуги. Задоволення базових потреб може сприяти підвищенню відчуття безпеки і стабільності, що, в свою чергу, може позитивно вплинути на психічне здоров'я жінок.
6. Підтримка самодостатності та розвиток навичок. Надання можливості доступу до навчання, освіти та занять, що приносять дохід, що в свою чергу зміцнить емоційну стійкість жінок та сприятиме розвитку їх економічної самостійності. Економічна незалежність може сприяти почуттю контролю над власним життям та поліпшенню загального самопочуття.
7. Підтримка для опікунів. Надання допомоги та ресурсів для жінок, які є опікунами, оскільки вони можуть зазнавати додаткового стресу та відповідальності. Це може включати підтримку по догляду за дітьми, тренінги з навичок батьківства та доступ до ресурсів для управління стресом.
8. Використання міжнародного досвіду та результатів досліджень. Вивчення досліджень та програм, що були успішно реалізовані в інших регіонах або країнах, на території яких були бойові дії. Адаптація міжнародного досвіду в боротьбі з негативними наслідками впливу військових дій на психічний стан жінок може надати цінні відомості і сприяти розробці ефективних програм корекції психічних станів в нашій країні.

Ці рекомендації можуть бути використані органами управління, медичними установами та громадськими організаціями для розробки програм та інтервенцій, спрямованих на покращення психологічного благополуччя жінок.

### **Висновки до розділу III**

Відповідно до основних завдань емпіричного дослідження ми можемо зробити наступні висновки.

За результатами опитування за Шкалою депресії Бека симптоми важкої та вираженої депресії виявлені у 67% жінок першої групи, в той час, коли серед жінок другої групи симптомів важкої та вираженої депресії не було виявлено взагалі. Це критичний показник, який демонструє різницю в психологічному стані жінок між двома групами, а також відображає суттєві зміни в емоційному стані жінок першої групи. Для того, щоб підтвердити статистичну значущість цієї різниці ми застосували t-критерій Ст'юдента, t-критерій Уелча та U-критерій Манна-Уїтні. Значення t статистики для всіх трьох тестів виявились дуже високими, що підтвердило статистично значущий більший рівень депресії у першій групі жінок, порівняно з другою групою жінок, з великим розміром ефекту.

Якщо говорити про вираженість тривожних станів, то серед жінок першої групи (за даними методики Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора) взагалі не виявлено жінок з низьким, або хоча б середнім рівнем тривоги. 100% жінок першої групи мають високий або дуже високий рівень тривоги. В той же час, у другій групі жінок дуже високий і високий рівень тривоги демонструють 17% та 33% жінок відповідно. Отже, кількість жінок у другій групі, що мають дуже високий та високий рівень тривоги, у 7 разів перевищує середній за популяцією показник розповсюдженості тривожних розладів. Статистична значущість різниці між показниками рівня тривоги у першій і другій групах жінок підтверджена за допомогою t статистик.

Цікавим виявився факт відсутності низького рівня невротизації серед жінок обох груп. Високий рівень невротизації в першій групі жінок демонструє більшість опитаних і складає 78%, в другій групі він становить 53%. І, хоча використана нами методика діагностики рівня невротизації покликана вимірювати загальний, а не ситуативний рівень невротизації, ми можемо припустити, що військові дії, та викликані ними почуття небезпеки, страху та напруги, можуть бути одним із факторів, що сприяють підвищенню загального рівня невротизації у жінок.

Результати використання методики Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера доповнили і розширили наше бачення рівня тривожності в обох групах жінок завдяки диференціації шкал на «особистісну» та «ситуативну» тривожність. Жінки першої групи загалом також демонструють вищий рівень і ситуативної і особистісної тривожності, в той час, коли серед жінок другої групи превалує помірний рівень тривоги.

Порівняння рівнів толерантності до невизначеності у двох групах жінок продемонструвало наявність низького рівня толерантності до невизначеності у 81% жінок першої групи. В другій групі жінок цей показник вдвічі менший і складає 40%. Це цікаве спостереження, через те, що теоретично рівень толерантності до невизначеності може впливати на здатність людини справлятися зі складними стресовими ситуаціями, але, нажаль, ми на маємо змоги дослідити зворотній вплив таких ситуацій на толерантність до невизначеності. Тому ці результати дають можливість висунути припущення, що затяжні військові дії можуть впливати не тільки на рівень невротизації, але і на рівень толерантності до невизначеності у жінок.

Також ми дослідили вплив рівня невротизації на вираженість тривожної та депресивної симптоматики. Нами було виявлено позитивну залежність між рівнями невротизму та депресії, а саме: підвищення рівню невротизації призводить до підвищення рівню депресії. За допомогою кореляційної матриці було встановлено, що належність жінки до певної групи (а отже фактично близькість її знаходження до зони бойових дій) впливає на зв'язок між рівнем

депресії і нейротизмом. І хоча в обох групах цей зв'язок достатньо виражений, в першій групі він виявляється набагато сильнішим, ніж в другій групі жінок, в той час коли інші фактори, такі як сімейний стан, наявність дітей, рівень освіти і наявність або відсутність роботи, не впливають на цей зв'язок.

Стосовно взаємозв'язку невротизму і рівня тривоги, у першій групі жінок було помічено тенденцію до стрімкого росту рівня тривоги пов'язану з ростом невротизації, а от в другій групі жінок залежність протилежна – зі збільшенням рівня невротизації зменшуються прояви тривоги. Це може бути пов'язано з більшою варіативністю вибірки в другій групі жінок і залишає простір для подальших досліджень стосовно причинно-наслідкових зв'язків між рівнем невротизації і появою депресивних станів.

В першій групі жінок ми спостерігали цікаву зворотню тенденцію стосовно зв'язку рівня толерантності до невизначеності і рівня депресії – чим вищий рівень толерантності до невизначеності, тим вищий рівень депресії. При тому, що жінки другої групи демонструють більш очевидну залежність - чим вищий рівень толерантності до невизначеності тим менший рівень депресії. Така зворотня залежність між цими показниками у жінок проживаючих близько до зони бойових дій потребує подальшого дослідження, але ми можемо припустити, що негативний вплив військових дій на психічний стан жінок першої групи міг спричинити появу депресивних станів, які в свою чергу негативно вплинули на їх результати опитування за Методикою діагностики рівня невротизації.

Аналіз взаємозв'язків толерантності до невизначеності і рівня тривоги у першій групі жінок показав незначне зменшення рівня тривоги зі збільшенням рівня толерантності до невизначеності, проте в цілому можна сказати, що толерантність до невизначеності мало впливає на рівень тривоги в цій групі жінок. Проте в другій групі жінок ми бачимо сильний взаємозв'язок між рівнем толерантності до невизначеності і рівнем тривоги – чим більший рівень толерантності до невизначеності, тим менший рівень тривоги.

Також, за допомогою моделі лінійної регресії ми встановили, що приналежність до першої або другої групи жінок, як фактор, має суттєвий вплив на рівень депресії. При тому, що змінна рівня нейротизму, ситуаційної тривоги, особистісної тривоги та толерантності до невизначеності не мають статистично значущого впливу на рівень депресії. Також наявність депресивної симптоматики не впливає сімейний стан, наявність дітей, рівень освіти, наявність або відсутність роботи або іншого джерела стабільного доходу. Отже, можна зробити висновок, що близькість до зони бойових дій є ключовим фактором, який впливає на рівень депресії у досліджуваних групах жінок. Інші показники які вивчалися, не є визначальними факторами у формуванні рівня депресії. Стосовно рівня тривоги було визначено, що рівень невротизації, рівень реактивної тривожності та рівень толерантності до невизначеності не є значимими прогностичними факторами для виявлення тривожності в контексті даного дослідження. Також жодна з категоріальних змінних (регіон проживання жінки, сімейний стан, наявність дітей, рівень освіти, наявність або відсутність роботи або іншого джерела стабільного доходу) не впливає на рівень тривожності опитаних жінок.

## ВИСНОВКИ

Історично протягом багатьох століть доля України так чи інакше пов'язана з долею Росії. Імперські та агресивні прагнення нових «перемог» не стали винятком і в ХХІ столітті, це призвело до анексії Криму, гібридної війни на Сході України і повномасштабному вторгненню в Україну 24 лютого 2022 р. Впливу психотравмуючих факторів бойових дій зазнають не тільки військові, але і широкий загал цивільного населення. Однією з груп ризику стають жінки. Проблема тривожно-депресивних станів у жінок обумовлена їх поширеністю навіть у мирний час, а якщо взяти до уваги, що на значній території України більше року тривають активні бойові дії, та більшість населення країни щоденно знаходиться під загрозою ракетних обстрілів, ця проблема постає дуже гостро. Протягом майже півтора року мільйони жінок в Україні перебувають у стресових умовах, які так чи інакше впливають на їхнє життя. В результаті, вони можуть відчувати зміни в когнітивній, поведінковій, ціннісно-мотиваційній, емоційній та інших сферах своєї особистості.

Згідно з завданнями нашого дослідження на початку нами було здійснено теоретичний аналіз проблеми тривожно-депресивних станів. За результатами теоретичного аналізу ми можемо підсумувати, що всебічне дослідження депресивних і тривожних станів відбувається психологами вже дуже давно, також, дослідженню емоційної сфери жінок приділяється багато уваги в гендерній психології. В той самий час, існує багато досліджень стресу, та його різновидів, а саме – травматичного стресу і військових дій, як його різновиду. Проте незначною залишається кількість досліджень щодо особливостей прояву наслідків отримання травматичного досвіду, а саме розповсюдженість тривожно-депресивних розладів у жінок, як наслідків переживання військових дій.

Надалі, завдяки обраному методичному інструментарію ми дослідили вираженість депресивних і тривожних станів у двох групах опитаних жінок.

Першу групу опитаних жінок склали особи, які проживають у безпосередній близькості до зони активних бойових дій, а другу групу жінок склали особи, які проживають в містах, які найменше піддавались прямому впливу військових дій. За результатами опитування за Шкалою депресії Бека серед першої групи жінок симптоми важкої і вираженої депресії присутні у 67% жінок, в той час, коли у другій групі у жодної з опитаних не були виявлені симптоми важкої або вираженої (середньої тяжкості) депресії. Згідно з результатами опитування жінок за методикою Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора, у жінок першої групи виявлені лише високий і дуже високий рівень тривоги. А в другій групі жінок дуже високий і високий рівень тривоги мають 50% опитаних, а решта демонструє більш-менш середні показники рівня тривоги. Результати статистичного аналізу даних підтвердили такі тенденції. Перша група жінок має вищий рівень депресії порівняно з другою групою, середнє значення та медіана їхніх результатів знаходяться у вищому діапазоні. Також, в першій групі спостерігаються важкі випадки депресії, які не спостерігаються в другій групі.

З метою вивчення факторів, які можуть впливати на появу тривожних і депресивних станів у жінок, ми дослідили рівень невротизації опитаних жінок. Дослідження взаємозв'язку невротизму і рівня тривоги продемонструвало тенденцію до стрімкого росту рівня тривоги пов'язану з ростом невротизації в першій групі жінок, а от в другій групі жінок залежність протилежна – зі збільшенням рівня невротизації зменшуються прояви тривоги. Також ми дослідили взаємозв'язок невротизму і рівня депресії в обох групах жінок. Нами було виявлено позитивну залежність між рівнями невротизму та депресії, а саме: підвищення рівню невротизації призводить до підвищення рівню депресії. За допомогою кореляційної матриці було встановлено, що належність жінки до певної групи (а отже фактично близькість її знаходження до зони бойових дій) впливає на зв'язок між рівнем депресії і нейротизмом. І хоча в обох групах цей зв'язок достатньо виражений, в першій групі він виявляється набагато сильнішим, ніж в другій групі жінок, в той час коли інші

фактори, такі як сімейний стан, наявність дітей, рівень освіти і наявність або відсутність роботи, не впливають на цей зв'язок.

Також було з'ясовано, що перша група жінок має вищі показники за підшкалою «реактивна тривожність» (високий рівень) порівняно з другою групою жінок, де тривожність також є високою, але трохи меншою в порівнянні з першою групою. За підшкалою «особистісна тривожність» Шкали оцінки рівня реактивної і особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера ми можемо зробити висновок, що перша група жінок має вищий рівень особистісної тривожності порівняно з другою групою, де тривожність є помірною. Друга група жінок має більшу варіативність показників толерантності до невизначеності, а також, загалом, більш високі показники толерантності до невизначеності, порівняно з першою групою.

Таким чином, ми можемо констатувати, що жінки, проживаючі в регіонах наближених до ведення активних військових дій мають більш виражену депресивну і тривожну симптоматику, ніж жінки, які проживають в більш спокійних регіонах країни. Жоден інший, з досліджених нами факторів, не впливає на вираженість депресивної симптоматики, як місце проживання жінки. Цей факт дає нам простір для подальшого, більш поглибленого вивчення проблеми тривожно-депресивних станів у жінок, як наслідків впливу військових дій, задля виявлення особливостей, які можуть бути провокуючими або підсилюючими факторами появи таких станів.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бендас Т. В. Гендерная психология: Учебное пособие. СПб.: Питер, 2006. 431 с.
2. Варій М.Й. Психологія особистості: Навчальний посібник. 2-е видання. Київ: Центр учбової літератури, 2009. 287 с.
3. Дуткевич Т.В. Загальна психологія. Теоретичний курс. Навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2016. 388 с.
4. Ильин Е. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. СПб.: Питер, 2002. 544 с.
5. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. СПб: Питер, 2001. 752 с.
6. Лазос Г. П. Особливості надання психологічної допомоги переселенцям з Криму / Г. П. Лазос // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / [ред. кол.: С. Д. Максименко (гол. ред.) та ін.]. – Т. I : Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. – К. : Логос, 2014. – С. 145-152
7. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Экспо, 2008. – 928 с. – (Новейший справочник психолога)
8. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
9. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. Москва: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. 304 с.
10. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах. Методичні рекомендації / Національний медичний університет імені О.О.Богомольця.- Київ, 2014. – 34 с.
11. Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию. Учебник для студентов медицинских вузов. Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 416 с.

12. Ставицька С.О. Прояв та подолання особистісної тривожності у школярів. Психологія. Збірник наукових праць. Випуск 2. МО України, НПУ імені М.П. Драгоманова. Київ, 1998. С. 168-173.
13. Трикетт Ш. Как победить депрессию и избавиться от тревоги. Москва: ЭКСМО, 2002. 160 с.
14. Brody, L. R. & Hall, J. A. (2000). Sex and emotion. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed.) (pp. 325-414). New York: The Guilford Press.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2010 [Google Scholar]
16. Barker DB. Antecedents of stressful experiences: Depressive symptoms, self-esteem, gender, and coping. *International Journal of Stress Management*. 2007;14:333–349. [Google Scholar]
17. Barrett, L. F., & Gross, J. J. (2001). Emotional intelligence: A process model of emotion representation and regulation. In T. J. Mayne & G. A. Bonanno (Eds.), *Emotions: Current issues and future directions* (pp. 286–310). The Guilford Press.
18. Birnbaum, D. W., & Croll, W. L. (1984). The etiology of children's stereotypes about sex differences in emotionality. *Sex Roles: A Journal of Research*, 10(9-10), 677–691. <https://doi.org/10.1007/BF00287379>
19. Bradley, M. M., Codispoti, M., Sabatinelli, D., & Lang, P. J. (2001). Emotion and motivation II: Sex differences in picture processing. *Emotion*, 1(3), 300–319. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.3.300>
20. Buck, R., Miller, R. E., & Caul, W. F. (1974). Sex, personality, and physiological variables in the communication of affect via facial expression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30(4), 587–596. <https://doi.org/10.1037/h0037041>
21. Burton R. *The Anatomy of Melancholy*. London, UK: JM Dent and Sons; 1972 [Google Scholar]

22. Cattell RB., Schleier IH. Stimuli related to stress, neuroticism, excitation, and anxiety response patterns. *J Abn Soc Psychol.* 1960;60:195–204. [PubMed] [Google Scholar]
23. Cicero Tusculan disputations (Ciceron, Tusculanes). Latin text established by Fohlen G. Paris, France: Les Belles Lettres; 2002 [Google Scholar]
24. Depression and Other Common Mental Disorders. РЕЖИМ ДОСТУПУ: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
25. Dozois, D. J. A., & Beck, A. T. (2023). Negative thinking: Cognitive products and schema structures. In D. J. A. Dozois & K. S. Dobson (Eds.), *Treatment of psychosocial risk factors in depression* (pp. 207–232). American Psychological Association.
26. Feix J. ed. Seneca LA. *De brevitae vitae*. Latin text. Stuttgart, Germany: Reclam; 1977:48. [Google Scholar]
27. Fischer, A. H., Rodriguez Mosquera, P. M., van Vianen, A. E. M., & Manstead, A. S. R. (2004). Gender and Culture Differences in Emotion. *Emotion*, 4(1), 87–94. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.4.1.87>
28. Grossman, M., & Wood, W. (1993). Sex differences in intensity of emotional experience: A social role interpretation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1010–1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.5.1010>
29. Gunermann H. ed. Seneca LA. *De tranquillitate animi*. Latin text. Stuttgart, Germany: Reclam; 1984:52. [Google Scholar]
30. Hippocrates. Vol VII. Epidemics 2, 4-7. Trans: Smith WD. Loeb Classical Library. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1994 [Google Scholar]
31. Kenneth S. Kendler, MD; Carol A. Prescott, PhD; John Myers, MS; et al. (2003). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Common Psychiatric and Substance Use Disorders in Men and Women. *Arch Gen Psychiatry*. 60(9):929-937. doi:10.1001/archpsyc.60.9.929
32. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of*

- General Psychiatry, 52(12), 1048–1060.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
33. Ketchesin KD, Stinnett GS, Seasholtz AF. Corticotropin-releasing hormone-binding protein and stress: from invertebrates to humans. *Stress*. 2017 Sep;20(5):449-464. [PMC free article] [PubMed]
34. Kring, A. M., & Gordon, A. H. (1998). Sex differences in emotion: Expression, experience, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 686–703. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.3.686>
35. Kring, A. M., Smith, D. A., & Neale, J. M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: Development and validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 934–949.
36. LaFrance, M., & Banaji, M. (1992). Toward a reconsideration of the gender–emotion relationship. In M. S. Clark (Ed.), *Emotion and social behavior* (pp. 178–201). Sage Publications, Inc
37. Lane, R. D., Quinlan, D. M., Schwartz, G. E., Walker, P. A., & Zeitlin, S. (1990). The Levels of Emotional Awareness Scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 124–134.
38. Lepore, S. J., Ragan, J. D., & Jones, S. (2000). Talking facilitates cognitive–emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(3), 499–508. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.3.499>
39. Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401–1415.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>
40. Meyer A. Interrelations of the domain of neuropsychiatry. *Arch Neurol Psychiatry*. 1922;8:111–121. [Google Scholar]
41. Mifsud KR, Reul JM. Mineralocorticoid and glucocorticoid receptor-mediated control of genomic responses to stress in the brain. *Stress*. 2018 Sep;21(5):389-402. [PubMed]

42. Müri W. ed. *Der Arzt im Altertum. Greek and Latin texts in the original languages from Hippocrates until Galen.* Munich, Zürich, Germany: Artemis Verlag; 1986:230. [Google Scholar]
43. Seidlitz, L., & Diener, E. (1998). Sex differences in the recall of affective experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 262–271. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.262>
44. Selye, H. (1956). *The Stress of Life.* New York: McGraw-Hill.
45. Seneca LA. *Of Peace of Mind.* Bohn's Classical Library Edition. Transl: Stewart A. London, UK: George Bell and Sons; 1900 [Google Scholar]
46. Seneca LA. *On the Shortness of Life.* Transl: Basore JW. Loeb Classical Library. London, UK: William Heinemann; 1932 [Google Scholar]
47. Wittchen H-U. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress. Anxiety*. 2002. Vol 16. P. 162–171.
48. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992 [Google Scholar]
49. Методика діагностики рівня невротизації за В. Бойко. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://psyttests.org/boyko/vasneur.html>
50. Методика «Шкала оцінки рівня реактивної і особистісної тривожності» (STAI), автор Ч.Д. Спілбергер, в адаптації Ю.Л. Ханіна. Електронний ресурс. Режим доступу: [https://psylab.info/Шкала\\_тревоги\\_Спилбергера](https://psylab.info/Шкала_тревоги_Спилбергера)
51. Методика «Шкала толерантності до невизначеності Мак-Лейна» (MSTAT-1), в адаптації Е. Г. Луковицької. Електронний ресурс. Режим доступу: [https://psylab.info/Шкала\\_толерантности\\_к\\_неопределённости\\_Мак%С2%АДЛейна](https://psylab.info/Шкала_толерантности_к_неопределённости_Мак%С2%АДЛейна)
52. Методика Шкала депресії Бека. Електронний ресурс. Режим доступу: [https://psylab.info/Шкала\\_депрессии\\_Бека](https://psylab.info/Шкала_депрессии_Бека)
53. Методика Особистісна шкала проявів тривоги Тейлора. Електронний ресурс. Режим доступу: [https://psylab.info/Личностная\\_шкала\\_проявлений\\_тревоги\\_Тейлора](https://psylab.info/Личностная_шкала_проявлений_тревоги_Тейлора)

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Текст методики «Шкала депрессии Бека» (BDI)

Инструкция: "В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли все утверждения в каждой группе."

1.

- 0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.
- 1 Я расстроен.
- 2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.
- 3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2.

- 0 Я не тревожусь о своем будущем.
- 1 Я чувствую, что озадачен будущим.
- 2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.
- 3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3.

- 0 Я не чувствую себя неудачником.
- 1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.
- 2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.
- 3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.

4.

- 0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
- 3 Я полностью не удовлетворен жизнью. и мне все надоело.

5.

- 0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.
- 1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.
- 2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.
- 3 Я постоянно испытываю чувство вины.

6.

- 0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.
- 1 Я чувствую, что могу быть наказан.
- 2 Я ожидаю, что могу быть наказан.
- 3 Я чувствую себя уже наказанным.

7.

- 0 Я не разочаровался в себе.
- 1 Я разочаровался в себе.
- 2 Я себе противен.
- 3 Я себя ненавижу.

8.

- 0 Я знаю, что я не хуже других.
- 1 Я критикую себя за ошибки и слабости.
- 2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.
- 3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9.

- 0 Я никогда не думал покончить с собой.
- 1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.
- 2 Я хотел бы покончить с собой.
- 3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10.

- 0 Я плачу не больше, чем обычно.
- 1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.
- 2 Теперь я все время плачу.
- 3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11.

- 0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.
- 1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.
- 2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.
- 3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12.

- 0 Я не утратил интереса к другим людям.
- 1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.
- 2 Я почти потерял интерес к другим людям.
- 3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13.

- 0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.
- 1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.
- 2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.
- 3 Я больше не могу принимать решения.

14.

- 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
- 1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.
- 2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.
- 3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15.

- 0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.
- 1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.
- 2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.
- 3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16.

- 0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.
- 1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.
- 2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.
- 3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.



17.

- 0 Я устаю не больше, чем обычно.
- 1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.
- 2 Я устаю почти от всего, что я делаю.
- 3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18.

- 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.
- 1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
- 2 Мой аппетит теперь значительно хуже.
- 3 У меня вообще нет аппетита.

19.

- 0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.
- 1 За последнее время я потерял более 2 кг.
- 2 Я потерял более 5 кг.
- 3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_

20.

- 0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
- 1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.
- 2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.
- 3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21.

- 0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.
- 1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.
- 2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.
- 3 Я полностью утратил сексуальный интерес.

## Додаток Б

## Текст методики «Личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлора» (ТМАС) в адаптації В. Г. Норакидзе

Инструкция: Прочтите представленный на карточках текст и разделите их на две части: вправо отложите те карточки, с утверждениями на которых вы согласны, влево - те, с которыми вы не согласны.

## Текст

1. Я могу долго работать не уставая.
2. Я всегда выполняю свои обещания, не считаясь с тем, удобно мне это или нет.
3. Обычно руки и ноги у меня теплые.
4. У меня редко болит голова.
5. Я уверен в своих силах.
6. Ожидание меня нервирует.
7. Порой мне кажется, что я ни на что не годен.
8. Обычно я чувствую себя вполне счастливым.
9. Я не могу сосредоточиться на чем-либо одном.
10. В детстве я всегда немедленно и безропотно выполнял все то, что мне поручали.
11. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.
12. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.
13. Я думаю, что я не более нервный, чем большинство других людей.
14. Я не слишком застенчив.
15. Жизнь для меня почти всегда связана с большим напряжением.
16. Иногда бывает, что я говорю о вещах, в которых не разбираюсь.
17. Я краснею не чаще, чем другие.
18. Я часто расстраиваюсь из-за пустяков.
19. Я редко замечаю у себя сердцебиение или одышку.
20. Не все люди, которых я знаю, мне нравятся.

21. Я не могу уснуть, если меня что-то тревожит.
22. Обычно я спокоен и меня нелегко расстроить.
23. Меня часто мучают ночные кошмары.
24. Я склонен принимать все слишком всерьез.
25. Когда я нервничаю, у меня усиливается потливость.
26. У меня беспокойный и прерывистый сон.
27. В играх я предпочитаю скорее выигрывать, чем проигрывать.
28. Я более чувствителен, чем большинство других людей.
29. Бывает, что нескромные шутки и остроты вызывают у меня смех.
30. Я хотел бы быть так же доволен своей жизнью, как, вероятно, довольны другие.
31. Мой желудок сильно беспокоит меня.
32. Я постоянно озабочен своими материальными и служебными делами.
33. Я настороженно отношусь к некоторым людям, хотя знаю, что они не могут причинить мне вреда.
34. Мне порой кажется, что передо мной нагромождены такие трудности, которые мне не преодолеть.
35. Я легко прихожу в замешательство.
36. Временами я становлюсь настолько возбужденным, что это мешает мне заснуть.
37. Я предпочитаю уклониться от конфликтов и затруднительных положений.
38. У меня бывают приступы тошноты и рвоты.
39. Я никогда не опаздывал на свидания или работу.
40. Временами я определенно чувствую себя бесполезным.
41. Иногда мне хочется выругаться.
42. Почти всегда я испытываю тревогу в связи с чем-либо или с кем-либо.
43. Меня беспокоят возможные неудачи.
44. Я часто боюсь, что вот-вот покраснею.
45. Меня нередко охватывает отчаяние.

46. Я - человек нервный и легко возбудимый.
47. Я часто замечаю, что мои руки дрожат, когда я пытаюсь что-нибудь сделать.
48. Я почти всегда испытываю чувство голода.
49. Мне не хватает уверенности в себе.
50. Я легко потею даже в прохладные дни.
51. Я часто мечтаю о таких вещах, о которых лучше никому не рассказывать.
52. У меня очень редко болит живот.
53. Я считаю, что мне очень трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.
54. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что я не могу долго усидеть на одном месте.
55. Я всегда отвечаю на письма сразу же после прочтения.
56. Я легко расстраиваюсь.
57. Практически я никогда не краснею.
58. У меня меньше различных опасений и страхов, чем у моих друзей и знакомых.
59. Бывает, что я откладываю на завтра то, что следует сделать сегодня.
60. Обычно я работаю с большим напряжением.

## Додаток В

### Текст методики «Діагностика рівня невротизації» за В. Бойко

Інструкція: ознакомьтесь с приведенными ниже суждениями и ситуациями, выбирая ответ «да» или «нет». Приводимые вопросы для определения уровня невротизации имеют ориентировочный характер.

1. В различных частях своего тела я часто чувствую жжение, покалывание, ощущение мурашек, онемение.
2. Я редко задыхаюсь, и у меня не бывает сильных сердцебиений.
3. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным или взволнованным.
4. Голова у меня болит часто.
5. Два-три раза в неделю по ночам меня мучают кошмары.
6. В последнее время я себя чувствую хуже, чем когда-либо.
7. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.
8. У меня бывали периоды, когда из-за волнения терял сон
9. Обычно работа стоит мне большого напряжения.
10. Иногда я бываю так возбужден, что это мешает мне заснуть.
11. Большую часть времени я испытываю неудовлетворенность жизнью.
12. Меня постоянно что-нибудь тревожит.
13. Я стараюсь реже встречаться со своими знакомыми и друзьями.
14. Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением.
15. Мне трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.
16. Я очень устаю за день.
17. Я верю в будущее.
18. Я часто предаюсь грустным размышлениям.
19. Временами мне кажется, что моя голова работает медленнее, чем обычно.
20. Самая трудная борьба для меня - это борьба с самим собой.
21. Я почти всегда о чем-нибудь или о ком-нибудь тревожусь.
22. У меня мало уверенности в себе.
23. Я часто чувствую неуверенность в себе.

24. Несколько раз в неделю меня беспокоят неприятные ощущения в верхней части живота (под ложечкой).
25. Иногда у меня бывает такое чувство, что передо мной выросло столько трудностей, что одолеть их просто невозможно.
26. Раз в неделю или чаще я без видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.
27. Временами я изматываю себя тем, что слишком много на себя беру.
28. Я очень внимательно отношусь к тому, как я одеваюсь.
29. Мое зрение ухудшилось в последнее время.
30. В отношениях между людьми чаще всего торжествует несправедливость.
31. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что я даже не могу усидеть на месте.
32. Я с удовольствием танцую, когда есть возможность.
33. По возможности я стараюсь избегать большого скопления людей.
34. Мой желудок сильно беспокоит меня.
35. Должен признаться, что временами я волнуюсь из-за пустяков.
36. Часто сам огорчаюсь, что я такой раздражительный и ворчливый.
37. Несколько раз в неделю у меня бывает такое чувство, что должно случиться что-то страшное.
38. Мне кажется, что близкие меня плохо понимают.
39. У меня часто бывают боли в сердце или груди.
40. В гостях я обычно сижу где-нибудь в стороне или разговариваю с кем-нибудь одним.

## Додаток Г

Текст методики «Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности» (STAI), автор Ч.Д. Спілбергер, в адаптації Ю.Л.

Ханіна

## Шкала реактивной тревожности (РТ)

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

№	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1.	Я спокоен	1	2	3	4
2.	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3.	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4.	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5.	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6.	Я расстроен	1	2	3	4
7.	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8.	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9.	Я не доволен собой	1	2	3	4
10.	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11.	Я уверен в себе	1	2	3	4
12.	Я нервничаю	1	2	3	4
13.	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14.	Я взвинчен	1	2	3	4
15.	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16.	Я доволен	1	2	3	4
17.	Я озабочен	1	2	3	4
18.	Я слишком возбужден, и мне не по себе	1	2	3	4
19.	Мне радостно	1	2	3	4
20.	Мне приятно	1	2	3	4

## Шкала личностной тревожности (ЛТ)

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
21.	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22.	Я очень быстро устаю	1	2	3	4
23.	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24.	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25.	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26.	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27.	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28.	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29.	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30.	Я вполне счастлив	1	2	3	4
31.	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32.	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33.	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34.	Я стараюсь избегать критических ситуаций	1	2	3	4
35.	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36.	Я доволен	1	2	3	4
37.	Всеякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39.	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40.	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4



## Додаток Д

Текст методики «Шкала толерантности к неопределённости  
Мак-Лейна» (MSTAT-1), в адаптації Е. Г. Луковицької

1. Я плохо выношу неопределенные ситуации.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

2. Мне бывает трудно реагировать на неопределенные события.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

3. Думаю, что новые ситуации более опасны, чем привычные.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

4. Меня привлекают ситуации, которые можно по-разному истолковать.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна

- Согласна
- Полностью согласна

5. Я бы предпочла избежать решения проблем, которые необходимо рассматривать с разных точек зрения.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

6. Я пытаюсь избежать неопределенных событий.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

7. Я хорошо справляюсь с неопределенными ситуациями.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

8. Я предпочитаю привычные ситуации новым.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна

- Полностью согласна

9. Вопросы, которые нельзя рассматривать только с одной точки зрения, несколько пугают меня.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

10. Я избегаю ситуаций, которые слишком трудны для моего понимания.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

11. Я терпима к неопределенным ситуациям.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

12. Мне доставляет удовольствие решение проблем, которые довольно сложны и неопределенны.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна

- Согласна
- Полностью согласна

13. Я пытаюсь избегать проблем, которые не имеют единственного «лучшего» решения.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

14. Я часто ищу что-либо новое и не стараюсь сохранять всё по-старому в своей жизни.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

15. Я обычно предпочитаю новизну, нежели привычное.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

16. Мне не нравятся неопределенные ситуации.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое

- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

17. Некоторые проблемы так сложны, что попытка понять их доставляет удовольствие.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

18. Я вовсе не переживаю, когда приходится искать выход в неожиданной ситуации.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

19. Мне нравится заниматься проблемными ситуациями, которые своей сложностью ставят в тупик некоторых людей.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

20 Мне трудно делать выбор, когда результат не ясен.

- Полностью не согласна
- Не согласна

- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

21. Мне доставляет удовольствие удивляться время от времени.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

22. Я предпочитаю ситуацию, в которой есть некоторая неопределенность.

- Полностью не согласна
- Не согласна
- Кое в чем не согласна
- Ни то, ни другое
- Кое в чем согласна
- Согласна
- Полностью согласна

Додаток Е  
Авторська анкета

1. Місто проживання
2. Ваш вік
3. Сімейний стан (Самотня/Маю стосунки/Одружена/Розлучена/Вдова)
4. Наявність дітей (Є діти/Немає дітей)
5. Освіта (Навчаюсь, Середня спеціальна, Вища, Вчена ступінь, Дві та більше освіт)
6. Чи є у вас робота або інші джерела стабільного доходу (Так/Ні)