

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

Кафедра клінічної психології

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

на тему:

**Особливості емоційної сфери жінок середнього віку з різним  
партнерським статусом**

**Виконала:**

студентка 2-го курсу групи ПМ - 215  
спеціальності 053 Психологія  
освітньо-професійна програма Клінічна  
психологія

Тищенко Ольга Леонідівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

**Науковий керівник:**

к.психол.н.

(наукова ступінь, вчене звання)

Рябчич Ярослав Євгенович

(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 1. Теоретико-методичні засади вивчення емоційної сфери особистості.....	8
1.1 Феномен емоційної сфери.....	8
1.2 Розлади емоційної сфери. Симптоми зниженого настрою.....	20
1.3 Особливості емоційної сфери жінок середнього віку .....	34
Висновки до розділу 1.....	39
РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження особливостей емоційної сфери жінок середнього віку з різним партнерським статусом.....	41
2.1 Підходи до дослідження особливостей емоційної сфери.....	41
2.2 Організація і проведення емпіричного дослідження.....	46
2.3 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.....	55
Висновки до розділу 2.....	85
РОЗДІЛ 3. Тривожність жінки на вістрі психологічної інтервенції.....	87
3.1 Підходи по зниженню тривожності.....	87
3.2 Програма зі зниження тривожності.....	90
3.3 Рекомендації щодо застосування програми по зниженню тривожності.....	103
Висновки до розділу 3.....	104
ВИСНОВКИ.....	106
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	112

## ВСТУП

### **Актуальність дослідження.**

В умовах кризових явищ і кардинальних змін, в тому числі спричинених війною, яку переживає українське суспільство, на передній план виносяться проблеми, які пов'язані з загостреним відчуттям екзистенційної небезпеки, підвищеним рівнем тривоги, гнітючої депресії, надмірної фрустрації та низки інших дискомфортних і негативних психоемоційних станів особистості. Особливої уваги у вивченні зазначеної проблематики потребує емоційний стан самотніх жінок, оскільки підвищення якості переживання ними психічного благополуччя детермінується наявністю партнерських відносин (згідно результатів дослідження Дж.Грюндстром та ін. [61]).

Сімейний стан і близькі партнерські стосунки мають життєво важливе значення для психічного благополуччя людини. Багато досліджень зосереджено саме на шлюбі, який, як було встановлено, пов'язаний з кращим психічним благополуччям, в порівнянні з іншими типами стосунків (Т.Лап'єр [69], Е.Булок та ін. [50], Б.Чепмен та ін. [53]). Однак, згідно результатів деяких досліджень, виявилось, що близькі партнерські стосунки також мають переваги, пов'язані з кращим психічним благополуччям, як і шлюб (К.М'юзік та ін. [75], І.Рапп та ін. [76], С.Зелла [88]). Краще психічне благополуччя тих, хто перебуває в шлюбі чи в близьких партнерських стосунках, пояснюється тим фактом, що вони забезпечують більшу соціальну підтримку, фінансову підтримку і ціль життя (Л.Соулзбі та ін. [81], Д.Умберсон та ін. [84], С.Стронг та ін. [82]). Хоча шлюб або близькі партнерські стосунки можуть призвести до кращого психічного благополуччя через вищезгадані механізми, слід враховувати потенційний ефект відбору, за якого люди з кращим психічним благополуччям мають більшу ймовірність одружитися або створити стосунки (С.Брейтвейт та ін. [49]).

Очікування від стосунків і цілі стосунків відрізняються в залежності від віку і життєвих етапів, що відображається на самих же стосунках та їх важливості для психічного благополуччя людини (С.Саслер [80]). Існують також культурні та соціальні віково-нормативні очікування, пов'язані з статусом стосунків, які, ймовірно, додатково впливають на їх суб'єктивне значення для людини. Наприклад, в молодому віці типово досліджувати варіанти, мати кілька партнерів і наголошувати на значенні більш пристрасних стосунків, тому в цьому віці самотність все ще може бути нормою (Дж.Арнетт [40]). Шлюб і співжиття стають поширенішими з віком, коли в стосунках цінуються солідарність і дружба (Дж.Грюндстрьом та ін. [61], Г.В.Бірхофф та ін. [46]).

Кілька досліджень враховували вплив віку під час вивчення, наприклад, зв'язку між сімейним станом і симптомами депресії (Т.Лап'єр [69]) чи самооцінкою здоров'я (Д.Умберсон та ін. [85]). Або того, як вік впливає на ці асоціації (Е.Булок та ін. [50]). Так, Е.Булок виявив, що ті, хто не перебуває в стосунках або перебуває в цивільних відносинах, мають вищу схильність до депресії порівняно з тими, хто перебуває в шлюбі, й ці асоціації посилюються з віком. Однак є також дослідження, які показують, що самотність сильніше пов'язана з депресією в дорослих молодого чи середнього віку, ніж в літніх людей (Т.Лап'єр [69]). Т.Лап'єр знаходить пояснення в тому, що ті, кому 60 років і старше, адаптувалися до самотнього життя, в той час як для неодружених у віці від 19 до 39 років шлюб і сім'я все ще можуть представляти те, чого вони, можливо, прагнуть. Крім того, С.Дженг [65] виявив, що заміжні жінки мали нижчі показники вираженості симптомів депресії, ніж незаміжні жінки в середині життя, але розрив зменшився в старшій віковій групі, оскільки показники симптомів депресії підвищилися серед літніх заміжніх жінок. Згідно результатів дослідження Е.Белла [45], неодружені люди мають гірше психічне здоров'я в середньому віці, ніж в молодшому і старшому, проте в одружених людей такої U-подібної тенденції не виявлено.

Важливість проблеми розладів емоційної сфери викликана їх поширеністю, суттєвим впливом на якість життя, соціальне функціонування людини. Так, розлади депресивного спектру охоплюють захворювання, які супроводжуються вираженими медико-соціальними наслідками, серед яких особливої уваги вимагають інвалідність і суїциди. Разом з депресивними розладами може спостерігатись стійка немотивована тривожність, яка виступає не менш серйозним деструктивним психічним станом. Окрім негативного впливу на психічне здоров'я, поведінку і продуктивність діяльності, високий рівень тривожності сприяє розвитку захворювань невротичної групи і несприятливо позначається на якості соціального функціонування.

Таким чином, комплексне дослідження емоційної сфери самотніх жінок постає запорукою гармонійного особистісного розвитку. Все вищезазначене обумовлює вибір теми нашого дослідження «Особливості емоційної сфери жінок середнього віку з різним партнерським статусом». В нашому дослідженні нас цікавить саме середній дорослий вік 30-45 років, що є перехідним етапом життєвого шляху, який визначає подальший психічний розвиток особистості.

Феномен емоційної сфери аналізується науковцями в різноманітних контекстах. Емоційну сферу в структурі особистості та регуляції її поведінки розглядали О.Саннікова, В.Семиченко, О.Чебикін. Вивченням феномену емоційної сфери, а також окремих станів займались і зарубіжні психологи (В.Джеймс, В.Вундт, К.Ізард, А.Бек, З.Фройд, К.Хорні, А.Адлер, А.Лоуен, М.Гельдер, Д.Гет, Р.Майо, Е.Фромм, Р.Мей, Г.Айзенк, Ч.Спілбергер, К.Роджерс, Г.Салліван), які відіграли значну роль в усвідомленні практичної значущості емоційних станів в життєдіяльності особистості. Незважаючи на досить великий обсяг теоретичних і емпіричних досліджень, присвячених вивченню емоційної сфери, а також її розладам, ще і досі спостерігається значна розбіжність в наукових поглядах на природу емоцій, чинники, способи опису тощо.

**Об'єкт дослідження** — феномен емоційної сфери.

**Предмет дослідження** — особливості емоційної сфери жінок середнього віку з різним партнерським статусом.

**Мета** — дослідити особливості емоційної сфери жінок середнього віку в залежності від їх партнерського статусу.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі **завдання**:

- 1) проаналізувати наукову літературу, присвячену феномену емоційної сфери, і зокрема зосередити увагу на таких розладах емоційної сфери, як тривожність і депресія;
- 2) організувати і провести емпіричне дослідження з оцінки емоційної сфери жінок середнього віку з різним партнерським статусом, а саме — визначення рівня вираженості депресії та тривожності, а також подальший аналіз емоційної сфери в залежності від властивостей особистості;
- 3) проаналізувати і проінтерпретувати отримані дані;
- 4) розробити програму з психологічної корекції емоційного стану жінок і запропонувати рекомендації з її імплементації.

Для вирішення дослідницьких завдань нами було задіяно такі **методи**:

- 1) теоретичні методи: аналіз, синтез, систематизація, класифікація, узагальнення даних наукової літератури;
- 2) емпіричні методи: анкетування (авторська анкета для збору даних опитуваних), тестування, зокрема наступні стандартизовані психодіагностичні методики: методика диференціальної діагностики депресивних станів В.Зунга (адаптація Т.Балашової); шкала оцінки рівня особистісної тривожності Ч.Спілбергера (адаптація Ю.Ханіна); методика «Самооцінка психічних станів» Г.Айзенка; діагностичний тест «Емоційного інтелекту» Н.Холла; тест на визначення властивостей особистості міні-ММРІ;
- 3) математично-статистична обробка даних.

В емпіричному дослідженні брали участь жінки середнього віку з різним партнерським статусом. Вибірку дослідження склали 32 особи, які не перебували в партнерських стосунках на момент проведення опитування, і 29 осіб, які перебували в стосунках. Опитування проводилось онлайн, шляхом збору відповідей через Google-форму. Аналіз даних проводився з допомогою статистичного програмного пакету SAS.

## РОЗДІЛ 1. Теоретико-методичні засади вивчення емоційної сфери особистості

### 1.1 Феномен емоційної сфери

Психічні стани — це складні психічні явища, які охоплюють функціональні, емоційні, когнітивні, мотиваційно-вольові аспекти психіки людини, мають внутрішню і зовнішню детермінацію [2].

Деякі автори підкреслюють, що психічні стани неправомірно плутати з емоційними явищами — вони не зводяться до емоцій, почуттів, емоційних реакцій тощо, хоча останні є їх невід'ємною складовою. В психологічній літературі емоційні та психічні стани використовуються як синоніми, натомість емоційні входять до структури психічних як складних цілих, які охоплюють також інтелектуальні, мотиваційно-вольові, функціональні аспекти психіки. Емоційне реагування є одним з проявів цілісного психічного стану особистості. В той же час тип емоційних реакцій, який склався в певний період життєвого часу, відображає ставлення особистості до різних реалій і подій та є їх значущим фактором, беручи участь в утворенні психічних станів [2].

Оскільки емоційні явища є найважливішою складовою психічних станів, ми вважаємо доцільним теоретично дослідити емоційні стани в складі психічних станів.

Історія психічного стану як наукової категорії досить повно відображена в ряді досліджень. Згадки про перші спроби класифікації психічних станів знайдено в староіндійських трактатах (IV-III ст. до н.е.). Геракліт (V-IV ст. до н.е.) стверджував, що стани душі здатні переходити з одного в інший і перехід цей може відбуватись в один і той же час. Алкмеон, Емпедокл і Демокріт висловлювали думку про залежність станів душі від впливу зовнішніх і внутрішніх чинників, а Сократ і Платон — про індетермінованість станів душі. Гіппократ заявляв про пристосувальний характер патологічних відхилень психіки, що багато в чому пояснює



специфіку психічних станів як захисних реакцій, спрямованих на відновлення організмом його функцій і втраченої рівноваги. Виділене в донауковий період поняття «душі» з її станами було предметом філософського осмислення протягом усього розвитку античної філософії, яка зробила значний внесок в формування категоріального апарату психології (душа, темперамент, афект, здібності, фантазія тощо). Саме в цю епоху Аристотель сформулював концепцію рівневої організації життєвих функцій (три різні душі), яка стала початком психофізіологічного розуміння природи людини, людської психіки з її станами і не мала продовження аж до XVII ст. В цій концепції Аристотель підкреслював нероздільність станів душі та їх суб'єкта і в той же час розділяв поняття «психічного стану» та «психічної діяльності». В епоху Відродження Леонардо да Вінчі, прагнучи пізнати цілісну природу людини, вивчав систему психофізіологічних уявлень про головні людські пристрасті: радість, плач, суперечки і фізичне зусилля в роботі. Проблему афектів як тілесних станів, які регулюють психічне життя людини, інтенсивно досліджував в XVII ст. Р.Декарт, який вказував на зв'язок станів зі змінами в поведінці, міміці та в функціонуванні внутрішніх органів людини. Найбільш вагомий внесок в формування фундаментального поняття про психічні стани людини здійснив У.Джеймс, який докладно описав зовнішні прояви психічних і емоційних станів. Більше того, У.Джеймс дав визначення психології як науці про стан свідомості, сторонами якої є характер особистості, мінливість, безперервність і вибірковість. У.Джеймс вважав, що будь-який психічний процес необхідно розглядати на тлі загального стану психіки. В XVIII-XIX ст. були продовжені спроби класифікувати і змістовно вивчити психічні стани. В.Вундт сформулював дихотомічний принцип, який став основою виділення в кожному психічному процесі двох груп: «напруга—розслабленість», «збудження—заспокоєність» [16].

Істотний вклад в дослідження походження і характеристик психічних станів здійснили радянські дослідники першої чверті XX ст. В їх роботах

описано феноменологію емоційних станів, які протікають на тлі загальної психічної напруги, і підходи до їх об'єктивного вивчення. Особлива увага приділялась психічним станам, які передаються від однієї людини до іншої в процесі спілкування. Було сформульовано важливі для науки концепції: концепція відношень і концепція спілкування. Основні положення цих концепцій ґрунтовно пояснюють прояв феномену психічних станів як системи відношень двох сторін: «суб'єкта, який здійснює дії, та об'єкта, по відношенню до якого застосовується дія». Що стосується визначення психічних станів, то в них зазвичай підкреслювалась складність і багаторівневність даного явища. Наприклад, психічний стан визначався як «цілісна характеристика психічної діяльності в певний період часу, в якій відображається своєрідність протікання психічних процесів, залежно від усвідомлених предметів і явищ дійсності, попереднього стану і психічних властивостей особистості» або як «відносно стійке, конкретне взаємовідношення всіх компонентів психіки, яке має певну напругу і виявляє міру урівноваження людини з оточуючим середовищем в певний період часу». Ще одним прикладом визначення психічного стану є «відображення особистістю ситуації у вигляді стійкого цілісного синдрому в динаміці психічної діяльності, який виявляється в єдності поведінки і переживання в певному континуумі часу» [2].

Погляди радянських дослідників на роль психологічних феноменів в переживанні психічних станів отримали продовження в сучасних дослідженнях вітчизняної психології (С.Максименко [22], О.Саннікова [32; 33], В.Семиченко [34], О.Чебикін [37] та ін.). С.Максименко [22] пояснював психічні стани особистості як деякий феномен, як важливу складову психіки людини, як явище, яке характеризується постійним рухом, зміною, перетіканням одного стану в інший. На думку С.Максименко, стани завжди супроводжують життя особистості (тобто людина завжди знаходиться в якому-небудь стані), тому «заданий стан вона описуватиме зовсім не об'єктивно і безпристрасно». Оскільки саме емоції характеризують ставлення

людини до навколишнього світу і будь-яке її переживання, О.Саннікова [32; 33] ствержувала, що в емоціях не стільки відбиваються самі предмети і явища навколишнього світу (як в пізнанні), скільки проявляється суб'єктивне відношення до них. Емоції виражають сенс відбиваного об'єктивного змісту з точки зору потреб суб'єкта і спонукають його до діяльності, спрямованої на об'єкт. Суб'єктивні переживання відношення до навколишніх предметів є власне психічним в емоціях. Емоційні явища можуть бути представлені як актуальними (ситуативними) емоціями, так і емоційністю (стійкою схильністю до переживання емоцій певної модальності). Перші характеризують стани, другі — властивість особистості. Що стосується актуальних (ситуативних) емоцій, то вони презентують свідомості актуальне, активно-вибірче відношення суб'єкта до безпосередньо відбиваного змісту. Ситуативна емоція (емоційна реакція), яка виникає, реалізується в емоційних станах, суб'єктивних переживаннях. В свою чергу емоційність як стійка властивість особистості виступає як початковий рівень реагування на емоціогенні ситуації. Саме завдяки відмінностям в емоційності як стійкій властивості особистості можна знайти пояснення тій різноманітності актуальних (ситуативних) емоцій, які виникають в різних людей в одних і тих же ситуаціях, тобто в ситуаціях відносно однакової емоціогенності, але проявляються різною інтенсивністю і якістю переживань. Для розрізнення емоційних процесів і станів В.Семиченко [34] використала таку ознаку: емоції більшою мірою відображають фактор прогнозування, виникають як реакція не стільки на подію, яка відбулась, скільки на подію ймовірну; вони зміщуються до початку події, передбачаючи найбільш вірогідний результат події, а також ступінь реагування людини. Дослідження О.Чебикіна [37] підтверджують, що емоції є одним з компонентів психічних станів. Взявши до уваги широкий спектр досліджень в галузі психічних станів, О.Чебикін відзначив, що зростання інтересу до цієї проблеми обумовлене збільшенням уваги до змін психічних станів в екстремальних або стресових ситуаціях, а

також збільшенням напруженості освітнього та інформаційного середовища, яке призводить до підвищеної напруженості психічних станів людей.

Розкриваючи феномен емоційних станів, постає необхідним вивчення власне причин їх виникнення.

Найбільш відомими науковими теоріями походження емоцій є:

- еволюційна теорія емоцій Чарльза Дарвіна;
- Периферична теорія У.Джеймса-Г.Ланге;
- Асоціативна теорія В.Вундта;
- теорія В.Кеннона-П.Барда;
- теорія диференційованих емоцій К.Ізарда;
- судинна теорія вираження емоцій І.Уейнбаума;
- психоаналітична теорія емоцій;
- фрустраційні теорії емоцій;
- когнітивно-фізіологічна теорія емоцій С.Шехтера;
- пізнавальна теорія емоцій М.Арнольда-Р.Лазаруса;
- фізіологічні механізми емоційних реакцій;
- рефлекторні механізми виникнення емоційних реакцій;
- емоції та вища нервова діяльність;
- вегетативно-гуморальна теорія емоцій П.Генрі.

*Еволюційна теорія емоцій Чарльза Дарвіна* [36]. В результаті власних спостережень Ч.Дарвін прийшов до висновку, що міміка та інші виразні рухи відображають стан нервової системи і залежать від емоцій. Виразні рухи не супроводжують емоції, а виступають зовнішньою формою їхнього існування. Ці рухи прооявляються в міміці (виразні рухи обличчя), пантоміміці (виразні рухи всього тіла) і голосових реакціях (тембр голосу та інтонація). Окрім цього, емоційні переживання виражаються не лише в сильних рухах, а також в мікрорухах (тремор, реакції зіниць).

*Периферична теорія У.Джеймса-Г.Ланге* [64]. Згідно теорії У.Джеймса, емоція — це відчуття тілесного збудження безпосередньо після усвідомлення факту, який це збудження викликає. Незалежно від У.Джеймса, датський

патологоанатом Г.Ланге опублікував працю, в якій висловив схожі думки. Але якщо для першого органічні зміни зводилися до вісцеральних (внутрішні органи), то для іншого вони були переважно фазомоторними. На думку Г.Ланге, радість є сукупністю двох явищ: посилення моторної іннервації та розширення кровоносних судин. Сум, навпаки, є наслідком ослаблення рухової іннервації та звуження кровоносних судин. Таким чином, згідно теорії У.Джеймса-Г.Ланге, подразник викликає фізіологічні зміни і прояви, які передають сигнал в мозок, після чого виникає емоція або емоційне переживання.

*Теорія В.Кеннона-П.Барда* [52]. На думку В.Кеннона, етапи виникнення емоцій і супутніх їм фізіологічних зрушень виглядають так: подразник -> збудження таламуса -> емоції -> фізіологічні зміни. В.Кеннон стверджував, що фізіологічні порушення, які виникають при різних емоціях, бувають досить схожими і не відображають їхньої якісної своєрідності. Окрім цього, ці фізіологічні зміни розгортаються повільно, в той час як емоційні переживання виникають швидко, тобто передують фізіологічній реакції. А штучно зумовлені фізіологічні зміни, які характерні для певних сильних емоцій, не завжди спричиняють очікувану емоційну поведінку. В пізніших дослідженнях П.Барда було встановлено, що емоційні переживання і фізіологічні порушення, які їх супроводжують, виникають майже одночасно, тобто подразник одночасно впливає і викликає емоцію та фізіологічні зміни.

*Асоціативна або тривимірна теорія В.Вундта* [9]. Згідно цієї теорії, емоції полярні, наприклад, протилежність приємного і неприємного, напруження і розрядки, збудження і пригніченості. Так, разом зі збудженою радістю (радістю-тріумфом) існують також радість напружена (радість-очікування) і радість спокійна (радість-умиротворення). Тілесні реакції Вундт розглядав лише як наслідок відчуттів. Таким чином, певна емоція, виникаючи в свідомості людини, щоразу асоціюється з відповідним їй нижчим почуттям або відчуттям, яке є близьким за змістом.

В теорії диференційованих емоцій К.Ізарда [24; 36; 64] кожна емоція розглядається окремо від інших як самостійний переживально-мотиваційний процес. К.Ізард визначав емоції як складну систему, яка охоплює нейрофізіологічні, нервово-м'язові та чутливо-переживальні аспекти. Деякі емоції внаслідок вроджених механізмів, які лежать в їхній основі, організовані ієрархічно. Джерелами емоцій є нейронні та нервово-м'язові активатори (гормони і нейромедіатори, наркотичні препарати), афективні активатори (статевий потяг, втома) і когнітивні активатори (пам'ять, антиципація). К.Ізард стверджував, що емоції являються основною мотиваційною системою організму.

*Судинна теорія вираження емоцій І.Уейнбаума* [24; 26; 52]. Опіраючись на тісну взаємодію між м'язами обличчя і мозковим кровообігом, І.Уейнбаум припускав, що м'язи обличчя регулюють кровообіг. Впливаючи протилежним чином на вени і артерії, вони підсилюють прилив або відтік крові в мозок, що супроводжується зміною суб'єктивних переживань.

*Психоаналітична теорія емоцій* [9]. Згідно уявлень психоаналітиків на природу виникнення емоцій, певний перцептивний образ, сприйнятий ззовні, спричинює неусвідомлену мобілізацію інстинктивної енергії людиною. І в тому випадку, коли ця енергія не інкорпорується в зовнішній активності людини, розрядка відбувається через інші канали у вигляді мимовільної активності. Емоційне переживання і емоційна експресія являються різними видами такої активності. Вони можуть проявлятися по чергово, одночасно чи незалежно одне від одного. З.Фройд і його послідовники розглядали лише негативні емоції, які виникають внаслідок конфлікту потягів. Тому вони виокремлювали в афекті три аспекти: енергетичний компонент інстинктивного потягу (заряд афекту), процес розрядки і сприйняття остаточної розрядки (відчуття або переживання емоції).

*Фрустраційні теорії емоцій* [12; 52]. Ця група теорій пояснює виникнення негативних емоцій як наслідок невдачі в задоволенні потреб і потягів. В цьому разі йдеться про емоції, які виникають як оцінка ступеня

успішності чи неуспішності задоволення потреб, а саме — емоції гніву, злості, люті, досади, страху. Дж.Дьюї, який вважається основоположником фрустраційних теорій емоцій, стверджував, що емоції виникають лише в разі наявності перешкод при здійсненні інстинктивних дій або довільних форм поведінки. Тому в прагненні адаптуватися до нових умов життя людина пізнає емоції. Згідно поглядів Дж.Дьюї, емоція — це адаптація або напруження звичок та ідеалу, а боротьба за адаптацію проявляється органічними змінами. Фрустрація — емоційний стан людини, який викликається об'єктивно нездоланими перешкодами або труднощами на шляху досягнення бажаної мети. В стані фрустрації людина може сваритися, гніватися, кричати, агресувати, дратуватися. Часто повторювані в ранньому дитинстві стани фрустрації можуть призвести в одних до байдужості та безініціативності, а в інших — до агресивності та заздрості як стереотипних форм поведінки в подібних ситуаціях. Стан фрустрації може супроводжуватися розчаруванням, роздратованістю, тривогою, відчаєм, апатією. Згодом виникла теорія когнітивного дисонансу Л.Фестінгера. Відповідно до теорії Л.Фестінгера, негативні емоції зумовлює когнітивний дисонанс, який характеризується розбіжністю між очікуваним і дійсним результатом діяльності. Натомість появу позитивних емоцій зумовлює когнітивний консонанс, тобто збіг очікуваного і дійсного результату. Емоції, які виникають при дисонансі та консонансі, Л.Фестінгер розглядав як основні мотиви відповідної поведінки людини.

*Когнітивно-фізіологічна теорія емоцій С.Шехтера [24].* Відповідно до цієї теорії, певна подія чи ситуація викликає збудження і в людини виникає необхідність оцінити ситуацію, яка власне це збудження і спричинила. На думку С.Шехтера, разом з стимулами і відповідними фізіологічними змінами в організмі на виникнення емоцій впливають попередній досвід людини і оцінка нею ситуації, яка виникла з огляду на актуальні потреби та інтереси. Тобто емоційний стан — це результат взаємодії двох компонентів: активації

та висновку людини про причину збудження на основі оцінки ситуації, за якої виникли емоції.

*Пізнавальна теорія емоцій М.Арнольда-Р.Лазаруса [9].* В М.Арнольда інтуїтивна оцінка об'єкта являється пізнавальною детермінантою емоцій. Емоція, як і дія, настає за цією оцінкою. Оцінку характеризує миттєвість, безпосередність і ненавмисність, тобто інтуїтивність. Таку інтуїтивну оцінку М.Арнольд розумів як почуттєве судження, на відміну від абстрактного рефлексивного судження. В концепції Р.Лазаруса центральною також виступає ідея про пізнавальну детермінацію емоцій, коли когнітивне опосередкування є необхідною умовою для появи емоцій. Однак Р.Лазарус критикував М.Арнольд за те, що поняття «оцінка» залишається суб'єктивним і не пов'язується з фактами, які можна безпосередньо спостерігати, ігноруючи таким чином питання про умови, які детермінують оцінку. Окрім цього, Р.Лазарус не погоджувався з думкою М.Арнольда, що оцінка є чуттєвою (емоційною) за характером. В концепції Р.Лазаруса є такі головні положення:

- кожна емоційна реакція, незалежно від її змісту, являється функцією виняткового способу оцінки чи пізнання;
- емоційна відповідь постає певним синдромом, кожен з компонентів якого відображає певний важливий момент в загальній реакції.

Центральним поняттям концепції Р.Лазаруса є «загроза» як оцінка ситуації, яка базується на передбаченні майбутньої конфронтації (зіткнення) з шкодою, де передбачення спирається на сигнали, оцінювані з допомогою пізнавальних процесів. Таким чином, Р.Лазарус, розуміючи емоцію як синдром, який характеризується трьома ключовими групами симптомів: суб'єктивні переживання, моторні реакції та фізіологічні порушення, розглядав не лише переживання, а також афективні реакції. Щойно певний стимул оцінюється як загрозливий, відразу активуються процеси подолання загрози, які спрямовані на усунення або зменшення шкоди. Тенденції до дій з усунення наявної загрози відображаються в різних симптомах емоційних реакцій.



*Фізіологічні механізми емоційних реакцій* [12]. Концепція мозкової організації емоційної сфери являється недостатньо розробленою. Існують два напрями з вивчення мозкової організації емоційної сфери: вузький локалізаціонізм і системний підхід. Прихильники локалізаціоністських концепцій стверджували, що для кожної базової емоції є свої центри. В дослідях з використанням електростимуляції певних ділянок мозку тварин і людини було виявлено, що задні відділи гіпоталамуса, мигдалеподібне ядро, склепіння і передні частини острівця пов'язані з емоцією страху; серединний центр таламуса і мигдалина — з люттю; медіальні ядра таламуса, передній відділ гіпоталамуса і мигдалина — з емоцією тривоги; фронтальні сфери, зона перегородки і вентромедіальні ядра таламуса — з переживанням задоволення. Таким чином, підкіркові центри пов'язують з емоційним реагуванням. Проте, згідно цих досліджень, лише незначна кількість емоцій зумовлена вузьколокалізованими подразненнями головного мозку. Інші емоції не мають строгої локалізації та виникають в результаті умовно-рефлекторних сполучень базових емоцій в процесі надбання соціального досвіду.

*Рефлекторні механізми виникнення емоційних реакцій* [27]. Емоційні реакції можуть виникати як довільно, так і мимоволі. Мимовільне виникнення емоцій може бути безумовно-рефлекторним і умовно-рефлекторним. Довільний механізм появи емоцій пов'язаний, насамперед, з оцінкою можливості та ступеня задоволення людиною потреб. Емоції можуть виявлятися як продукт уявлень людини про ті чи інші об'єкти, а також минулі та майбутні події. Емоції виконують низку функцій:

- відображувально-оціночну — відбувається за рахунок суб'єктивного компонента емоційного реагування в основному на початковому етапі довільного керування (при виникненні потреб і розгортанні відповідно до них мотиваційного процесу) і на кінцевому етапі (при оцінці досягнутого результату: задоволення потреб чи реалізації наміру);
- сигнальну — повідомлення про користь або негативні впливи на організм людини різних стимулів;

- мотиваційну — полягає в оцінюванні значущості впливу подразника і прогнозуванні можливості задоволення потреб;
- активаційну — проявляється за рахунок фізіологічного компонента, наприклад, страх провокує викид в організмі людини адреналіну під час небезпеки для життя або втечі.

*Емоції та вища нервова діяльність* [5; 27]. Досягнення в сфері фізіології та поява електроенцефалографії посприяли появі ще однієї теорії виникнення емоцій — активаційній, яку сформулювали Д.Ліндслі та Д.Хебб. Відповідно до поглядів Д.Ліндслі та Д.Хебб, на емоційний стан впливає ретикулярна формація нижньої частини стовбура головного мозку. Комплекс активації, який виникає при порушенні ретикулярної формації, являється фізіологічним вираженням емоцій і відображається в електроенцефалограмі. Недоліком цієї теорії вважається її односторонність в розумінні анатомо-фізіологічних механізмів виникнення емоцій.

На гормональній регуляції базується *вегетативно-гуморальна теорія емоцій П.Генрі* [9]. На думку П.Генрі, негативні емоції мають свій тип паттернів вегетативних реакцій. Гнів пов'язаний з порушенням центрального ядра мигдалини і збільшенням змісту норадреналіну та тестостерону, а страх — з порушенням базолатерального ядра мигдалини і переважаючим викидом адреналіну над норадреналіном. Зростає, хоча і не набагато, кількість кортизолу, що свідчить про збільшення активності кори наднирників. Згідно теорії П.Генрі, порушення системи «гіпофіз—кора наднирників», яке характеризується викидом кортикостероїду, адренкортикотропного гормону (АКТГ), ендорфінів і зниженням кількості тестостерону, спричинює появу депресії. На думку П.Генрі, для емоцій гніву і страху єдиним протилежним полюсом являється позитивна емоція у вигляді переживання стану безтурботності, який сполучається зі зниженням активності кори наднирників, а значить — зі зниженням адреналіну і норадреналіну. Депресії ж протиставляється стан піднесеності, якому відповідає зниження рівня

АКТГ, кортизолу і ендорфінів та збільшення вмісту в крові статевих гормонів (тестостерону — в чоловіків, естрогену і прогестерону — в жінок).

## 1.2 Розлади емоційної сфери. Симптоми зниженого настрою

Феномену тривожності присвячена велика кількість досліджень (З.Фройд, К.Хорні, Е.Фромм, Р.Мей, Г.Айзенк, Ч.Спілбергер, К.Роджерс, Г.Салліван та ін.), причому не тільки в психології та психіатрії, але і в біохімії, фізіології, філософії та соціології. Вивчення тривожності на різних етапах життя є важливим як для розкриття суті даного явища, так і для розуміння вікових закономірностей розвитку емоційної сфери людини. Саме тривожність можна виявити в основі цілого ряду психологічних труднощів, включно з порушеннями розвитку і поведінки дитини та підлітка (наприклад, делінквентність і адиктивна поведінка).

На думку З.Фрейда [63], зіткнення біологічних потягів і соціальних заборон призводить до виникнення неврозів і тривожності. З.Фройд стверджував, що в разі передбачення небезпеки чи очікування важливої події за умов невизначеності та неявно визначеного об'єкта в людини виникає стан внутрішнього занепокоєння, ознаками якого є відчуття загрози, власні переживання щодо наслідків загрози і тілесні реакції. Згідно теорії А.Адлера [63], внаслідок невдалого соціального досвіду або неможливості досягти бажаного через індивідуальні особливості виникає тривога, яка знаходиться в основі неврозів. К.Хорні [63] стверджувала, що головним джерелом тривоги являється зовсім не конфлікт між біологічними потягами і соціальними заборонами, а невдалі людські стосунки. Відповідно, тривога як прояв недовіри до соціуму загалом визначається соціально, тому необхідність її подолання заважає особистісному самовдосконаленню. А тривожність як прояв занепокоєння з'являється ще в дитинстві через страх несхвалення рідними. Відображення оцінок оточуючих і ролей, перейнятих під впливом суспільства, розглядаються в концепції Г.Саллівана [83] як основні переживання дитини. Покарання і втрата поваги оточуючих внаслідок вчинку, який отримує негативну оцінку від соціального оточення, призводить до втрати відчуття власної безпеки, а значить — до наростання відчуття тривожності. Таким чином, джерелом розвитку тривожності Г.Салліван

називав соціальне оточення, а саме — батьків. Якщо батьки часто переживають неспокій, то в такому разі емпатія як механізм емоційного зараження здатна спричиняти в дитини виникнення відчуття тривожності. Саме емпатія допомагає дитині розуміти емоційний стан батьків, внаслідок чого дитина пізнає схвалення і осудження, відчуття задоволення і безпеки. Отже, будь-яке переживання, яке входить в конфлікт з самістю, викликає тривожність. На думку Е.Фромма [59], між історичним розвитком людства і тривожністю існує суттєвий зв'язок. Так, внаслідок переходу людства до капіталізму відбулись певні зміни: руйнування природних соціальних зв'язків і поява вільного індивіда, — і все це призвело до переживання тривоги, невпевненості, сумнівів, самотності та відчуженості.

Незважаючи на велику кількість досліджень як в психіатрії, так і в психології, існує незлагодженість щодо визначення терміну «тривожність». Використання терміну «тривожність» в різноманітних контекстах спричинило його багатозначність і семантичну невизначеність. «Тривожність — психічний стан емоційної напруги, настороженості, хвилювання, душевного дискомфорту, підвищеної вразливості при ускладненнях, загостреного відчуття провини і недооцінювання себе в ситуаціях очікування, невизначеності або передчуття неясної загрози значущій рівновазі особистості» [28, с. 138]. Тривожність часто розглядається в загальному ряді невротичних і преневротичних утворень, які породжуються внутрішніми конфліктами. Центральними моментами тут виявляються протиріччя між можливостями, які є в особистості, та вимогами, які до неї висуваються, що є підґрунтям для виникнення тривожності. В даному випадку акцент зміщується зі зовнішніх чинників на їх переживання і оцінку. Саме значущість викликає емоційне напруження і визначає силу конфліктуючих переживань, що переживається як тривожність. Тривале збереження внутрішнього конфлікту сприяє посиленню тривожності [6]. Д.Мак-Клеланд [8] пояснював зв'язок тривожності, тривоги і внутрішнього конфлікту самооціночного типу тим, що наявність внутрішніх суперечностей в образі

«Я» і дисгармонійного уявлення про себе призводять до зниження сили «Я» і підвищення сприйнятливості до фрустрації, яка сприяє переживанню тривоги. На думку деяких радянських дослідників [8], тривожність — це емоційно особистісне утворення, яке має когнітивний, емоційний і операціональний аспекти. Певний рівень тривожності в нормі властивий всім людям і є необхідним для оптимального пристосування людини до дійсності. Наявність тривожності як стійкого утворення — свідчення порушень в особистісному розвитку, які стають на заваді нормальній діяльності та спілкуванню. Тривожність як стійке утворення зумовлена незадоволенням провідних соціогенних потреб, перш за все, потреб «Я». Отже, під тривожністю розуміли і гіпотетичну проміжну змінну, і тимчасовий психічний стан, який виникає під впливом стресових факторів, і фрустрацію соціальних потреб, і властивість особистості, яка дається через опис внутрішніх факторів та зовнішніх характеристик, і мотиваційний конфлікт. З іншого боку, між науковцями існувала згода відносно загальних контурів тривожності (розгляд її в співвідношенні «стан—властивість», розуміння функцій стану тривоги, стійкої тривожності) та виділення тривожного типу особистості.

Значні складнощі пов'язані з співвідношенням понять «тривожність», «тривога» і «страх». Розмежування явищ тривоги і страху відбулось лише на початку XIX ст. та пов'язано з іменем датського філософа і теолога С.К'єркегора [8], який трактував тривогу як безпредметний, невизначений страх-тугу, а страх розумів як конкретний, емпіричний страх-боязнь. Раніше ж все об'єднувалося єдиним поняттям «страх». Серед сучасних дослідників [8] загальноприйнятним є розуміння, що страх — це реакція на конкретну, певну, реальну небезпеку, а тривожність — це переживання непевної, неясної, безоб'єктної загрози, переважно уявного характеру. Згідно іншої позиції, страх переживається при загрозі вітальній, коли щось загрожує цілісності людини як живій істоті, людському організму, а тривожність — при загрозі соціальній, особистісній. Небезпека в цьому випадку загрожує цінностям

людини, потребам її «Я», стосункам з іншими людьми, статусу в суспільстві. На думку Н.Імедадзе [8], тривожність — це емоційний стан, який виникає перед можливістю фрустрації соціальних потреб. І.Сарасон [8] проводить різницю між тривожністю і страхом, виходячи з спрямованості уваги: при страху увага спрямована назовні, а при тривожності — всередину, людина фіксується на своєму внутрішньому стані. К.Ізард [64] розглядав страх як фундаментальну емоцію, а тривожність — як більш складне емоційне утворення, яке формується на його основі, часто в комбінації з іншими базовими емоціями (наприклад, з стражданням, гнівом, провинною, соромом та інтересом). На думку Ч.Спілбергера [6], тривога — це емоційний стан, який може виникати в ситуації загрози, небезпеки, невизначеності та проявляється у вигляді напруження, очікування розвитку подій за несприятливим сценарієм. Часті переживання людиною стану тривоги можуть призводити до формування такої особистісної риси як тривожність — відносно сформованої схильності особистості до надмірного хвилювання, сприймання загрози власному «Я» в різних ситуаціях і, як наслідок, зростання стану суб'єктивної тривоги. Стійка спрямованість особистості на сприймання загрозливих ситуацій трансформує тривожність в диспозиційне утворення, яке формує стабільне відношення до оточуючої дійсності.

Щодо причин виникнення тривожності та тривоги, то в науковій літературі існують різні погляди і підходи. На думку К.Роджерса [78], виникненню тривоги сприяють певні ситуації, які виходять за межі власних конструктів і не усвідомлюються особистістю. А протиріччя, які виникають між «Я»-реальним і «Я»-ідеальним, призводять до напруженості, викликаючи тривожність. Будучи прихильником теорії З.Фрейда, В.Райх [6] розглядав тривожність як психосоматичний феномен, виділяючи в ньому симптоми м'язової ригідності та блокади тілесних органів. Досліджуючи тривожність на фізіологічному рівні, В.Райх стверджував, що вона існує на нейроендокринному, рухово-вісцеральному і психологічному рівнях.

Зважаючи на різноманітні підходи до розуміння і тлумачення феномену тривожності, в науковій літературі наявна також розмаїтість класифікацій видів і форм прояву тривожності. Наприклад, А.Прихожан [6] виділяла такі види тривожності, як особистісна, ситуативна, відкрита і прихована, де особистісна тривожність — це базова риса особистості, яка формується в ранньому дитинстві та проявляється як готовність особистості до хвилювання і переживання страху з приводу різних суб'єктивно значимих подій, а ситуативна тривожність виступає показником інтенсивності переживання, яке виникає у відповідь на будь-яку типову подію. При відкритій формі тривожності переживання здійснюється особистістю свідомо, транслюючи стан тривоги через поведінку і дії. До відкритих форм належать гостра, нерегульована тривожність, регульована і компенсована тривожність, культивована тривожність. Прихована тривожність характеризується надмірним спокоєм, нечутливістю до реальних неприємностей і навіть їх запереченням. До прихованих форм належать надмірні залежність і мрійливість, агресивність, брехливість, лінь, апатія тощо. Також, залежно від ситуації, в якій перебуває суб'єкт, А.Прихожан виділяла навчальну, самооціночну і міжособистісну тривожність. Ю.Ханін [6] виділяв ситуативну і особистісну тривожність, де ситуативна тривожність виникає внаслідок реакції особистості на різноманітні соціальні та психологічні причини (очікування негативної реакції або агресії, загроза власному престижу тощо), а особистісна тривожність є відносно стійкою схильністю людини сприймати загрозу власному «Я» в різних ситуаціях і обставинах та відповідна реакція на неї. Мобілізуючу і демобілізуючу тривожність в своїх наукових працях описував Р.Мей [73]. Мобілізуюча тривожність проявляється в стенічних реакціях, загальному збудженні та стимуляції активності. Демобілізуюча тривожність проявляється в астенії, ступорі, втраті інтересу тощо.

Тривожність має захисну (передбачення небезпеки і підготовка до неї) та мотиваційну функції (легка тривожність посилює мотивацію досягнення). Нормальний (оптимальний) рівень тривожності розглядається як необхідний



для ефективного пристосування до дійсності (адаптивна, мобілізуюча тривога). Надмірно високий рівень розглядається як дезадаптивна реакція, яка виявляється в загальній дезорганізації поведінки і діяльності. При вивченні проблем тривожності розглядається і повна відсутність тривоги як явище, яке перешкоджає нормальній адаптації, а також стійка тривожність, яка заважає нормальному розвитку і продуктивній діяльності [8].

Відповідь щодо причин стійкої тривожності залежить від того, чи розглядається вона як особистісне утворення і/або як властивість темпераменту. При розумінні тривожності як властивості темпераменту основними факторами визнаються природні передумови, тобто властивості нервової та ендокринної систем, а саме — слабкість нервових процесів. Проте розуміння тривожності як відносно стійкої особистісної характеристики спрямовує увагу на роль особистісних і соціальних факторів в її виникненні та закріпленні, перш за все, особливостей спілкування. Виділяються наступні типи джерел стійкої тривожності [8]:

- довготривала зовнішня стресова ситуація, яка виникла в результаті частого переживання стану тривоги;
- внутрішні (психологічні та/або психофізіологічні) причини.

Як ще одне (екстремальне) зовнішнє джерело тривожності в літературі виділяється посттравматичний стрес. Загальна тривожність є одним з центральних компонентів посттравматичного синдрому в дорослих. Багато досліджень присвячено тривожності, яка виникла в результаті таких травматичних факторів, як аварії, природні катастрофи, перебування в клініці, хірургічні операції, розлучення батьків. Особливу групу робіт складає вивчення тривожності дітей-жертв жорстокого поводження, сімейного насилля [8].

Р.Лазарус і Дж.Аверіл [8] вважали, що профілактика і корекція тривожності полягає в когнітивній переоцінці ситуації та зміні ставлення до неї.

Щодо депресії, то історичні дані про виявлення і вивчення депресивних розладів сягають Давньої Греції, коли Гіппократ виокремив наступні типи розладів: манію, меланхолію, френит (запалення, яке вражає душу і тіло). Р.Бертон [42] вважав, що бездіяльність спричинює більшість хвороб, але на її прояв впливають і спосіб життя людини загалом, і звички, і традиції, яких вона дотримується. В своїх дослідженнях Р.Бертон вперше використав поняття «меланхолії» як прояву депресивного розладу. Франсуа Боссьє де Соваж [7], вдосконалюючи методи діагностики депресії, розробив нозологічну систему, яка налічувала чотирнадцять підтипів меланхолії. В результаті вивчення депресії як психічного розладу вагомим є внесок Е.Крепеліна [7], який вперше виявив, що раннє недоумство і маніакально-депресивний психоз — це різні захворювання. Саме Е.Крепелін запропонував застосовувати в психології термін «інволюційна меланхолія» під час діагностики різних видів депресивних розладів, зокрема в людей середнього віку. Е.Крепелін стверджував, що раннє недоумство виявляється ще в юнацькому віці та стає причиною глибокого дефекту особистості, зумовленого органічними змінами головного мозку. Над питанням проявів депресивних розладів працювало чимало практиків-клініцистів, з-поміж яких К.Ізард, А.Бек, Дж.Давіс, М.Гельдер, Д.Гет, Р.Майо та ін. В працях зазначених науковців розглядаються теорії вивчення депресивних розладів, визначені та проаналізовані чинники, які впливають на прояв депресивних симптомів, пропонуються методики лікування депресивних розладів [13; 14].

У теоретичній і практичній психології депресію розглядають як феномен здорової психіки і як феномен психопатології людини. Найчастіше цей термін визначається як синдром, який включає психологічні, емоційні, соматоневрологічні та інші клінічні прояви захворювання. Депресивний розлад спирається на психологічну складову поняття «депресії». Депресія — афективний стан, який характеризується негативним емоційним фоном, уповільненням розумових процесів, руховою загальмованістю. Депресивні розлади характеризуються тріадою психічних розладів: зниженим настроєм,

уповільненням розумових процесів, руховою загальмованістю, недостатністю або відсутністю взаємодії з навколишнім світом. Відчуття змінюються в міру того, як змінюються зовнішні обставини, що викликає різні реакції з боку організму [71].

Існує чимала кількість моделей виникнення депресії, хоча жодна з них не може бути самостійною, оскільки депресія — мультифакторне захворювання, яке ускладнює не лише процес діагностування і виявлення механізмів, які є причиною її формування і розвитку, а також лікування і профілактику на різних рівнях. Депресія є причиною найсильніших психологічних, емоційних і фізичних страждань, які впливають і на якість життя хворого, і на рівень його соціальної та трудової активності, та доволі часто є причиною інвалідизації [3].

Депресивні розлади мають типові симптоми, зокрема постійне пригнічення настрою, втрата інтересу до життя і нездатність отримувати задоволення, нейровегетативні розлади, зниження рівня енергії, яке виявляється в результаті дисфункціонального порушення соціальної та професійної діяльності, надмірне відчуття провини, знижена здатність до концентрації уваги і виникнення суїцидальних думок. В окремих випадках в людини може виявлятися не пригнічений стан, а, навпаки, підвищена дратівливість, тривожність, емоційна нестабільність [56].

Психологи (А.Бек [44], Д.Хелл [62] та ін.) вказували на те, що депресія зумовлює негативні зміни і в когнітивній сфері особистості, зокрема депресивний настрій є причиною негативного мислення, песимістичного сприйняття світу і самосприйняття. А.Бек [44] розглядав депресію не просто як емоційний розлад, а як своєрідний когнітивний стан, коли під дією психотравмуючих факторів активізується дисфункціональна схема — когнітивна тріада депресії. Перший компонент депресивної когнітивної тріади стосується уявлень людини про себе як про нікчому, безпомічну, ні на що не здатну особу. Другий компонент передбачає негативний погляд на оточуючий світ, який змушує людину трактувати свою взаємодію з ним як

ланцюжок провалів і поразок, в похмурих тонах змальовувати своє минуле і сьогодення. Третій компонент — це песимістичні очікування стосовно власного майбутнього, яке розглядається як безрадісне і безперспективне. Ці когнітивні паттерни зумовлюють появу мотиваційних, поведінкових і фізичних симптомів депресії. Депресивні схеми ускладнюють нормальну когнітивну переробку, сприйняття, пригадування інформації. Людина втрачає здатність адекватно інтерпретувати життєві події, в неї виробляється депресивний стиль мислення (самозвинувачення, перебільшення своїх недоліків, загострене почуття відповідальності тощо).

Д.Хелл [62] пропонував розглядати депресію як захисний механізм, який виконує функцію внутрішньої інтеграції та забезпечує виживання в кризових життєвих ситуаціях. На думку Д.Хелла, в період життєвої кризи, коли людина втрачає значущий об'єкт, в неї виникає природне відчуття печалі, яке допомагає їй пережити цю подію. Якщо ж людина не може змиритися з втратою, страх перед якою набуває патологічного характеру, ситуація стає вкрай небезпечною (виникає ймовірність тяжкого психічного захворювання). За таких умов спрацьовують психологічні механізми захисту, коли відчуття нестерпної печалі не допускається до свідомості людини внаслідок специфічної когнітивно-афективної переробки почуттів, тому її заміщають депресивна пустота, байдужість, апатія.

Д.Хелл [62] описав схему розгортання складових депресивної поведінки. Спочатку поведінка людини, яка страждає від депресії, схожа на заклик, крик про допомогу. Відчай і безпорадність викликають в близьких співчуття і бажання допомогти. Однак скарги депресивної людини з часом починають провокувати в оточуючих незадоволення і ворожі почуття до неї, зокрема дратівливість і нестриманість призводять до появи відчуженості в людей, з якими вона спілкується. Тобто заклик, ворожість і відчуження як компоненти депресивної поведінки викликають в оточуючих амбівалентні почуття, а саме — співчуття, роздратування і прагнення уникати спілкування. Іноді суперечливі почуття близьких бувають настільки сильними, що

провокують і в них відчуття безпорадності та внутрішньої спустошеності. Таким чином, депресія не є проблемою лише її носія, вона приносить страждання і його близьким, проникаючи в сферу міжособистісних стосунків.

Залежно від рівня прояву і причин виникнення, депресивні розлади відносять до різних груп. Відповідно до сучасних наукових уявлень, депресивні розлади поділяються на психогенні, ендогенні, соматогенні [7]. Причиною виникнення психогенних депресивних розладів є психологічні або стресові ситуації. Ендогенні депресивні розлади можуть виникати при шизофренії, маніакально-депресивному психозі або при інволюційній меланхолії. Соматогенні депресивні розлади відбуваються на тлі різних соматичних захворювань. Деякі вчені вважали, що головною причиною виникнення і прояву психічного розладу є дисфункціональні розлади нейротрансмітерних систем [3; 4; 14]. На розвиток депресії впливають також інші чинники. Ознаки депресії можуть виявлятися на будь-якому етапі життя людини, інколи навіть в дитячому віці (див. рис. 1.1).



Рис. 1.1. Модель етіопатогенезу депресії (адаптовано за Бедлінським В.О. Психоневрологія та нейропсихіатрія. 2018. №3 (96). С. 22-24)

Ступінь розвитку депресії науковцями характеризувався по-різному. Відповідно до шкали вираженості депресії, запропонованої А.Беком [43], виділяють легкий, середній і високий ступінь розвитку депресії. За методикою диференціальної діагностики депресивних станів, розробленою В.Зунгом [89], аналізується загальний стан особистості, її настроїв, на основі чого робиться висновок про легку депресію ситуативного чи стресового характеру, субдепресію чи замасковану депресію і власне депресію. В сучасній медичній практиці використовують два підходи до класифікації депресивних розладів. Перший підхід ґрунтується на Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) [66], яка відповідає критеріям ВООЗ. Використання МКХ-10 обов'язкове в медичній практиці України. В американській системі здоров'я використовують критерії, описані в «Посібнику з діагностики і статистики психічних розладів — DSM-IV» [57]. Вони є базовими в більшості випадків дослідження депресивних розладів (див. табл. 1.1) [57; 66].

Таблиця 1.1

## Симптоми депресії згідно МКХ-10 і DSM-IV

МКХ-10	DSM-IV
Депресивний настрій	Депресивний настрій
Втрата інтересу і відчуття задоволення в багатьох видах діяльності	Втрата інтересу і відчуття задоволення в багатьох видах діяльності
Втрата енергії	Слабкість або втрата енергії
Зниження апетиту	Зниження маси тіла (до 5% в місяць)
Безсоння	Безсоння або сонливість
Відчуття нікчемності чи провини	Відчуття нікчемності чи провини
Зниження концентрації уваги	Зниження концентрації або зниження здатності приймати рішення
Думки про самогубство	Часті думки про смерть або планування спроби суїциду
Песимістичні думки	Повільне психомоторне функціонування або збудження
Зниження впевненості у собі або самосвідомості	

О.Лоуен [71] запропонував розділяти людей на дві категорії з точки зору розвитку депресивності: зосереджені на зовнішньому світі та його

цінностях і такі, які живуть своїм внутрішнім світом. Ці категорії не абсолютні, а просто є зручними термінами для опису поведінки і ставлення людей до дійсності. Насправді, багато хто знаходиться десь посередині, не належачи ні до першої, ні до другої категорії. Ті, хто зосереджені на зовнішньому світі, вразливіші для депресії, ніж ті, хто зосереджений на світі внутрішньому. В широкому сенсі внутрішньо-орієнтована людина володіє сильним і глибоким відчуттям самості. На відміну від людини зовнішнього світу, її поведінка і погляди менше піддаються впливу постійно змінних умов зовнішнього оточення. Ця особистість має внутрішню стабільність і впорядкованість у власних емоціях та почуттях, знаходиться на твердому фундаменті самоусвідомлення і самоствердження.

Виділяють такі наслідки депресії [29]:

1. Соціальні наслідки депресії. Депресія впливає на людину, її особистість, в результаті чого погіршуються стосунки з близьким оточенням, аж до можливого їх розриву, а отже, депресія негативно впливає на розвиток суспільства загалом. Економічна діяльність людини, яка страждає на депресію, порушується через зниження працездатності.
2. Клінічні наслідки депресії. З'являються захворювання органів і систем організму, перебіг наявних хвороб погіршується. Імунітет людини знижується, а отже, вона стає вразливою до різних інфекцій. Депресія сприяє розвитку остеопорозу. Депресивні розлади вдвічі збільшують ризик виникнення захворювань серцево-судинної системи, інфаркту міокарда. Страждає і нервова система. На пам'ять, концентрацію уваги та інші процеси мислення депресія впливає негативно. Депресія неабияким чином впливає на сприйняття болю. Людина, яка страждає від хронічного болю в суглобах чи спині, в період депресії відчуває його посилення. Чимало людей, категорично заперечуючи наявність депресивного розладу, скаржаться на різноманітний незрозумілий біль.

3. Фізіологічні наслідки депресії. Депресія впливає на функції всього тіла. Зміна апетиту призводить до переїдання і появи надлишкової ваги чи, навпаки, до зникнення апетиту і втрати маси тіла. Депресія здатна викликати перебої в роботі гормональної системи та інші фізіологічні зміни. Найбільша її підступність в тому, що вона вражає одночасно тіло, розум і душу.

Вияв депресивного розладу в людей середнього віку характеризується такими ознаками [3; 42]:

- емоційні — сюди належать загальна пригніченість; відчуття суму, відчаю, порожнечі, цілковитої апатії, провини, страху; підвищена дратівливість;
- когнітивними — сюди належать довготривалі роздуми, нав'язливе негативне мислення, песимізм, невпевненість в собі, думки про самогубство, зниження рівня концентрації уваги, погіршення пам'яті, гальмування процесів мислення;
- фізіологічно-вегетативними — сюди належать значні енергетичні витрати, постійна втомлюваність, в'ялість, дисфункціональні порушення сну, зниження апетиту і втрата ваги, зниження лібідо, внутрішнє напруження і хвилювання, чутливість до зміни погодних умов; розлади систем, які виявляються на вегетативному рівні (розлади шлунково-кишкового тракту, головний біль, нудота тощо);
- поведінковими/моторними — сюди належать сповільнення мовлення і моторики, зниження загального рівня активності, постійне приховування очей і уникання зорового контакту, безсилля, непосидючість; постійно сумний, слізливий або відсутній вираз обличчя.

Депресивні розлади негативно впливають і на психічне, і на фізичне здоров'я людини та можуть виникати на будь-якому етапі її життя. Незважаючи на те, що вразливими до депресивних розладів є жінки, починаючи з перехідного віку, схильність до самогубств більше властива



чоловікам [7]. В своїх дослідженнях Г.Кожина і К.Зеленська [17] зазначили, що ймовірність прояву депресивного розладу впродовж життя в сучасному світі зростає більш ніж удвічі та становить 14,4-17,3%. Водночас лише 33% хворих видужують або в них настає стійка ремісія, в 55% хворих виявлятимуться рецидиви, а в 12% хворих депресивний розлад може тривати роками і навіть десятками років. За прогнозами ВООЗ 2008 року, на початок 2020 року передбачався показник прояву депресивних розладів в осіб середнього віку на рівні 50%. Але, за результатами дослідження М.Ороса і А.Сіткар [25], на початку 2016 року зафіксовано показник прояву депресивного розладу в 82% опитаних респондентів віком 35-40 років. Депресивні розлади є одними з найбільш поширених захворювань сучасності, які потребують правильного лікування і використання індивідуального підходу для їх подолання [13; 17; 25].

### 1.3 Особливості емоційної сфери жінок середнього віку

У класифікаціях різних авторів межі періоду дорослості мають різні вікові показники. Це зумовлено, насамперед, тим, що досить важко, якщо взагалі можливо, точно вказати вікові межі стадій розвитку дорослих. Виділяючи стадії розвитку дорослої людини, дослідники обирають різні критерії вікової класифікації (див. табл. 1.2) [11].

Таблиця 1.2

#### Порівняльна класифікація вікових меж дорослості

Автор класифікації	Рання дорослість (в роках)	Середня дорослість (в роках)	Пізня дорослість (в роках)
Е.Еріксон	25-45	40 (45)-60	понад 60
Д.Біррсен	17-25	25-50	50-75
Д.Бромлей	21-25	25-40	40-55
Ш.Бюллер	25-45	-	45-65
Ж.Годфруа	20-40	-	40-60
Д.Векслер	20-35	36-45	46-53
Г.Крайг	20-40	40-60	від 60
Д.Левінсон	17-45	45-60	понад 60

Як показують дані табл. 1.2, існують суттєві помітні розбіжності в поглядах науковців на визначення меж періоду дорослості. Такі розбіжності пояснюються, насамперед, різними основами побудови класифікацій вікових періодів: фізіологічними, психологічними, антропологічними і демографічними. Водночас психологічні та фізіологічні показники розвитку можуть не співпадати в часі, що і відображається у вікових характеристиках [11].

У сучасній психології розвитку стверджується точка зору Г.Крайга [55] про те, що чітко визначити межі стадій розвитку дорослості важко, оскільки головна особливість розвитку в період дорослості — мінімальна залежність його від хронологічного віку.

Таким чином, незважаючи на різні підходи щодо побудови вікової періодизації дорослої людини, варто зауважити, що всі автори відзначають неоднорідність і стадіальність в розвитку дорослої людини впродовж життя.

Ряд дослідників (Дж.Віткін, Е.Еріксон, Б.Фрідан та ін.) розглядали дорослість як час безперервного зростання, а розвиток дорослої людини характеризували як запоруку для вирішення проблем попередніх періодів (від народження до ранньої дорослості): набуття автономності, довіри, ініціативи, працездатності та ідентичності [11].

Середня дорослість (від 30 до 45 років) характеризується досягненням особистісної ідентичності та початком продуктивної діяльності, що дає поштовх до побудови системи нових міжособистісних стосунків в професійній і сімейній сферах. На одному полюсі цього виміру знаходиться інтимність (близькість), яка не зводиться лише до сексуальної інтимності, а виявляє себе в дружбі, еротичних зв'язках і спільних прагненнях, на іншому — ізоляція, яка може супроводжувати людину впродовж усього життя, хоча зовнішньо людина може багато чого досягти, створюючи враження цілком успішної людини. Нормальним виходом з кризи «інтимність—ізоляція» є культивування любові у взаємодії з людьми. Відтак, центральним новоутворенням цього періоду дорослості є сімейні стосунки і професійна компетентність. Наприкінці періоду дорослості людина розв'язує екзистенційні проблеми, підводить перші підсумки, намагаючись зрозуміти сенс свого життя [1].

Період середньої дорослості характеризується стабілізацією емоційної сфери дорослої особистості. Сучасна психологічна наука визначає такі характеристики емоційної сфери людини в середньому дорослому віці: стабільність; сформованість таких емоційних властивостей, як емпатія,

саморегуляція емоційних переживань; багатство (бідність) емоційного життя; стійкість загальної емоційної спрямованості. Для періоду середньої дорослості характерним є переживання людиною нового комплексу емоцій. Серед них домінують емоції батьківства, які поєднують в собі радість від спілкування з дитиною, почуття прив'язаності та взаємної довіри, чутливість до її потреб, захоплення нею. Між людьми протилежної статі встановлюються тісні стосунки, які супроводжуються виникненням почуття кохання — сильного, відносно стійкого почуття людини, фізіологічно зумовленого сексуальними потребами. Виражається воно сукупністю таких позитивних емоцій, як інтерес, збудження, задоволення, радість. Нерідко кохання супроводжується почуттям ревнощів, яке може виражатись емоціями гніву, суму, злості тощо. Ревнощі з'являються в стосунках між чоловіком і дружиною, як загалом і в стосунках між людьми [1].

*Вікові зміни сентиментальності та емпатійності* [31]. Під сентиментальністю розуміють надмірну емоційну чуттєвість, яка має відтінок слащавості, притомної ніжності та слізливої розчуленості. Сентиментальну людину дуже легко зворушити, схвилювати, вона легко занурюється в стан розчулення, тобто виявляє ніжні почуття до об'єкту, який їй видається зворушливим. Інша характеристика — емпатійність. Емпатія — здатність емоційно відгукуватися на переживання іншої людини, яка виявляється в співчутті, співпереживанні, співстражданні. Для періоду середньої дорослості характерними є зростання рівня емпатії, яка досягає свого максимального значення і в чоловіків, і в жінок у віці 40-50 років. В цьому віці рівень емпатії перевищує вдвічі рівень емпатії 15-20-річних. В подальшому відбувається різке падіння рівня емпатії як в чоловіків, так і в жінок, досягаючи свого мінімуму в 61-75 років. Отже, сентиментальність і емпатійність до певного віку зростають та знижуються в старості.

*Вікові зміни емоційності* [31]. До властивостей емоційності відносять емоційну збудливість, інтенсивність і тривалість переживання емоцій. Емоційна збудливість та інтенсивність переживання емоцій з віком

знижуються, а тривалість переживання емоцій — зростає. В результаті в дівчат і молодих жінок (15-20 років і 21-30 років) та юнаків і молодих чоловіків (15-20 років, 21-30 років і 31-40 років) показники емоційної збудливості та інтенсивності емоцій переважають над показниками тривалості емоцій, а, починаючи з віку 31-40 років, співвідношення змінюється. Тепер вже показники тривалості емоцій переважають над показниками емоційної збудливості та інтенсивності емоцій.

*Вікові зміни інтегральних характеристик агресивності та конфліктності* [31]. Агресивність як інтегральна властивість людини має різне виявлення. Це і наступальність (наполегливість), і непоступливість, і мстивість, і безкомпромісність, і нетерпимість до думки інших. В жінок з віком рівень усіх властивостей агресивності знижується. Це означає, що чим старші жінки, тим менш агресивними вони стають. Водночас серед чоловіків спостерігається дещо інша вікова динаміка властивостей агресивності. Якщо в жінок відбувається поступове зниження показників негативної агресивності (мстивості та нетерпимості до думки оточуючих), то серед чоловіків 21-30 років і 31-59 років спостерігається спочатку зростання показника мстивості, лише в наступних вікових групах спостерігається деяке його зниження. Виявлена вікова динаміка агресивності серед чоловіків і жінок пояснюється тим, що молоді люди менше готові йти на компромісні рішення, поступатися чим-небудь без суперечки, навіть якщо вони не мають рації. Люди зрілого віку більше усвідомлюють, що досить часто, бажаючи того чи ні, доводиться йти на поступки, шукати компроміси і відмовлятися від чого-небудь на користь інших. Щодо наполегливості або напористості, можна відзначити, що виявлена динаміка може бути пов'язана з тим, що молоді люди більше виявляють ініціативу, наполегливість, самостійно ставлять перед собою цілі та рішуче їх домагаються. З віком же така напористість поступово знижується, оскільки в людей літнього віку вже немає необхідності виявляти ініціативу в різних сферах діяльності, тоді як для молодих людей наполегливість, ініціативність, наступальність, тобто виявлення позитивної

агресивності необхідні для вдалого навчання, просування кар'єрними сходами тощо.

Конфліктність є інтегральною властивістю особистості. Вона містить такі характеристики як запальність, образливість і підозрілість. Відомо, що молоді люди більш імпульсивні, ніж люди зрілого віку. Вони не вміють стриматися, коли їх незаслужено звинувачують, вони більш дратівливі. Якщо хтось виводить їх з себе, вони не можуть не звертати на це увагу, тобто в них є потреба негайно відреагувати. Молодим людям в конфліктній ситуації важко володіти собою і вони не можуть не реагувати на критику на свою адресу. З віком люди стають більш стриманими, негативна енергія, очевидно, переводиться в інше русло. Наприклад, люди стають більш вразливими, про що свідчить зростання з віком показника образливості. Це спостерігається як у вибірках чоловіків, так і жінок. В той час як молоді люди схильні відразу вихлюпувати негативну енергію, своє роздратування чимось на інших, люди старшого віку тримають в собі цей негатив, який виражається в різного роду образах. Чоловіки виявляються більш підозрілими, ніж жінки [11].

Отже, в чоловіків усі характеристики емоційної сфери виражені менше, ніж в жінок. З віком агресивність в жінок і чоловіків істотно знижується. Агресивність виражена більше в чоловіків, ніж в жінок у всіх вікових групах. Конфліктність знижується з віком як в чоловіків, так і в жінок.

## Висновки до розділу 1

В ході теоретико-методичного аналізу емоційної сфери особистості ми теоретично встановили, що психічні стани — це складні психічні явища, які охоплюють функціональні, емоційні, когнітивні, мотиваційно-вольові аспекти психіки людини, мають внутрішню і зовнішню детермінацію. Вони характеризуються постійним рухом, зміною, перетіканням одного стану в інший. Психічні стани не зводяться до емоцій, почуттів, емоційних реакцій тощо, хоча останні є їх невід'ємною складовою. Емоційні стани входять до структури психічних як складних цілих, які охоплюють також інтелектуальні, мотиваційно-вольові, функціональні аспекти психіки. Емоційне реагування є одним з проявів цілісного психічного стану особистості. В той же час тип емоційних реакцій, який склався в певний період життєвого часу, відображає ставлення особистості до різних реалій і подій та є їх значущим фактором, беручи участь в утворенні психічних станів. Емоції виражають сенс відбиваного об'єктивного змісту з точки зору потреб суб'єкта і спонукають його до діяльності, спрямованої на об'єкт. Суб'єктивні переживання відношення до навколишніх предметів є власне психічним в емоціях. Емоційні явища можуть бути представлені як актуальними (ситуативними) емоціями, так і емоційністю (стійкою схильністю до переживання емоцій певної модальності). Перші характеризують стани, другі — властивість особистості.

Окрім цього, ми теоретично проаналізували існуючі погляди стосовно виникнення емоцій. Але, незважаючи на чисельні теорії, єдиної загальноприйнятої теорії емоцій не існує. Головними проблемами і аспектами вивчення емоцій та почуттів є їх різноманітність, неоднозначність поглядів на їх виникнення, розвиток і формування, а також силу прояву в кожній окремій людині.

Особливо увагу ми приділили теоретичному дослідженню тривожності та депресії як характерним утворенням, які свідчать про розлад емоційної

сфери. Так, оскільки тривожність визначено як схильність особистості до надмірного хвилювання, сприймання загрози власному «Я» в різних ситуаціях і, як наслідок, зростання стану суб'єктивної тривоги, то стійка спрямованість особистості на сприймання загрозливих ситуацій трансформує тривожність в диспозиційне утворення, яке формує стабільне відношення до оточуючої дійсності. Депресію визначено як афективний стан, який характеризується негативним емоційним фоном, уповільненням розумових процесів, руховою загальмованістю і виявляється у вигляді втрати інтересу до життя, нездатності отримувати задоволення, зниження рівня енергії в результаті дисфункціонального порушення соціальної та професійної діяльності, надмірного відчуття провини, зниженої здатності до концентрації уваги і виникнення суїцидальних думок. Залежно від рівня прояву і причин виникнення, депресивні розлади поділяються на психогенні, ендогенні, соматогенні. Депресію розрізняють як феномен здорової психіки і як феномен психопатології людини.

Також нами було теоретично проаналізовано класифікації вікових меж дорослості та розглянуто особливості емоційної сфери, які властиві саме тому віковому періоду, який обрано для емпіричного дослідження. Так, для людини в середньому дорослому віці (30-45 років) характерні: стабільність; сформованість таких емоційних властивостей, як емпатія, саморегуляція емоційних переживань; багатство (бідність) емоційного життя; стійкість загальної емоційної спрямованості. Домінуючими в цьому періоді виступають емоції батьківства, а між людьми протилежної статі — тісні стосунки, які супроводжуються виникненням почуття кохання.



## **РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження особливостей емоційної сфери жінок середнього віку з різним партнерським статусом**

### **2.1 Підходи до дослідження особливостей емоційної сфери**

Аналіз праць з проблеми психічних станів засвідчив, що для діагностики останніх використовують анкетування, спостереження, самооцінні методики, методику кольорових переваг, психомоторні тести, метод реєстрації електричної активності головного мозку (ЕЕГ), вимір частоти серцевих скорочень (ЧСС), зорово-моторні реакції, балансу нервових процесів та ін. З одного боку, можна відзначити незначну кількість методів і методик, які використовуються для діагностики цього класу психічних явищ, з іншого — їх принципову різнотипність. Питання про дослідження психічних станів ускладнене їх проміжним статусом між психічними процесами і психічними властивостями. Нечіткість меж самого явища не може не відбиватися на системі методів його вивчення [2].

Дослідження психічних станів ускладнене також тим, що вони є як ситуативною характеристикою психічної діяльності та поведінки, так і цілісною реакцією особистості на зовнішні та внутрішні стимули [64]. Відповідно, метод їх вивчення повинен охопити зазначені характеристики.

У науковій літературі сформульовано методологічне положення про комплексність підходу в дослідженні психічних станів особистості, яке бере свій початок ще з першої половини ХХ століття. Деякі радянські дослідники [2], вивчаючи стан втоми, наголошували на необхідності оцінки сенсорних і моторних характеристик. В сучасних працях простежується ствердження комплексного підходу в дослідженні психічних станів і водночас підкреслюється недоцільність діагностики значної кількості показників. Як засвідчують дані досліджень, психологічний діагноз щодо психічного стану особистості можна поставити, використовуючи лише чотири показники. При цьому найголовніше охопити всі рівні прояву психічного явища. Саме системний характер психічних станів, який полягає в цілісності реагування

особистості (на рівні переживань, гуморальної регуляції, а також на рівні психомоторики) зумовлює системність діагностики і окреслює межі оптимальності. Всі три рівні (психічний, фізіологічний і поведінковий) передбачають використання методів і методик різного типу, які надають можливість досконально вивчити психічні стани особистості [15].

Слід відзначити також наявність наукових дискусій з приводу співвідношення суб'єктивних і об'єктивних характеристик психічних станів та, відповідно, спірність питання про співвідношення суб'єктивно-оцінних і об'єктивних методів їх діагностики. Одні науковці наголошують на великій значущості об'єктивних показників і надають перевагу психофізіологічним методам, які вважаються об'єктивними. Інші, апелюючи до психічної єдності зовнішнього і внутрішнього, стверджують, що суб'єктивні та об'єктивні характеристики психічного стану — це сторони одного і того самого явища, тому інформація про нього може вважатися повноцінною лише в разі рівноцінного урахування одних та інших. Вилучення чи недооцінка суб'єктивного компонента психічного стану призводить до викривлення суті самого явища [2]. Як було зазначено в розділі 1, психічні стани неправомірно зводити до переживань, при цьому саме останні дозволяють констатувати в людини наявність того чи іншого стану. В науковій літературі підкреслюється, що переживання повинні посідати провідне місце в діагностиці психічних станів [64]. Отже, вивчення психічного стану як мультипараметричного явища вимагає від дослідників створення комплексу методів, які відповідатимуть характеристикам комбінованості, системності та багатовимірності.

Короткий огляд наукової літератури з проблеми психічних станів, а також вивчення психодіагностичних джерел засвідчують наявність групування методів вивчення психічних станів. Одним з загальноприйнятих в діагностиці психічних станів є розподіл на 3 групи методів [2]:

1. Суб'єктивно-оцінні методи, які вивчають усвідомлювані компоненти психічних станів.

2. Методи і методики, які призначені для вивчення неусвідомлюваного компонента психічних станів.
3. Методи, які вивчають експресивний чи поведінковий рівень психічних станів.

В основі першої групи методів лежить самооцінка досліджуваним суб'єктивної сторони (переживань, відчуттів) психічного стану, який він усвідомлює і може описати. Ця група представлена двома типами методик:

- 1) шкали, за якими досліджуваному необхідно оцінити ступінь прояву ознаки (зазвичай, це «градусник», на якому потрібно вибрати відповідну відмітку між парами станів);
- 2) опитувальники, що являють собою ряд ознак певних станів, які необхідно оцінити, виходячи з відповідей за дихотомічною схемою «так—ні» або за шкалою градацій від «ні, зовсім не так» до «так, цілком правильно».

Відносно суб'єктивно-оцінних методів діагностики психічних станів слід відзначити сильні та слабкі сторони в їх використанні. До сильних моментів належить можливість здійснювати за їх допомогою ранню діагностику психічних станів та їх змін, відокремити один стан від іншого, їх модальність і зміст, простежити динаміку стану, індивідуальну картину переживань і відчуттів, оцінити рівень інтенсивності, швидко і точно без спеціальної апаратури зібрати адекватні дані та ін. З-поміж слабких можливостей використання даних методів і методик слід відзначити їх особливість підлягання фактору суб'єктивності. По-перше, сам цілісний стан людини, її поточні переживання впливають на оцінку станів різних модальностей. По-друге, спірною є оцінка глибини стану (глибину людині складніше визначити, ніж модальність). Суб'єктивна оцінка не захищена від нещирості (від агравації та симуляції), від викривлення сенсу діагностичних утверджень-індикаторів, від низького рівня аналітичних і рефлексивних здібностей та впливу індивідуально-психологічних особливостей особистості в цілому.

Усередині другої групи методів, які діагностують неусвідомлюваний рівень психічних станів, також виокремлено дві підгрупи.

1. Фізіологічні методи діагностують функціональні стани шляхом виміру таких вегетативних проявів, як частота серцевих скорочень, шкірно-гальванічна реакція, електроенцефалографія тощо. Як уже відзначалося, ці методи вважаються об'єктивними, оскільки дають інформацію про об'єктивні характеристики психічних станів, про зміни, які відбуваються в них. Безумовно, одержані з допомогою психофізіологічних методик дані надійні та дають можливість об'єктивного порівняння показників станів різних людей в одних і тих самих ситуаціях, проте вони мають і слабкі ланки. Наприклад, вони надмірно чутливі до побічних явищ і процесів, які відбуваються в організмі людини, часто дають зайву інформацію про психофізіологічні зрушення, не дають можливості якісної інтерпретації досліджуваних станів та ін. Якщо з допомогою самооціночних методик можна вивчати психічні стани як однієї людини, так і цілої групи, то методи, які спрямовані на діагностику фізіологічних особливостей людини, мають певні обмеження. Крім того, необхідність спеціального обладнання, часто дороговартісної апаратури, також суттєво обмежують їх використання. Проте під час вивчення цілісного психофізіологічного стану людини ці методи незамінні.
2. Проективні методи призначені для дослідження неусвідомлюваних переживань, зумовлених як ситуаціями, так й індивідуальністю людини загалом. Відомою перевагою проективних методик є їх здатність частково обходити захисні реакції особистості та виявляти несвідомий зміст психіки. Цей тип методів також має недоліки, наприклад, не стандартизований характер процедури дослідження і обробки даних, що потребує високого рівня професіоналізму дослідника та наявності в нього досвіду інтерпретації одержаних даних. Також ці методики

потребують значних часових витрат, особливо під час групової діагностики.

Третя група методів, які вивчають поведінкові (психомоторні) прояви психічних станів, включає методи дослідження вираження станів і впізнавання ознак цього вираження. До цих методів належать: спостереження (пряме); відеозапис міміки, жестів, поз; фотографія. Виходячи з того, що деякі психічні стани тривають дуже короткий проміжок часу, а прояв їх буває ледь помітним зовні, ці методи мають свої обмеження в плані збереження подібної інформації. Натомість вивчення з допомогою зазначених методів експресивного рівня психічного стану людини є необхідним елементом в цілісній картині дослідження.

## 2.2 Організація і проведення емпіричного дослідження

Розподіл методів вивчення психічних станів, прийнятих в психодіагностиці, відбиває багаторівневість цих психічних явищ. Наше дослідження є початковим етапом вивчення зазначеної проблеми, на якому важливим є встановлення особливостей суб'єктивної картини переживання психічних станів жінками. З огляду на складність організації експерименту, а саме — зважаючи на необхідність добору значної кількості жінок з різним партнерським статусом для формування репрезентативної вибірки і збору даних під час воєнного стану, нами були використані суб'єктивно-самооцінні методики діагностики психоемоційних станів. Ми розуміємо, що в такий спосіб вивчаємо суб'єктивні характеристики станів жінок. Та враховуючи те, що переживання посідають провідне місце в діагностиці станів, оскільки дозволяють констатувати їх прояви, вивчення суб'єктивної картини психічних станів є не менш значущою науковою проблемою, ніж дослідження їх об'єктивних характеристик. Ідеальним варіантом, як зазначалося вище, є вивчення цілісних психофізіологічних станів. Проте в межах поставлених нами завдань і доступних умов емпіричного дослідження сьогодні здійснити діагностику психофізіологічних станів складно. Однією з перспектив, таким чином, є визначення шляхів побудови дослідження для вивчення цілісних психофізіологічних станів жінок з різним партнерським статусом.

У започаткованому дослідженні комплекс методів і методик вивчення емоційної сфери жінок середнього віку з різним партнерським статусом склали:

- 1) методика диференціальної діагностики депресивних станів В.Зунга;
- 2) шкала оцінки рівня особистісної тривожності Ч.Спілбергера;
- 3) методика «Самооцінка психічних станів» Г.Айзенка. Методика призначена для вивчення таких психічних станів, як тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність методом самооцінки;
- 4) діагностичний тест «Емоційного інтелекту» Н.Холла;
- 5) тест на визначення властивостей особистості міні-ММРІ.

Опитувальник В.Зунга [21] розроблений для діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових обстеженнях та з метою попередньої долікувальної діагностики. Шкала В.Зунга призначена для самооцінки депресії. На основі факторного аналізу вимірюють 7 параметрів: відчуття душевної спустошеності, зміна настрою, соматичні та психомоторні симптоми депресії, суїцидальні думки і дратівливість-нерішучість. Шкала включає 20 тверджень, кожне з яких визначає суб'єктивну частоту («ніколи», «іноді», «часто», «майже завжди або постійно») симптомів депресії. Опитуваний відзначає той варіант відповіді, який найточніше відповідає його стану. Якщо загальний бал рівня депресії (РД) не більше 50 балів, то діагностується відсутність депресії; якщо РД складає 51-59 балів, то робиться висновок про легку депресію ситуативного чи стресового характеру; при показниках від 60 до 69 балів діагностується субдепресія чи замаскована депресія; власне депресія діагностується при РД більше 70 балів.

Основою методики Ч.Спілбергера [21] є двофакторна модель тривожності, яка передбачає визначення її особистісної та ситуативної кореляції. Як відомо, особистісна тривожність є стійкою індивідуальною властивістю, яка характеризує схильність суб'єкта до тривоги і особливості сприйняття різних подразників та реагування на них. Під ситуативною тривожністю розуміють особливості емоційних реакцій людини у відповідь на стресові ситуації, які складають основу формування таких поведінкових реакцій, як нервозність, занепокоєння, напруженість і стурбованість. Опитувальник складається з 40 тверджень, з котрих 1-20 призначені для оцінки ситуативної тривожності та 21-40 — для визначення особистісної тривожності. До кожного твердження пропонується 4 відповіді за ступенем інтенсивності («ні, це не так», «мабуть, так», «вірно», «цілком вірно»). Показник результату за кожною шкалою може знаходитись в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим він більший, тим вищий рівень тривожності (реактивної або особистісної). Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за

результатами показників здійснюється в таких межах: до 30 балів — низький рівень тривожності, від 31-45 балів — помірний рівень тривожності, від 46 балів і більше — високий рівень тривожності.

Методика «Самооцінка психічних станів» Г.Айзенка [21] дозволяє оцінити деякі неадаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність). За цією методикою, тривожність — індивідуальна психічна особливість, яка виявляється в схильності людини до частих та інтенсивних переживань стану тривоги, а також в низькому порозі його виникнення. Тут тривога виступає як переживання емоційного дискомфорту, який пов'язаний з очікуванням неблагополуччя і передчуттям небезпеки. Фрустрація інтерпретується як психічний стан, викликаний неуспіхом в задоволенні потреби чи бажання. Агресивність — не викликана об'єктивними обставинами неспровокована ворожість людини по відношенню до людей і навколишнього світу. Ригідність — ускладненість (аж до повної нездатності) в зміні наміченої суб'єктом програми діяльності в умовах, які об'єктивно потребують її перебудови. Методика складається з 40 тверджень. На кожне твердження пропонується 4 відповіді («підходить», «мабуть, підходить», «мабуть, не підходить», «не підходить»). Бали додаються за кожною групою запитань за 4 шкалами: шкали тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Інтерпретація результатів здійснюється згідно з ключем, шляхом визначення рівня вираженості кожного стану, де сума балів від 0 до 7 відповідає низькому рівню, 8-14 балів — середньому і 15-20 балів — високому рівню.

Діагностичний тест «Емоційного інтелекту» Н.Холла [18; 20] призначений для виявлення здібності особистості розуміти відносини, яка репрезентується в емоціях, і керувати своєю емоційною сферою на основі прийняття рішень. Він складається з 30 тверджень і містить 5 шкал: *1-Емоційна обізнаність*; *2-Управління своїми емоціями* (емоційна відхідливість, емоційна неригідність); *3-Самотивація* (довільне керування своїми емоціями); *4-Емпатія*; *5-Розпізнавання емоцій інших людей* (вміння



впливати на емоційний стан інших людей). На кожне твердження пропонується 6 варіантів відповіді («повністю не згодна», «в основному не згодна», «частково не згодна», «частково згодна», «в основному згодна», «повністю згодна»). Бали додаються за кожною групою запитань за 5 шкалами. Інтерпретація результатів здійснюється згідно з ключем. Рівні парціального емоційного інтелекту визначаються за такими показниками: сума балів до 7 відповідає низькому рівню, 8-13 балів — середньому і більше 14 балів — високому. Інтегративний рівень емоційного інтелекту з врахуванням домінуючого знаку визначається за наступними показниками: 70 і більше балів — високий; 40-69 — середній; 39 і менше — низький.

Тест на визначення властивостей особистості міні-ММРІ [19] — це скорочений варіант ММРІ. Він містить 71 питання, 11 шкал, з яких 3 — оціночні. Оціночні шкали вимірюють щирість досліджуваного, ступінь вірогідності тестування і величину корекції, внесену внаслідок надмірної обережності. Інші вісім шкал є базисними і оцінюють властивості особистості. Оціночні шкали: *Шкала брехні (L)*, *Шкала вірогідності (F)*, *Шкала корекції (K)*. Базисні шкали: *1-Іпохондрії (Hs)*, *2-Депресії (D)*, *3-Істерії (Hy)*, *4-Психопатії (Pd)*, *6-Паранойяльності (Pa)*, *7-Психастенії (Pt)*, *8-Шизоїдності (Se)*, *9-Гіпоманії (Ma)*. Підраховуються «сири» бали за всіма 11 показниками шкал (оціночними і базовими) у відповідності з ключем до опитувальника. Кожне співпадіння з ключем оцінюється в 1 бал. Потім робиться висновок про ступінь відвертості респондента і достовірності його результатів. Якщо показники за цими шкалами задовільні, то процес обробки даних продовжується. До методики додається спеціальний бланк (Профільний лист) для побудови профілю особистості респондента з урахуванням значення шкали корекції, додаючи до вказаних в Профільному листі шкал відповідне значення шкали корекції. Додавши відповідні значення за шкалою (K), здійснюється переведення «сирих» балів в стандартні значення за такою формулою:

$$T = 50 + \frac{10(X-M)}{\delta}$$

де 50 — це лінія «норми», від якої ведеться відлік показників як вгору (підвищення), так і вниз (зниження);  $X$  — це отриманий кінцевий «сирий» результат за певною шкалою;  $M$  — емпірично виявлена медіана, тобто середньонормативний показник за даною шкалою відповідно до статі респондента;  $\delta$  — величина середньоквадратичного відхилення від норми, яка виявлена в процесі стандартизації відповідно до статі респондента. Для базисних шкал всі ці дані вже враховані та співвіднесені з Т-балами на Профільному листі. За даними тестування будується особистісний профіль респондента. Високими оцінками для кожної з шкал є оцінки в «сирих» балах, які перевищують їх номінальні значення і відповідають показнику 70 стандартних одиниць, а низькими оцінками — менше 40 одиниць.

*Шкала брехні (L)* — оцінює щирість досліджуваного.

*Шкала достовірності (F)* — виявляє недостовірні відповіді: чим вище значення за цією шкалою, тим менш достовірні результати.

*Шкала корекції (K)* — згладжує спотворення, які вносяться надмірною обережністю і контролем респондента під час тестування. Високі показники за цією шкалою свідчать про неусвідомлений контроль поведінки. Шкала (K) використовується для корекції базисних шкал, які залежать від її величини.

*Іпохондрія (Hs)* — близькість респондента до астено-невротичного типу. Респонденти з високими оцінками повільні, пасивні, приймають все на віру, покірні владі, повільно пристосовуються, погано переносять зміну обстановки, легко втрачають рівновагу в соціальних конфліктах.

*Депресія (D)* — високі оцінки мають чутливі, сензитивні особи, схильні до тривоги, боязкі, сором'язливі. В справах вони старанні, сумлінні, високоморальні та обов'язкові, але не здатні прийняти рішення самостійно, немає впевненості в собі, при найменших невдачах вони впадають у відчай.

*Істерія (Hy)* — виявляє осіб, схильних до неврологічних захисних реакцій конверсійного типу. Вони використовують симптоми соматичного захворювання як засіб уникнення відповідальності. Всі проблеми вирішуються відходом в хворобу. Головною особливістю таких людей є прагнення здаватися більше, значніше, ніж є насправді, прагнення звернути на себе увагу в будь-який спосіб, жага захоплення. Почуття таких людей поверхневі, а інтереси неглибокі.

*Психопатія (Pd)* — високі оцінки за цією шкалою свідчать про соціальну дезадаптацію. Такі люди агресивні, конфліктні, нехтують соціальними нормами і цінностями. Настрій в них нестійкий, вони уразливі, збудливі та чутливі. Можливий тимчасовий підйом за цією шкалою, викликаний якою-небудь причиною.

*Паранойяльність (Pa)* — основна риса людей з високими показниками за цією шкалою — схильність до формування надцінних ідей. Це люди односторонні, агресивні та злопам'ятні. Протилежна точка зору розглядається як ворожа. Свої погляди вони активно нав'язують, тому мають часті конфлікти з оточуючими. Власні найнезначніші успіхи вони завжди переоцінюють.

*Психастенія (Pt)* — діагностує осіб з тривожно-недовірливим типом характеру, якому властиві тривожність, боязкість, нерішучість, постійні сумніви.

*Шизоїдність (Se)* — особам з високими показниками за цією шкалою властивий шизоїдний тип поведінки. Вони здатні тонко відчувати і сприймати абстрактні образи, але повсякденні радощі та прикраси не викликають в них емоційного відгуку. Таким чином, спільною рисою шизоїдного типу є поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю і відчуженістю в міжособистісних стосунках.

*Гіпоманія (Ma)* — для осіб з високими оцінками за цією шкалою характерний піднесений настрій, незалежно від обставин. Вони активні, діяльні, енергійні та життєрадісні. Вони люблять роботу з частими змінами,

охоче контактують з людьми, проте інтереси їх поверхневі та нестійкі, їм не вистачає витримки і наполегливості.

Анамнестичне анкетування проводилось з метою встановлення серед опитуваних таких даних, які б дозволили точніше інтерпретувати отримані результати, а саме — вікова категорія і партнерський статус. Для визначення партнерського статусу ми запропонували 5 можливих категорій (див. рис. 2.1).

Оберіть, будь ласка, свій актуальний статус партнерських стосунків: \*

- Заміжня
- Перебуваю в стосунках і незаміжня
- Перебуваю в нових стосунках і в минулому розлучена/ вдова
- Не перебуваю в стосунках і незаміжня
- Не перебуваю в нових стосунках і в минулому розлучена/ вдова

Рис. 2.1. Визначення партнерського статусу серед опитуваних

Оскільки розподіл опитуваних відносно запропонованих категорій виявився нерепрезентативним (див. рис. 2.2), при обробці результатів ми використовували спрощену категоризацію: якщо опитувана обирала один з перших трьох запропонованих варіантів, то потрапляла в категорію «В стосунках»; якщо ж опитувана обирала один з двох останніх варіантів, то потрапляла в категорію «Не в стосунках».

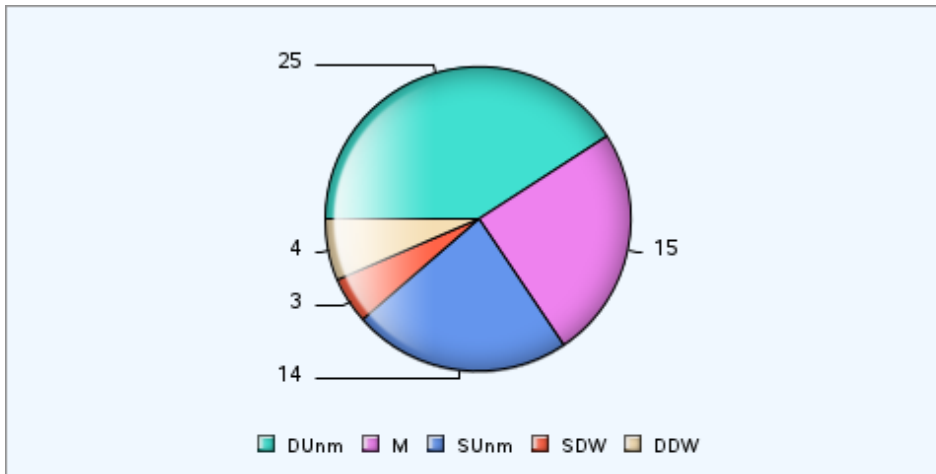


Рис. 2.2. Розподіл опитуваних за партнерським статусом, де М — заміжня, DUnm — в стосунках і незаміжня, DDW — в нових стосунках і в минулому розлучена/ вдова, SUnm — не в стосунках і незаміжня, SDW — не в нових стосунках і в минулому розлучена/ вдова

Щодо вікової категоризації, то в нашому дослідженні опитувані були поділені на три групи: 30-<35, 35-<40, 40-<45. Але зважаючи на те, що розподіл по віковим категоріям виявився нерепрезентативним, ми не враховували вікові категорії при обробці результатів (див. рис. 2.3).

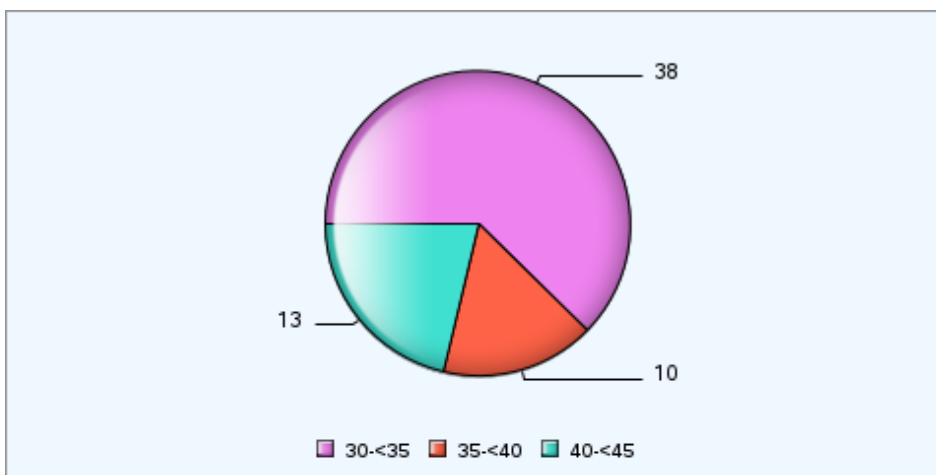


Рис. 2.3. Розподіл опитуваних за віковими категоріями

Таким чином, для діагностики необхідного ряду психологічних характеристик було обрано психодіагностичні методики, які традиційно

використовуються в наукових дослідженнях і психологічній практиці. На захист їх застосування виступають специфічні діагностичні можливості, що і слугувало причиною їх вибору для нашого дослідження.

### 2.3 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

В результаті теоретичного аналізу проблеми емоційної сфери жінок середнього віку з різним партнерським статусом було окреслено спектр станів, які найчастіше виникають. Тому в започаткованому дослідженні нами вивчаються тривожність і депресія.

Розглянемо описову статистику на основі даних, отриманих за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В.Зунга (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Описова статистика даних, отриманих за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В.Зунга

Analysis Variable : zung_score										
grp_stat	N Obs	Mean	Std Dev	Std Error	Lower 95% CL for Mean	Upper 95% CL for Mean	Median	Minimum	Maximum	Quartile Range
В стосунках	29	50.78	7.19	1.34	48.04	53.51	51.25	30.00	61.25	10.00
Не в стосунках	32	54.92	12.29	2.17	50.49	59.35	55.00	25.00	80.00	14.38

Як бачимо з даних в таблиці 2.1, медіана (Median) і середнє значення (Mean) для вибірки «В стосунках» майже збігаються, а стандартне відхилення (Std Dev) суттєве, що свідчить про певну варіативність балів. Медіана (Median) і середнє (Mean) для вибірки «Не в стосунках» теж майже збігаються, проте стандартне відхилення (Std Dev) тут уже значне, а з огляду також на Мінімум (Minimum) і Максимум (Maximum) все це свідчить про високу варіативність балів. Наші висновки про варіативність балів для обох вибірок ми можемо прослідкувати на рис. 2.4.

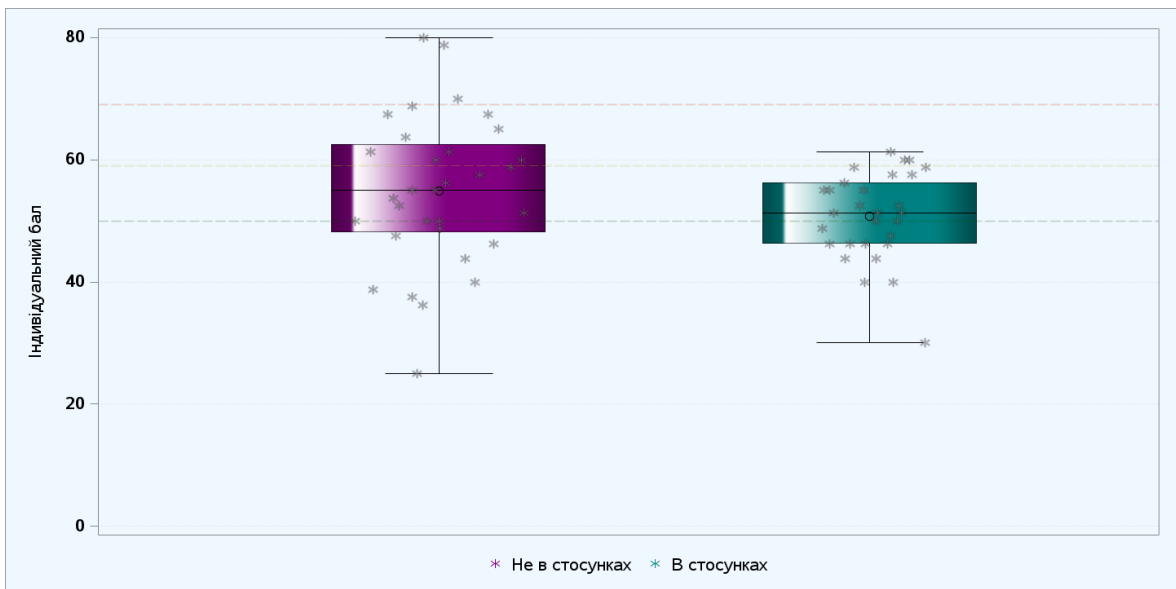


Рис. 2.4. Бокс-плот на основі даних, отриманих за методикою В.Зунга, де зелений пунктир — межа між відсутністю зниженого настрою (<51) і незначним, але чітко вираженим зниженням настрою (51-<60); жовтий пунктир — межа між незначним, але чітко вираженим зниженням настрою (51-<60) і значним зниженням настрою (60-<70); червоний пунктир — межа між значним зниженням настрою (60-<70) і глибоким зниженням настрою (депресія або субдепресія) (>=70)

Як бачимо з рис. 2.4, підтверджується певна варіативність балів для вибірки «В стосунках» і висока варіативність балів для вибірки «Не в стосунках». І хоча середні значення в обох вибірках майже збігаються, проте чітко помітно, що середні значення для вибірки «В стосунках» знаходиться на межі між площинами «Відсутність зниження настрою» і «Незначне зниження настрою», а середні значення для вибірки «Не в стосунках» знаходиться саме в площині «Незначне, але виражене зниження настрою».

Тепер поглянемо на рис. 2.5.



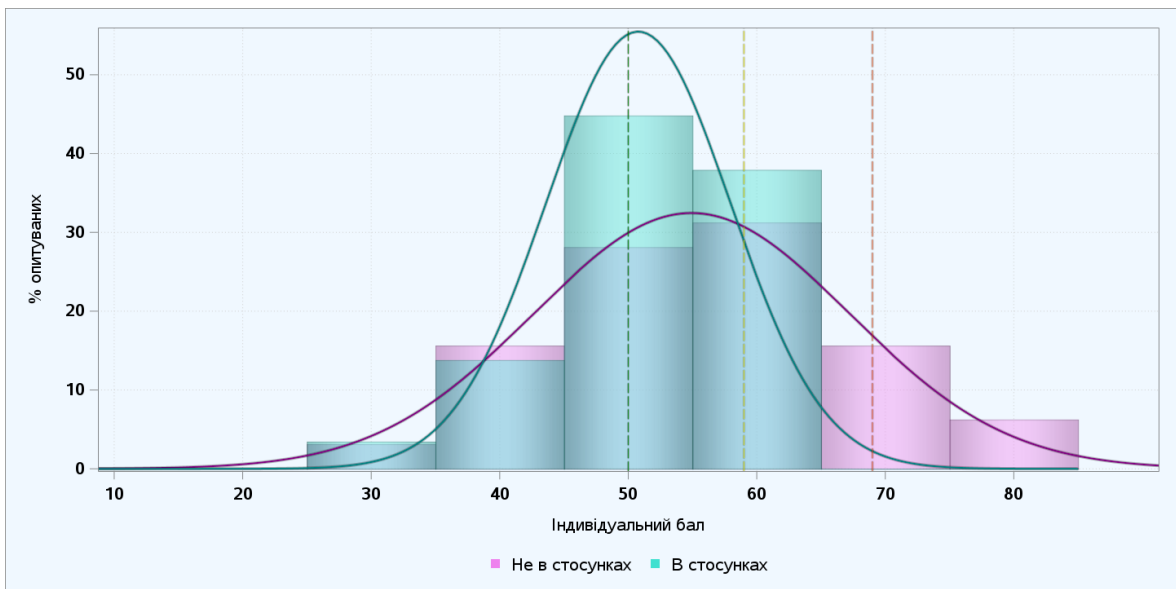


Рис. 2.5. Гістограма на основі даних, отриманих за методикою В.Зунга, де зелений пунктир — межа між відсутністю зниженого настрою (<51) і незначним, але чітко вираженим зниженням настрою (51-<60); жовтий пунктир — межа між незначним, але чітко вираженим зниженням настрою (51-<60) і значним зниженням настрою (60-<70); червоний пунктир — межа між значним зниженням настрою (60-<70) і глибоким зниженням настрою (депресія або субдепресія) (>=70)

Як бачимо з рис. 2.5, для вибірки «В стосунках» помітно невелику лівосторонню асиметрію, тобто типовий представник цієї групи тяжіє до середнього балу, що знаходиться на межі між площинами «Відсутність зниження настрою» і «Незначне зниження настрою». А для вибірки «Не в стосунках» характерна симетрія, тож середнє значення знаходиться в площині «Незначне, але виражене зниження настрою».

Тепер, застосовуючи Т-тест незалежних вибірок (Independent samples T-test), перевіримо гіпотезу про те, що жінки, які не перебувають в партнерських стосунках, мають вищий бал за методикою В.Зунга, ніж жінки, які не перебувають в стосунках:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$H_a: \mu_1 > \mu_2$$

Перед проведенням T-test потрібно також провести тест Шапіро-Вілка для перевірки нормального розподілу в обох вибірках (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Показники тесту Шапіро-Вілка для перевірки нормального розподілу на основі даних, отриманих за методикою В.Зунга

Не в стосунках					В стосунках				
Tests for Normality					Tests for Normality				
Test	Statistic		p Value		Test	Statistic		p Value	
Shapiro-Wilk	W	0.989179	Pr < W	0.9828	Shapiro-Wilk	W	0.947244	Pr < W	0.1552

Як бачимо з даних в табл. 2.2, ймовірність рівна 0.1552 для вибірки «В стосунках» і 0.9828 для вибірки «Не в стосунках» (таким чином, в обох вибірках  $p\text{-value} > 0.05$ ), що свідчить про нормальний розподіл даних в обох вибірках. Перевіримо наш висновок, поглянувши на графік квантилів (див. рис. 2.6).

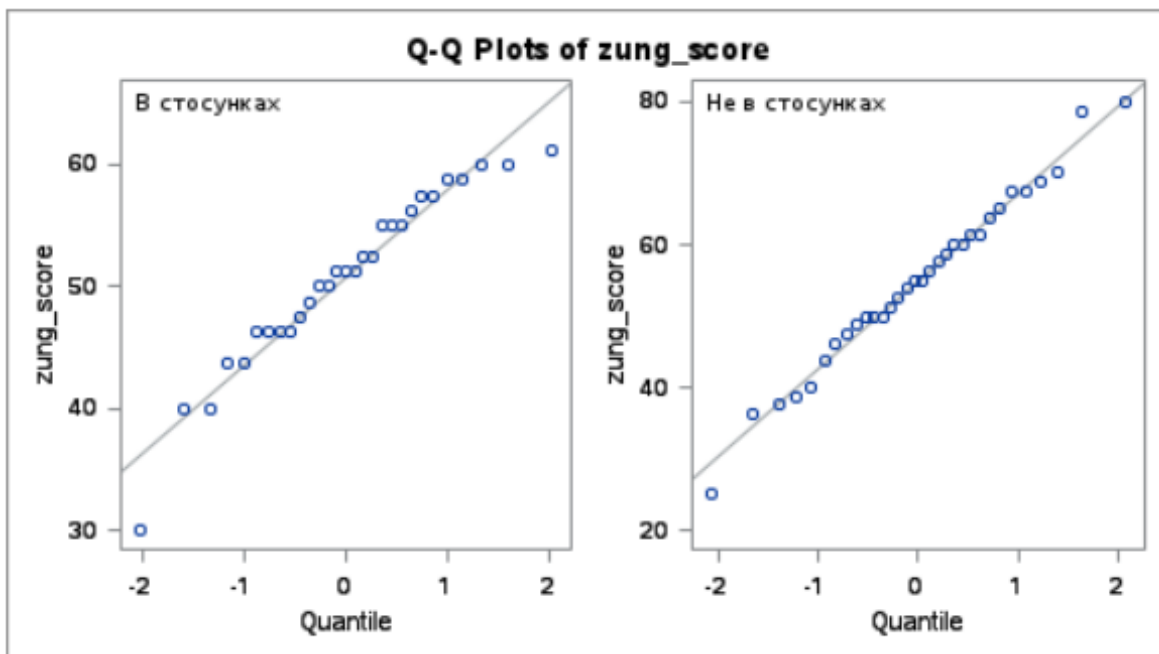


Рис. 2.6. Графік квантилів на основі даних, отриманих за методикою В.Зунга

Як бачимо з рис. 2.6, більшість точок розміщені вздовж діагональної лінії, особливо щільно точки прилягають до прямої для вибірки «Не в стосунках», отже розподіл даних нормальний в обох вибірках.

Тепер розглянемо результат тесту Левене для оцінювання рівності дисперсій (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Показники тесту Левене для оцінювання рівності дисперсій на основі даних, отриманих за методикою В.Зунга

Levene's Test for Homogeneity of zung_score Variance ANOVA of Absolute Deviations from Group Means					
Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
grp_stat	1	234.6	234.6	5.99	0.0174
Error	59	2309.8	39.1499		

Як бачимо з даних в табл. 2.3, ймовірність рівна 0.0174 (таким чином,  $p\text{-value} > 0.05$ ), значить дисперсії нерівні для вибірок, тому ми будемо використовувати в T-test критерій Саттервейта, який також відомий як критерій Велша (Satterthwaite-Welch).

Таким чином, ми перевірили, що розподіл даних в обох вибірках нормальний, дисперсії для вибірок нерівні, критичні викиди, що могли б вплинути на вибір непараметричної моделі, відсутні, тому нашим наступним кроком буде визначення статистично значущої різниці між середніми значеннями вибірок з допомогою T-test (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Показники T-test для визначення статистично значущої різниці між середніми значеннями вибірок на основі даних, отриманих за методикою В.Зунга

Method	Variances	DF	t Value	Pr >  t
Pooled	Equal	59	-1.59	0.1180
Satterthwaite	Unequal	50.814	-1.63	0.1102

Як бачимо з даних T-test в табл. 2.4, ймовірність рівна 0.1102 (таким чином,  $p\text{-value} > 0.05$ ), отже ми не можемо відхилити нульову гіпотезу і прийняти альтернативну, а це значить, що в популяції, з якої взято вибірки, рівень вираженості депресії, визначений за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В.Зунга, між жінками, які перебувають в стосунках, і жінками, які не перебувають в стосунках, не відрізняється.

Перевіримо описову статистику, отриману в результаті аналізу вибірок з допомогою T-test (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Описова статистика даних, отриманих за методикою В.Зунга, при застосуванні T-test

grp_stat	Method	N	Mean	Std Dev	Std Err	Minimum	Maximum	Mean	95% CL Mean	Std Dev	95% CL Std Dev		
В стосунках		29	50.7759	7.1917	1.3355	30.0000	61.2500	50.7759	48.0403	53.5114	7.1917	5.7072	9.7264
Не в стосунках		32	54.9219	12.2924	2.1730	25.0000	80.0000	54.9219	50.4900	59.3538	12.2924	9.8548	16.3425
Diff (1-2)	Pooled		-4.1460	10.1950	2.6138			-4.1460	-9.3763	1.0843	10.1950	8.6416	12.4345
Diff (1-2)	Satterthwaite		-4.1460		2.5506			-4.1460	-9.2670	0.9749			

Як бачимо з даних в таблиці 2.5, різниця між середніми значеннями (Mean) обох вибірок становить 4.15 (критерій Satterthwaite). І на 95% ми можемо бути певні, що справжнє середнє значення (Mean) для вибірки «В стосунках» і для вибірки «Не в стосунках» лежить між 48.04 і 53.51 та 50.49 і 59.35 відповідно.

Тепер проаналізуємо результати за шкалою оцінки рівня особистісної тривожності Ч.Спілбергера.

Розглянемо описову статистику на основі даних, отриманих за шкалою оцінки рівня особистісної тривожності Ч.Спілбергера (див. табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Описова статистика даних, отриманих за шкалою оцінки рівня особистісної тривожності Ч.Спілбергера

Analysis Variable : spielb_score										
grp_stat	N Obs	Mean	Std Dev	Std Error	Lower 95% CL for Mean	Upper 95% CL for Mean	Median	Minimum	Maximum	Quartile Range
В стосунках	29	47.07	12.71	2.36	42.23	51.90	44.00	24.00	72.00	14.00
Не в стосунках	32	52.50	14.10	2.49	47.42	57.58	52.50	23.00	77.00	16.00

Як бачимо з даних в табл. 2.6, медіана (Median) і середнє значення (Mean) для обох вибірок майже збігаються, хоча для вибірки «В стосунках» різниця дещо помітніша, проте стандартне відхилення (Std Dev) для обох вибірок значне, а з огляду також на Мінімум (Minimum) і Максимум (Maximum) все це свідчить про високу варіативність балів. Наші висновки про варіативність балів для обох вибірок ми можемо прослідкувати на рис. 2.7.

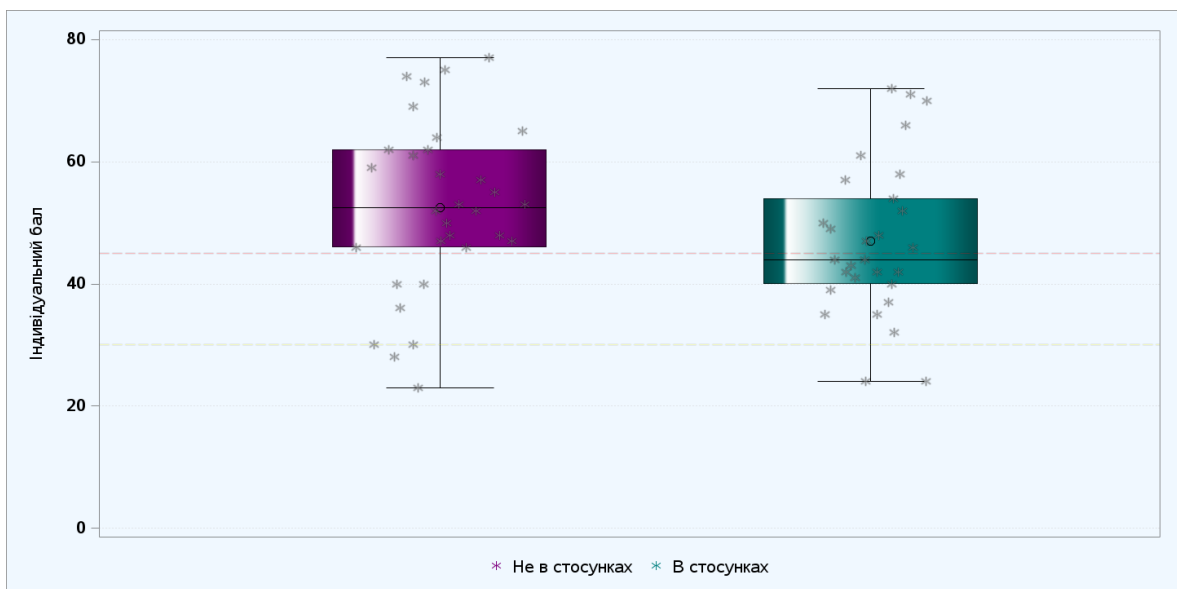


Рис. 2.7. Бокс-плот на основі даних, отриманих за шкалою оцінки особистісної тривожності Ч.Спілбергера, де жовтий пунктир — межа між низьким рівнем тривожності (<31) і помірним рівнем тривожності (31-45); червоний пунктир — межа між помірним рівнем тривожності (31-45) і високим рівнем тривожності (>45)

Як бачимо з рис. 2.7, підтверджується висока варіативність балів для обох вибірок. Також ми можемо помітити, що хоч середні значення в обох вибірках майже збігаються і знаходяться в площині «Високий рівень тривожності», проте медіанне значення (Median) для вибірки «В стосунках» знаходиться в площині «Низький рівень тривожності», в той час як для вибірки «Не в стосунках» і середнє (Mean), і медіанне значення (Median) знаходяться в площині «Високий рівень тривожності». Окрім цього, нижній ліміт довіри (Lower 95% CL for Mean) для вибірки «Не в стосунках» також потрапляє в площину «Високий рівень тривожності».

Тепер поглянемо на рис. 2.8.

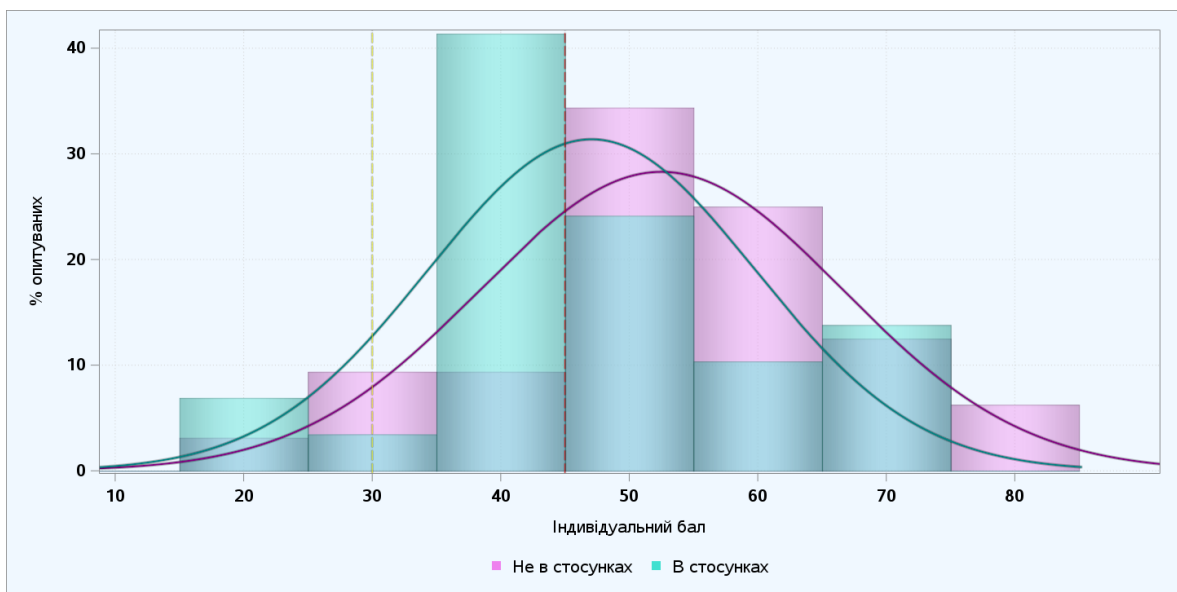


Рис. 2.8. Гістограма на основі даних, отриманих за шкалою оцінки особистісної тривожності Ч.Спілберґера, де жовтий пунктир — межа між низьким рівнем тривожності (<31) і помірним рівнем тривожності (31-45); червоний пунктир — межа між помірним рівнем тривожності (31-45) і високим рівнем тривожності (>45)

Як бачимо з рис. 2.8, для обох вибірок помітно певну правосторонню асиметрію, тобто типовий представник цих груп тяжіє до середнього балу, що знаходиться в площині «Високий рівень тривожності».

Тепер, застосовуючи Т-тест незалежних вибірок (Independent samples T-test), перевіримо гіпотезу про те, що жінки, які не перебувають в партнерських стосунках, мають вищий бал за шкалою Ч.Спілбергера, ніж жінки, які не перебувають в стосунках:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$H_a: \mu_1 > \mu_2$$

Перед проведенням Т-test потрібно також провести тест Шапіро-Вілка для перевірки нормального розподілу в обох вибірках (див. табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Показники тесту Шапіро-Вілка для перевірки нормального розподілу на основі даних, отриманих за шкалою Ч.Спілбергера

Не в стосунках					В стосунках				
Tests for Normality					Tests for Normality				
Test	Statistic		p Value		Test	Statistic		p Value	
Shapiro-Wilk	W	0.974954	Pr < W	0.6455	Shapiro-Wilk	W	0.959508	Pr < W	0.3197

Як бачимо з даних в табл. 2.7, ймовірність рівна 0.3197 для вибірки «В стосунках» і 0.6455 для вибірки «Не в стосунках» (таким чином, в обох вибірках  $p\text{-value} > 0.05$ ), що свідчить про нормальний розподіл даних в обох вибірках. Перевіримо наш висновок, поглянувши на графік квантилів (див. рис. 2.9).

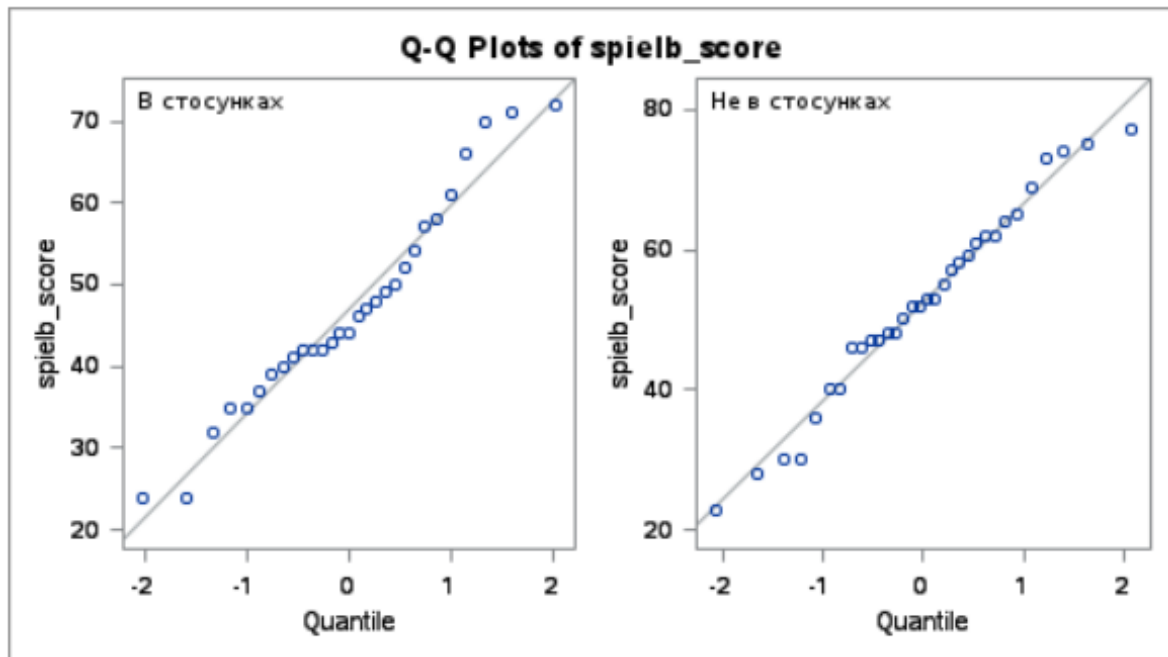


Рис. 2.9. Графік квантилів на основі даних, отриманих за шкалою Ч.Спілбергера

Як бачимо з рис. 2.9, більшість точок розміщені вздовж діагональної лінії, дещо щільніше точки прилягають до прямої для вибірки «Не в стосунках», отже розподіл даних нормальний в обох вибірках.

Тепер розглянемо результат тесту Левене для оцінювання рівності дисперсій (див. табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Показники тесту Левене для оцінювання рівності дисперсій на основі даних, отриманих за шкалою Ч.Спілбергера

Levene's Test for Homogeneity of spielb_score Variance ANOVA of Absolute Deviations from Group Means					
Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
grp_stat	1	21.4905	21.4905	0.32	0.5729
Error	59	3944.4	66.8539		

Як бачимо з даних в табл. 2.8, ймовірність рівна 0.5729 (таким чином,  $p\text{-value} > 0.05$ ), значить дисперсії рівні в обох вибірках, тому ми будемо використовувати в T-test об'єднаний критерій (Pooled).



Таким чином, ми перевірили, що розподіл даних в обох вибірках нормальний, дисперсії в обох вибірках рівні, викиди, що могли б вплинути на вибір непараметричної моделі, відсутні, тому нашим наступним кроком буде визначення статистично значущої різниці між середніми значеннями вибірок з допомогою T-test (див. табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Показники T-test для визначення статистично значущої різниці між середніми значеннями вибірок на основі даних, отриманих за шкалою Ч.Спілбергера

Method	Variances	DF	t Value	Pr >  t
Pooled	Equal	59	-1.57	0.1209
Satterthwaite	Unequal	58.999	-1.58	0.1190

Як бачимо з даних T-test в табл. 2.9, ймовірність рівна 0.1209 (таким чином,  $p\text{-value} > 0.05$ ), отже ми не можемо відхилити нульову гіпотезу і прийняти альтернативну, а це значить, що в популяції, з якої взято вибірки, рівень тривожності, визначений за шкалою оцінки рівня особистісної тривожності Ч.Спілбергера, між жінками, які перебувають в стосунках, і жінками, які не перебувають в стосунках, не відрізняється.

Перевіримо описову статистику, отриману в результаті аналізу вибірок з допомогою T-test (див. табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Описова статистика даних, отриманих за шкалою Ч.Спілбергера, при застосуванні T-test

grp_stat	Method	N	Mean	Std Dev	Std Err	Minimum	Maximum	Mean	95% CL Mean	Std Dev	95% CL Std Dev		
В стосунках		29	47.0690	12.7137	2.3609	24.0000	72.0000	47.0690	42.2329	51.9050	12.7137	10.0893	17.1947
Не в стосунках		32	52.5000	14.0987	2.4923	23.0000	77.0000	52.5000	47.4169	57.5831	14.0987	11.3030	18.7440
Diff (1-2)	Pooled		-5.4310	13.4592	3.4507			-5.4310	-12.3359	1.4739	13.4592	11.4085	16.4157
Diff (1-2)	Satterthwaite		-5.4310		3.4330			-5.4310	-12.3004	1.4384			

Як бачимо з даних в таблиці 2.10, різниця між середніми значеннями (Mean) обох вибірок становить 5.43 (критерій Pooled). І на 95% ми можемо бути певні, що справжнє середнє значення (Mean) для вибірки «В стосунках» і для вибірки «Не в стосунках» лежить між 42.23 і 53.91 та 47.42 і 57.58 відповідно.

Тепер проаналізуємо, чи існує зв'язок між балами, отриманими за методикою В.Зунга, і балами, отриманими за шкалою Ч.Спілбергера, застосовуючи коефіцієнт кореляції Пірсона (Pearson correlation coefficient) (див. табл. 2.11).

Таблиця 2.11

Показники коефіцієнту кореляції Пірсона для перевірки зв'язку між балами, отриманими за методикою В.Зунга, і балами, отриманими за шкалою Ч.Спілбергера

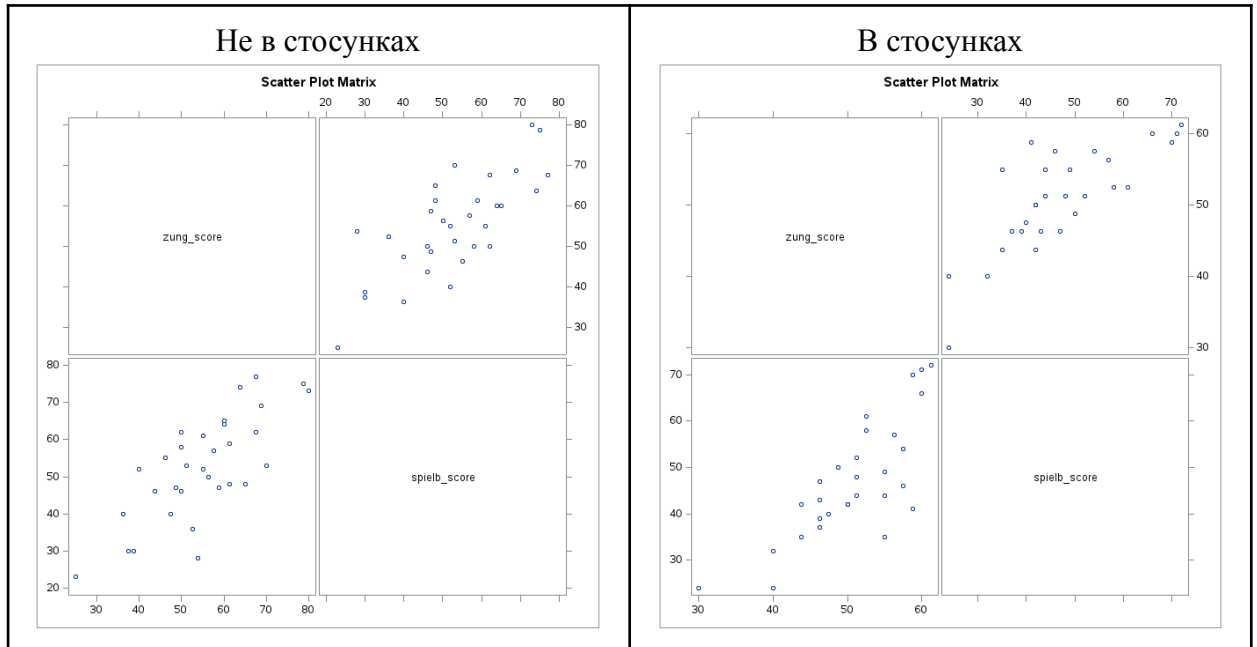
Не в стосунках			В стосунках		
<b>Pearson Correlation Coefficients, N = 32</b> <b>Prob &gt;  r  under H0: Rho=0</b>			<b>Pearson Correlation Coefficients, N = 29</b> <b>Prob &gt;  r  under H0: Rho=0</b>		
	<b>zung_score</b>	<b>spielb_score</b>		<b>zung_score</b>	<b>spielb_score</b>
<b>zung_score</b>	1.00000	0.75616 <.0001	<b>zung_score</b>	1.00000	0.78500 <.0001
<b>spielb_score</b>	0.75616 <.0001	1.00000	<b>spielb_score</b>	0.78500 <.0001	1.00000

Як бачимо з даних в табл. 2.11, для обох вибірок існує зв'язок між балами, отриманими за методикою В.Зунга, і балами, отриманими за шкалою Ч.Спілбергера. Для обох вибірок кореляція виявилася позитивною і сильно вираженою на майже однаковому рівні (Pearson coefficient=0.75616 для вибірки «Не в стосунках» і Pearson coefficient=0.78500 для вибірки «В стосунках»). А оскільки ймовірність для обох вибірок становить <.0001, то кореляція являється статистично значущою.

Поглянемо на матрицю кореляції (див. табл. 2.12).

Таблиця 2.12

Матриця кореляції за коефіцієнтом Пірсона для перевірки зв'язку між балами, отриманими за методикою В.Зунга, і балами, отриманими за шкалою Ч.Спілбергера



Як бачимо з табл. 2.12, для обох вибірок існує зв'язок між балами, отриманими за методикою В.Зунга, і балами, отриманими за шкалою Ч.Спілбергера. Для обох вибірок характерна сильна позитивна кореляція, тобто чим вищим є бал за шкалою Ч.Спілбергера, тим вищим виявляється бал за методикою В.Зунга.

Тепер проаналізуємо результати за методикою «Самооцінки психічних станів» Г.Айзенка.

Розглянемо описову статистику на основі даних, отриманих за методикою Г.Айзенка (див.табл. 2.13).

Таблиця 2.13

Описова статистика даних, отриманих за методикою самооцінки психічних станів Г.Айзенка

Analysis Variable : eysenck_score											
grp_stat	eysenck_cat	N Obs	Mean	Std Dev	Std Error	Lower 95% CL for Mean	Upper 95% CL for Mean	Median	Minimum	Maximum	Quartile Range
В стосунках	Агресивність	29	7.83	3.83	0.71	6.37	9.28	8.00	1.00	14.00	6.00
	Ригідність	29	9.83	3.74	0.69	8.40	11.25	9.00	3.00	17.00	5.00
	Тривожність	29	7.41	4.00	0.74	5.89	8.93	6.00	0.00	16.00	5.00
	Фрустрація	29	6.45	4.61	0.86	4.69	8.20	5.00	0.00	17.00	4.00
Не в стосунках	Агресивність	32	8.41	3.53	0.62	7.13	9.68	9.00	1.00	16.00	5.00
	Ригідність	32	10.06	4.35	0.77	8.49	11.63	10.50	2.00	19.00	7.00
	Тривожність	32	9.09	4.07	0.72	7.63	10.56	9.00	0.00	17.00	4.50
	Фрустрація	32	7.69	5.31	0.94	5.77	9.60	7.50	0.00	19.00	8.50

Як бачимо з даних в табл. 2.13, медіана (Median) і середнє значення (Mean) для обох вибірок майже збігаються по всім шкалам, окрім Фрустрації. Стандартне відхилення (Std Dev) значне по шкалах Фрустрації та Тривожності як для вибірки «Не в стосунках», так і для вибірки «В стосунках», а з огляду на Мінімум (Minimum) і Максимум (Maximum) все це свідчить про високу варіативність балів.

Тепер поглянемо на рис. 2.10.

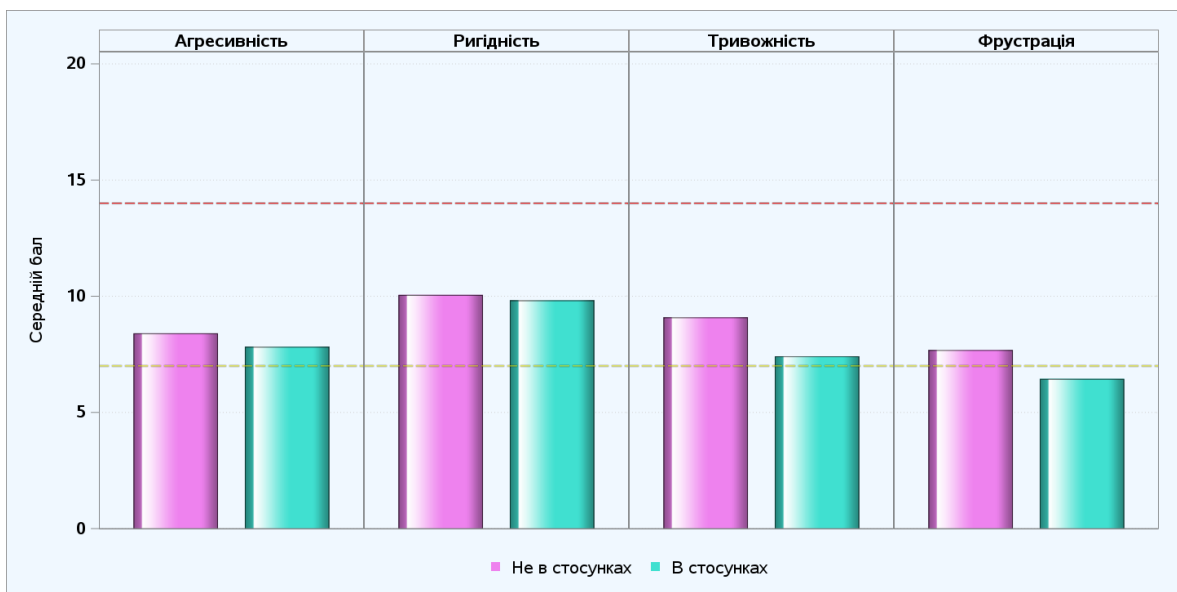


Рис. 2.10. Гістограма на основі даних, отриманих за методикою Г.Айзенка, де жовтий пунктир — межа між низьким рівнем вираженості ( $\leq 7$ ) і помірним

рівнем вираженості (8-14); червоний пунктир — межа між помірним рівнем вираженості (8-14) і високим рівнем вираженості ( $\geq 15$ )

Як бачимо з рис. 2.10, тривожність для обох вибірок в межах помірної вираженості, проте, як і при перевірці тривожності за шкалою Ч.Спілбергера, суттєвої різниці в рівні вираженості тривожності між вибірками не виявлено. Вираженість інших станів (Агресивність, Ригідність, Фрустрація) також знаходиться приблизно на однаковому рівні. Також для вибірки «В стосунках» виділяється низький рівень вираженості стану по шкалі Фрустрації.

Тепер проаналізуємо результати за діагностичним тестом «Емоційного інтелекту» Н.Холла.

Поглянемо на рис. 2.11.

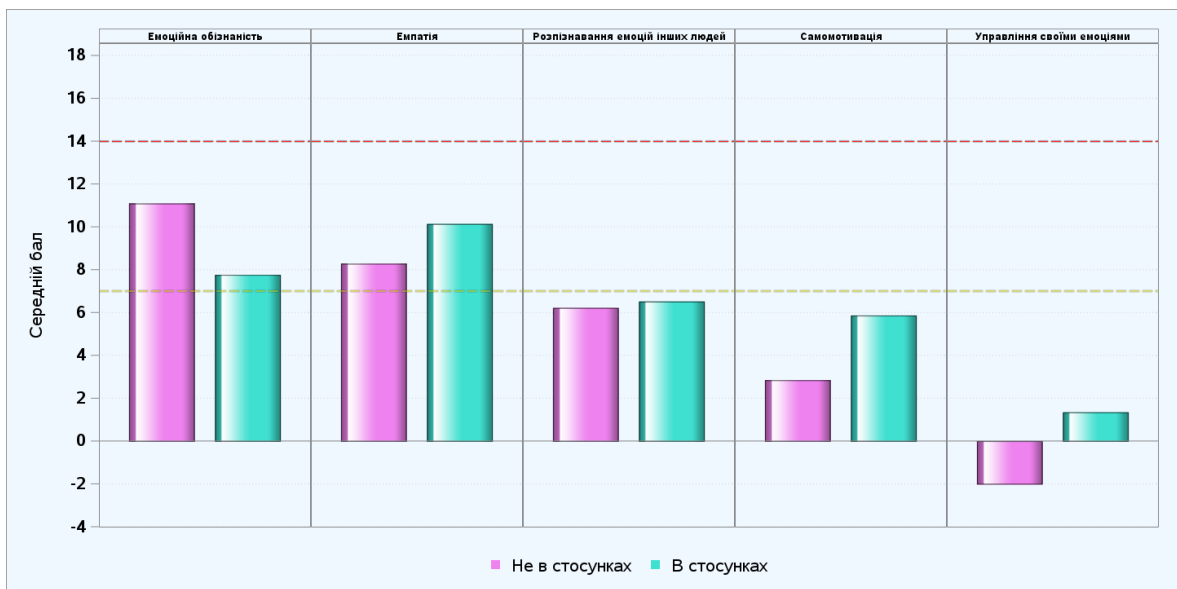


Рис. 2.11. Гістограма парціального рівня емоційного інтелекту на основі даних, отриманих за діагностичним тестом Н.Холла, де жовтий пунктир — межа між низьким рівнем ( $\leq 39$ ) і середнім рівнем (40-69); червоний пунктир — межа між середнім рівнем (40-69) і високим рівнем ( $\geq 70$ )

Як бачимо з рис. 2.11, рівні розпізнавання емоцій інших людей і самомотивації для обох вибірок низькі та суттєво не відрізняються; рівень емпатії теж майже не відрізняється, хоча для обох вибірок уже характерний середній рівень по цій шкалі. Для вибірки «Не в стосунках» помітно вищий рівень обізнаності відносно власних емоцій, проте для обох вибірок рівень залишається в межах середнього значення. Викликає значний інтерес шкала по рівню управління власними емоціями. Якщо для вибірки «В стосунках» характерний просто низький рівень, то для вибірки «Не в стосунках» цей низький рівень має вираження у від'ємних балах, що свідчить про вкрай низьку здатність впливати на власний емоційний стан.

Тепер поглянемо на рис. 2.12.

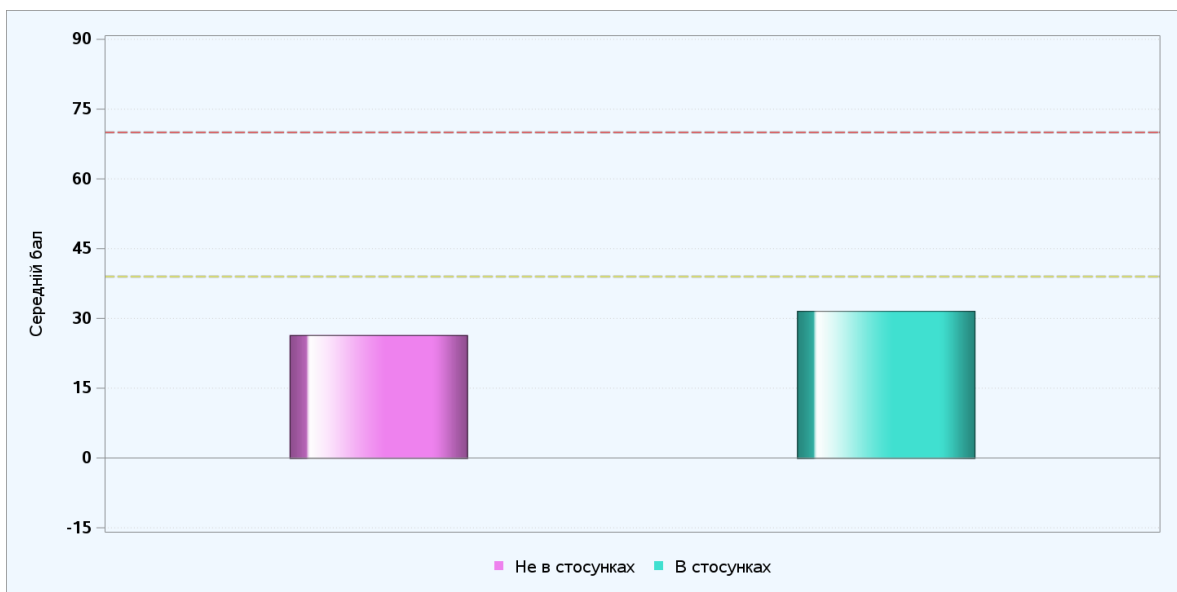


Рис. 2.12. Гістограма інтегративного рівня емоційного інтелекту на основі даних, отриманих за діагностичним тестом Н.Холла, де жовтий пунктир — межа між низьким рівнем ( $\leq 39$ ) і середнім рівнем (40-69); червоний пунктир — межа між середнім рівнем (40-69) і високим рівнем ( $\geq 70$ )

Як бачимо з рис. 2.12, незважаючи на те, що для вибірки «В стосунках» характерна незначна перевага, рівень емоційного інтелекту для обох вибірок низький.

Розглянемо описову статистику на основі даних, отриманих при проведенні діагностичного тесту «Емоційного інтелекту» Н.Холла, окремо по кожній шкалі.

Таблиця 2.14

Описова статистика даних по шкалі «Емоційна обізнаність», отриманих за діагностичним тестом Н.Холла

type=Емоційна обізнаність

Analysis Variable : t										
grp_stat	N Obs	Mean	Std Dev	Std Error	Lower 95% CL for Mean	Upper 95% CL for Mean	Median	Minimum	Maximum	Quartile Range
В стосунках	29	7.76	6.77	1.26	5.18	10.33	10.00	-9.00	18.00	5.00
Не в стосунках	32	11.09	5.62	0.99	9.07	13.12	12.00	-5.00	18.00	2.00

Як бачимо з даних в табл. 2.14, медіана (Median) і середнє значення (Mean) для вибірки «Не в стосунках» майже збігаються, хоча для вибірки «В стосунках» різниця дещо помітніша. Стандартне відхилення (Std Dev) для обох вибірок суттєве, а з огляду також на Мінімум (Minimum) і Максимум (Maximum) все це свідчить про високу варіативність балів. Наші висновки про варіативність балів для обох вибірок ми можемо прослідкувати на рис. 2.13.

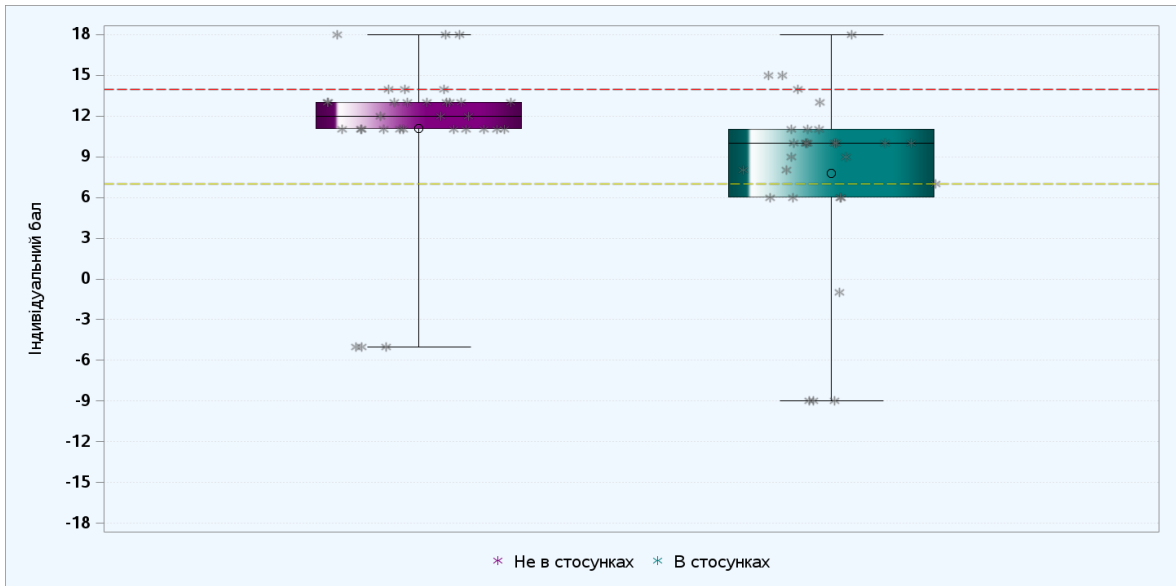


Рис. 2.13. Бокс-плот по шкалі «Емоційна обізнаність» на основі даних, отриманих за діагностичним тестом Н.Холла, де жовтий пунктир — межа між низьким рівнем ( $\leq 39$ ) і середнім рівнем (40-69); червоний пунктир — межа між середнім рівнем (40-69) і високим рівнем ( $\geq 70$ )

Як бачимо з рис. 2.13, підтверджується певна варіативність балів для вибірки «В стосунках». А для вибірки «Не в стосунках» характерна невисока варіативність балів, проте з гранично низькими і високими випадками, що впливають на показник стандартного відхилення (Std Dev). Також ми можемо помітити, що хоч середні значення в обох вибірках знаходяться в площині середнього рівня, проте нижній ліміт довіри (Lower 95% CL for Mean) для вибірки «В стосунках» потрапляє в площину низького рівня, а для вибірки «Не в стосунках» обидва ліміти довіри (Lower 95% CL for Mean та Upper 95% CL for Mean) знаходяться в площині середнього рівня



Описова статистика даних по шкалі «Емпатія», отриманих за діагностичним тестом Н.Холла

type=Емпатія										
Analysis Variable : t										
grp_stat	N Obs	Mean	Std Dev	Std Error	Lower 95% CL for Mean	Upper 95% CL for Mean	Median	Minimum	Maximum	Quartile Range
В стосунках	29	10.14	5.95	1.10	7.87	12.40	11.00	-6.00	18.00	6.00
Не в стосунках	32	8.28	6.57	1.16	5.91	10.65	10.00	-5.00	17.00	9.00

Як бачимо з даних в табл. 2.15, медіана (Median) і середнє значення (Mean) для обох вибірок майже збігаються, хоча для вибірки «Не в стосунках» різниця дещо помітніша. Стандартне відхилення (Std Dev) для обох вибірок значне, а з огляду також на Мінімум (Minimum) і Максимум (Maximum) все це свідчить про високу варіативність балів. Наші висновки про варіативність балів для обох вибірок ми можемо прослідкувати на рис. 2.14.

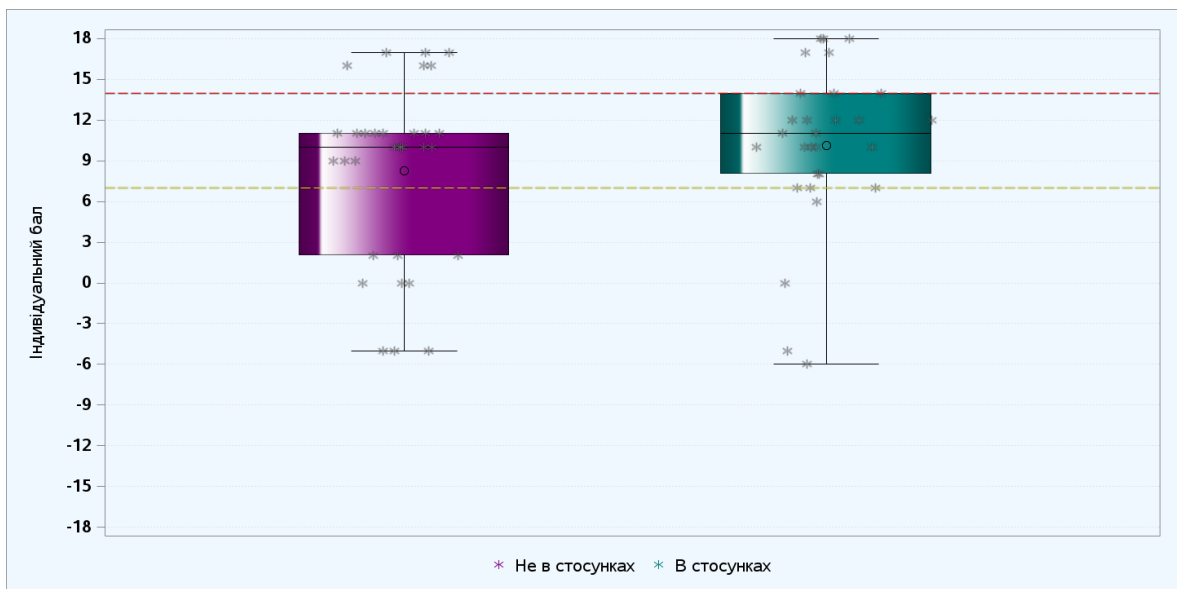


Рис. 2.14. Бокс-плот по шкалі «Емпатія» на основі даних, отриманих за діагностичним тестом Н.Холла, де жовтий пунктир — межа між низьким рівнем ( $\leq 39$ ) і середнім рівнем (40-69); червоний пунктир — межа між середнім рівнем (40-69) і високим рівнем ( $\geq 70$ )

Як бачимо з рис. 2.14, підтверджується висока варіативність балів для обох вибірок. Також ми можемо помітити, що хоч середні значення в обох вибірках знаходяться в площині середнього рівня, проте нижній ліміт довіри (Lower 95% CL for Mean) для вибірки «Не в стосунках» потрапляє в площину низького рівня, а для вибірки «В стосунках» обидва ліміти довіри (Lower 95% CL for Mean та Upper 95% CL for Mean) знаходяться в площині середнього рівня, з верхнім лімітом довіри на межі високого рівня.

Таблиця 2.16

Описова статистика даних по шкалі «Розпізнавання емоцій інших людей», отриманих за діагностичним тестом Н.Холла

type=Розпізнавання емоцій інших людей										
Analysis Variable : t										
grp_stat	N Obs	Mean	Std Dev	Std Error	Lower 95% CL for Mean	Upper 95% CL for Mean	Median	Minimum	Maximum	Quartile Range
В стосунках	29	6.52	7.03	1.31	3.84	9.19	5.00	-6.00	18.00	8.00
Не в стосунках	32	6.22	5.51	0.97	4.23	8.20	8.00	-6.00	14.00	7.00

Як бачимо з даних в табл. 2.16, медіана (Median) і середнє значення (Mean) для обох вибірок майже збігаються, хоча для вибірки «Не в стосунках» різниця дещо помітніша. Стандартне відхилення (Std Dev) для обох вибірок значне, а з огляду також на Мінімум (Minimum) і Максимум (Maximum) все це свідчить про високу варіативність балів. Наші висновки про варіативність балів для обох вибірок ми можемо прослідкувати на рис. 2.15.

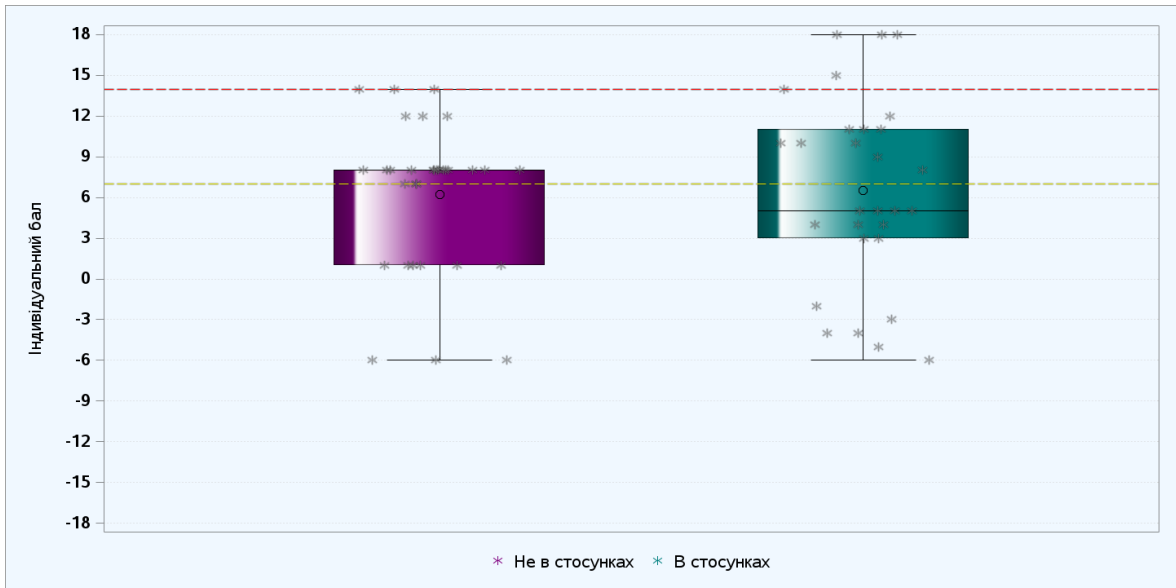


Рис. 2.15. Бокс-плот по шкалі «Розпізнавання емоцій інших людей» на основі даних, отриманих за діагностичним тестом Н.Холла, де жовтий пунктир — межа між низьким рівнем ( $\leq 39$ ) і середнім рівнем (40-69); червоний пунктир — межа між середнім рівнем (40-69) і високим рівнем ( $\geq 70$ )

Як бачимо з рис. 2.15, підтверджується висока варіативність балів для обох вибірок. Також ми можемо помітити, що середні значення в обох вибірках знаходяться в площині низького рівня, на межі середнього рівня. Верхні ліміти довіри (Upper 95% CL for Mean) для обох вибірок знаходяться в площині середнього рівня, а нижні ліміти довіри (Lower 95% CL for Mean) — в площині низького рівня.

Таблиця 2.17

Описова статистика даних по шкалі «Самотивація», отриманих за діагностичним тестом Н.Холла

type=Самотивація										
Analysis Variable : t										
grp_stat	N Obs	Mean	Std Dev	Std Error	Lower 95% CL for Mean	Upper 95% CL for Mean	Median	Minimum	Maximum	Quartile Range
В стосунках	29	5.86	6.86	1.27	3.25	8.47	7.00	-8.00	16.00	5.00
Не в стосунках	32	2.84	6.98	1.23	0.33	5.36	5.00	-10.00	12.00	10.00

Як бачимо з даних в табл. 2.17, медіана (Median) і середнє значення (Mean) для обох вибірок дещо відрізняються. Стандартне відхилення (Std Dev) для обох вибірок значне, а з огляду також на Мінімум (Minimum) і Максимум (Maximum) все це свідчить про високу варіативність балів. Наші висновки про варіативність балів для обох вибірок ми можемо прослідкувати на рис. 2.16.

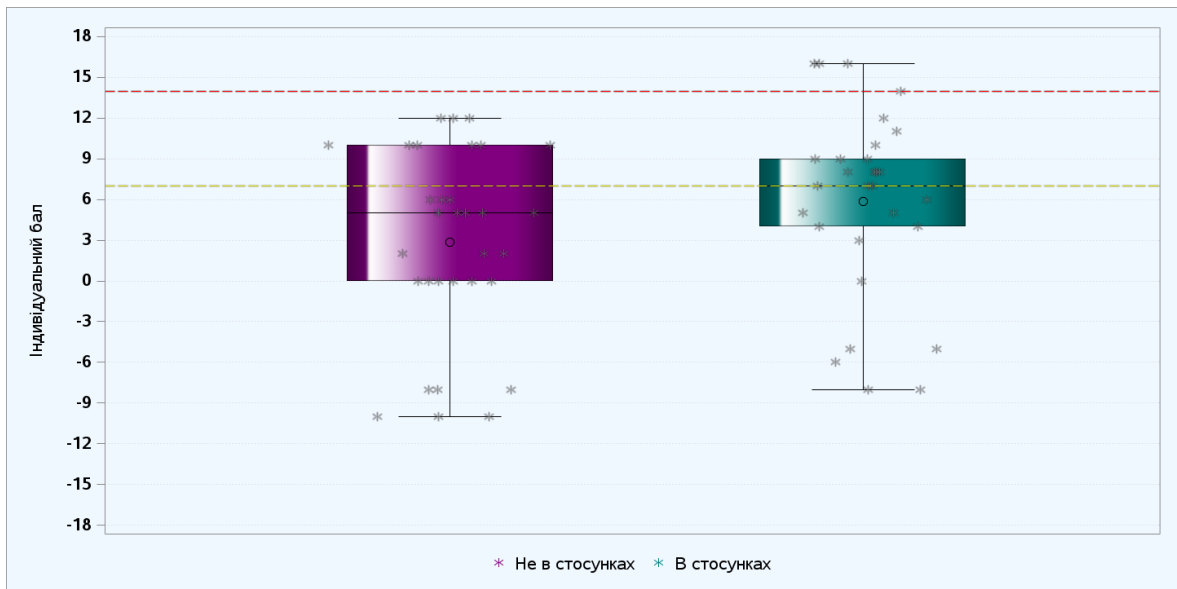


Рис. 2.16. Бокс-плот по шкалі «Самомотивація» на основі даних, отриманих за діагностичним тестом Н.Холла, де жовтий пунктир — межа між низьким рівнем ( $\leq 39$ ) і середнім рівнем (40-69); червоний пунктир — межа між середнім рівнем (40-69) і високим рівнем ( $\geq 70$ )

Як бачимо з рис. 2.16, підтверджується висока варіативність балів для обох вибірок. Також ми можемо помітити, що середні значення в обох вибірках знаходяться в площині низького рівня, на межі середнього рівня. Верхні ліміти довіри (Upper 95% CL for Mean) для обох вибірок знаходяться в площині середнього рівня, а нижні ліміти довіри (Lower 95% CL for Mean) — в площині низького рівня.

Описова статистика даних по шкалі «Управління своїми емоціями»,  
отриманих за діагностичним тестом Н.Холла

type=Управління своїми емоціями										
Analysis Variable : t										
grp_stat	N Obs	Mean	Std Dev	Std Error	Lower 95% CL for Mean	Upper 95% CL for Mean	Median	Minimum	Maximum	Quartile Range
В стосунках	29	1.34	7.48	1.39	-1.50	4.19	3.00	-14.00	12.00	10.00
Не в стосунках	32	-2.00	7.76	1.37	-4.80	0.80	-4.00	-12.00	14.00	7.00

Як бачимо з даних в табл. 2.18, медіана (Median) і середнє значення (Mean) для обох вибірок дещо відрізняються. Стандартне відхилення (Std Dev) для обох вибірок значне, а з огляду також на Мінімум (Minimum) і Максимум (Maximum) все це свідчить про високу варіативність балів. Наші висновки про варіативність балів для обох вибірок ми можемо прослідкувати на рис. 2.17.

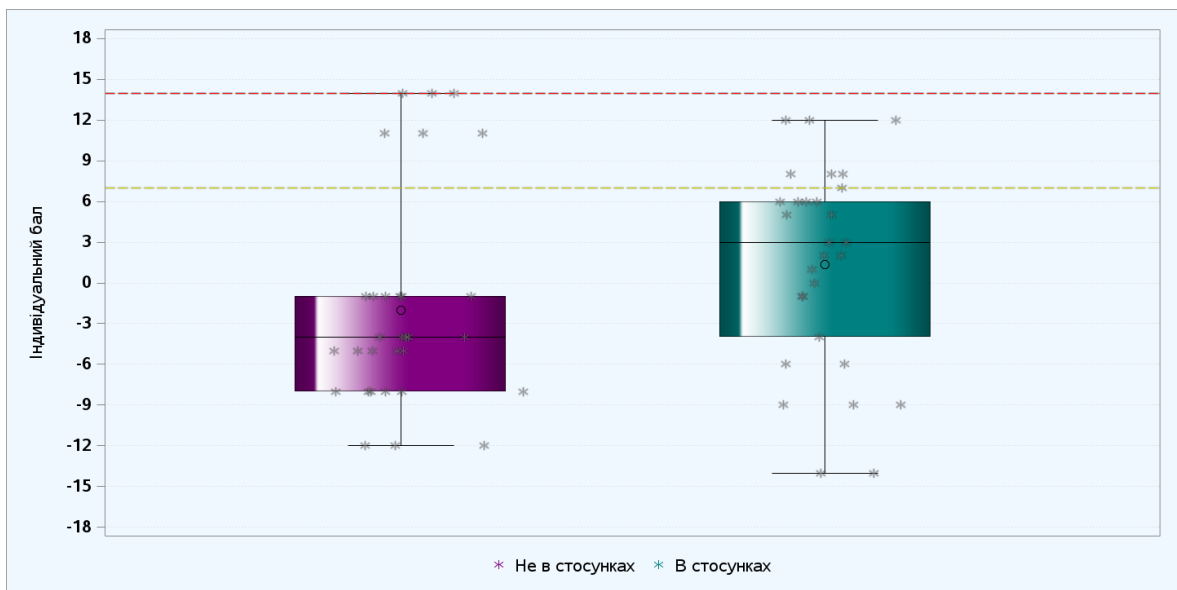


Рис. 2.17. Бокс-плот по шкалі «Управління своїми емоціями» на основі даних, отриманих за діагностичним тестом Н.Холла, де жовтий пунктир — межа між низьким рівнем ( $\leq 39$ ) і середнім рівнем (40-69); червоний пунктир — межа між середнім рівнем (40-69) і високим рівнем ( $\geq 70$ )

Як бачимо з рис. 2.17, підтверджується висока варіативність балів для обох вибірок. Також ми можемо помітити, що середні значення в обох вибірках знаходяться в площині низького рівня. Обидва ліміти довіри (Lower 95% CL for Mean та Upper 95% CL for Mean) для обох вибірок знаходяться в площині низького рівня.

Тепер поглянемо на рис. 2.18.

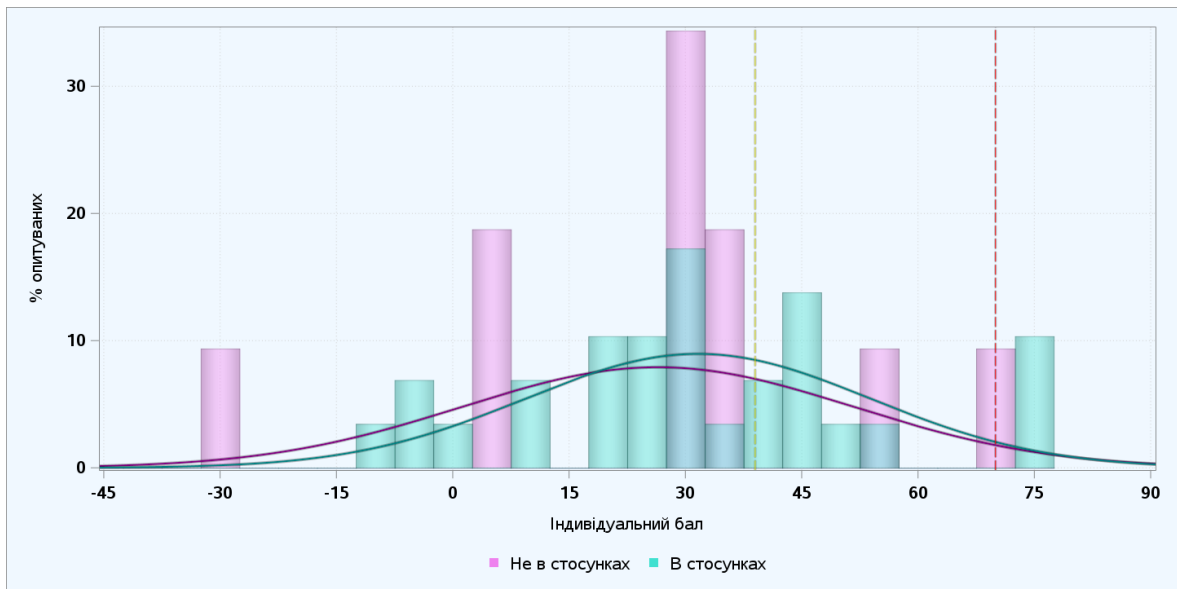


Рис. 2.18. Гістограма інтегративного рівня емоційного інтелекту на основі даних, отриманих за діагностичним тестом Н.Холла, де жовтий пунктир — межа між низьким рівнем ( $\leq 39$ ) і середнім рівнем (40-69); червоний пунктир — межа між середнім рівнем (40-69) і високим рівнем ( $\geq 70$ )

Як бачимо з рис. 2.18, для вибірки «Не в стосунках» характерна симетрія, а для вибірки «В стосунках» розподіл більше нагадує двомодальний, з найвищими точками для 30 і 45 балів. Таким чином, спостерігаємо, що типовий представник обох груп тяжіє до середнього балу, що знаходиться на межі між площинами низького і середнього рівнів.

Тепер проаналізуємо результати за тестом на визначення властивостей особистості міні-ММРІ.

Поглянемо на рис. 2.19.

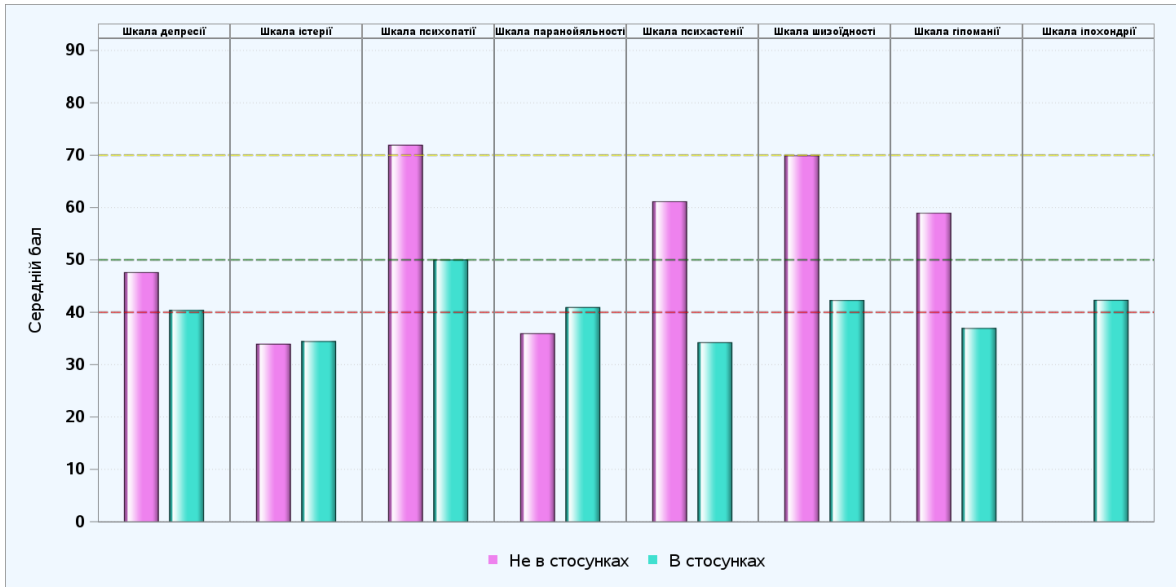


Рис. 2.19. Гістограма на основі даних, отриманих за тестом міні-ММРІ, де жовтий пунктир — межа між нормою і високим показником ( $\geq 70$ ); червоний пунктир — межа між нормою і низьким показником ( $< 40$ ); зелений пунктир — лінія «норми»

Як бачимо з рис. 2.19, для вибірки «Не в стосунках» характерними є високі показники по шкалах психопатії та шизоїдності, а по шкалах істерії, паранойяльності — низькі показники. Також відмінною рисою для вибірки «Не в стосунках» являється відсутність показників по шкалі іпохондрії. Для вибірки «В стосунках» характерна відсутність високих показників по всім шкалам, але характерними є низькі показники по ряду шкал: істерії, психастенії та гіпоманії.

Тепер спробуємо перевірити, чи існує зв'язок між балами, отриманими за шкалою Ч.Спілбергера, і властивостями особистості, визначеними за тестом міні-ММРІ, застосовуючи однофакторний дисперсійний аналіз (one-way analysis of variance (ANOVA)). Перевіримо гіпотезу про те, що бали за шкалою Ч.Спілбергера відрізняються в залежності від властивостей особистості:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \dots = \mu_k$$

На:  $\mu_1 \neq \mu_2 \neq \dots \neq \mu_k$

Перед проведенням ANOVA потрібно також провести тест Шапіро-Вілка для перевірки нормального розподілу в обох вибірках. Розглянемо результати по кожній шкалі для обох вибірок (див. табл. 2.19).

Таблиця 2.19

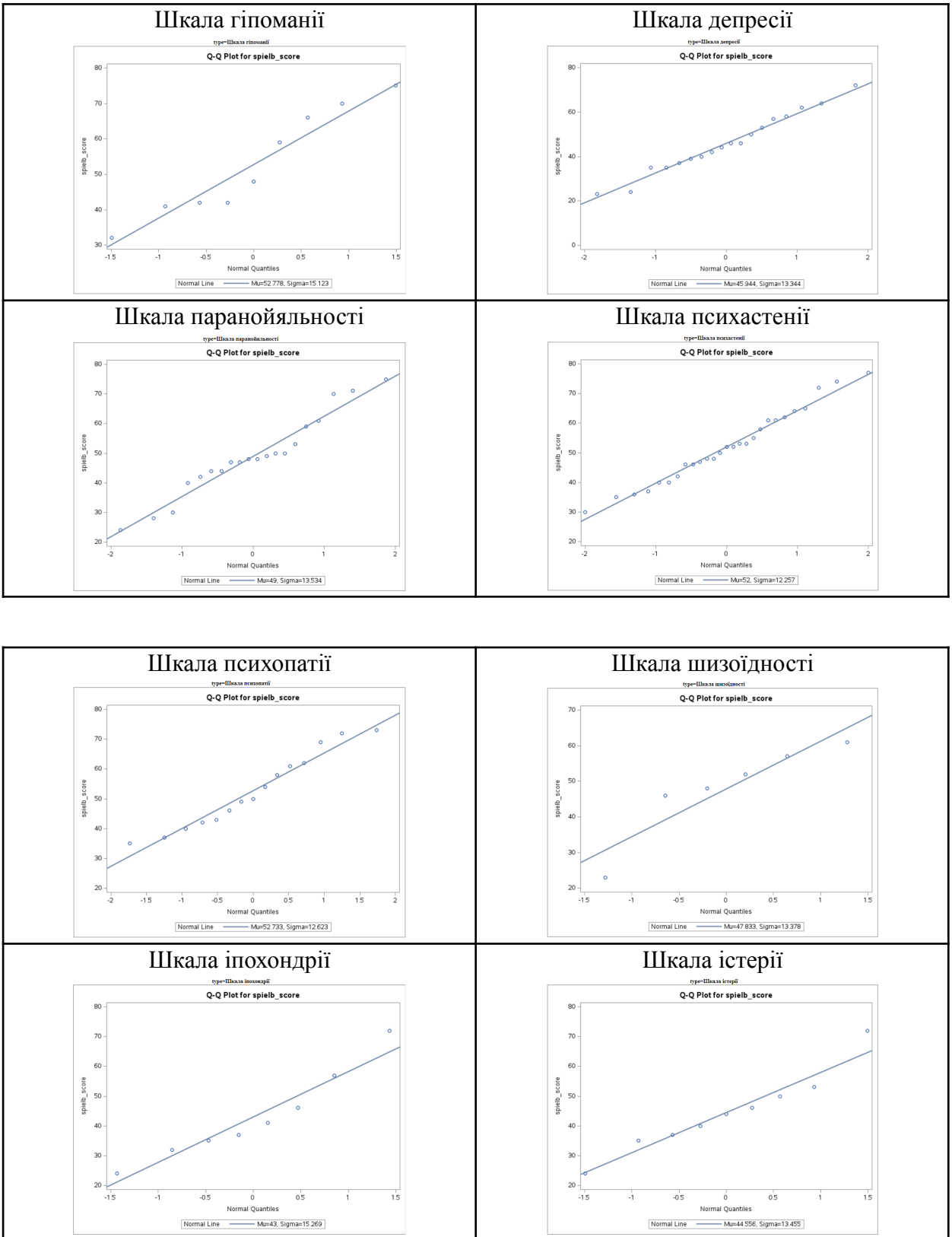
Показники тесту Шапіро-Вілка для перевірки нормального розподілу на основі даних, отриманих за тестом міні-ММРІ для обох вибірок

Шкала гіпоманії					Шкала депресії				
Tests for Normality					Tests for Normality				
Test	Statistic		p Value		Test	Statistic		p Value	
Shapiro-Wilk	W	0.922821	Pr < W	0.4161	Shapiro-Wilk	W	0.978648	Pr < W	0.9350
Шкала паранойяльності					Шкала психастенії				
Tests for Normality					Tests for Normality				
Test	Statistic		p Value		Test	Statistic		p Value	
Shapiro-Wilk	W	0.951858	Pr < W	0.3962	Shapiro-Wilk	W	0.977459	Pr < W	0.8010
Шкала психопатії					Шкала шизоїдності				
Tests for Normality					Tests for Normality				
Test	Statistic		p Value		Test	Statistic		p Value	
Shapiro-Wilk	W	0.942007	Pr < W	0.4083	Shapiro-Wilk	W	0.868258	Pr < W	0.2193
Шкала іпохондрії					Шкала істерії				
Tests for Normality					Tests for Normality				
Test	Statistic		p Value		Test	Statistic		p Value	
Shapiro-Wilk	W	0.936897	Pr < W	0.5808	Shapiro-Wilk	W	0.957587	Pr < W	0.7728

Як бачимо з даних в табл. 2.19, ймовірність по всіх шкалах задовольняє умову про нормальний розподіл даних ( $p\text{-value} > 0.05$ ). Перевіримо наш висновок, поглянувши на графік квантилів (див. табл. 2.20).



Графік квантилів на основі даних, отриманих за тестом міні-ММРІ для обох вибірок



Як бачимо з графіків в табл. 2.20, більшість точок розміщені вздовж діагональних ліній, особливо щільно точки прилягають до прямої по шкалах депресії, психастенії та істерії, отже розподіл даних нормальний в обох вибірках.

Тепер розглянемо результат тесту Левене для оцінювання рівності дисперсій (див. табл. 2.21).

Таблиця 2.21

Показники тесту Левене для оцінювання рівності дисперсій на основі даних, отриманих за тестом міні-ММРІ

Levene's Test for Homogeneity of spielb_score Variance ANOVA of Absolute Deviations from Group Means					
Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
type	7	118.4	16.9088	0.27	0.9633
Error	104	6452.2	62.0401		

Як бачимо з даних в табл. 2.21, ймовірність рівна 0.9633 (таким чином,  $p\text{-value} > 0.05$ ), значить дисперсії рівні в обох вибірках, тому ми будемо використовувати стандартний результат ANOVA (standard one-way ANOVA result).

Таким чином, ми перевірили, що розподіл даних в обох вибірках нормальний, дисперсії в обох вибірках рівні, викиди, що могли б вплинути на вибір непараметричної моделі, відсутні, тому нашим наступним кроком буде визначення статистично значущої різниці між середніми значеннями вибірок з допомогою ANOVA (див. табл. 2.22).

Таблиця 2.22

Показники ANOVA для визначення статистично значущої різниці між середніми значеннями вибірок на основі даних, отриманих за тестом міні-ММРІ

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	7	1218.57361	174.08194	0.98	0.4489
Error	104	18448.48889	177.38932		
Corrected Total	111	19667.06250			

Як бачимо з даних ANOVA в табл. 2.22, ймовірність рівна 0.4489 (таким чином,  $p\text{-value} > 0.05$ ), отже ми не можемо відхилити нульову гіпотезу і прийняти альтернативну, а це значить, що в популяції, з якої взято вибірки, рівень тривожності, визначений за шкалою оцінки рівня особистісної тривожності Ч.Спілбергера, не залежить від властивостей особистості.

Таким чином, проаналізувавши дані отримані за п'ятьма діагностичними методиками, ми дослідили, що в популяції, з якої взято вибірки, рівень вираженості депресії, визначений за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В.Зунга, а також рівень вираженості тривожності, визначений за шкалою оцінки особистісної тривожності Ч.Спілбергера, між жінками, які перебувають в стосунках, і жінками, які не перебувають в стосунках, статистично не відрізняється. Проте ми виявили сильну позитивну статистично значущу кореляцію для обох вибірок між рівнем вираженості тривожності, визначеним за шкалою оцінки особистісної тривожності Ч.Спілбергера, і рівнем вираженості депресії, визначеним за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В.Зунга. Окрім цього, ми не виявили статистично значущого зв'язку між рівнем тривожності, визначеним за шкалою оцінки рівня особистісної тривожності Ч.Спілбергера, і властивостями особистості, визначеними за тестом міні-ММРІ. Привертають увагу результати по рівню управління власними емоціями за діагностичним тестом «Емоційного інтелекту» Н.Холла. Якщо для вибірки «В стосунках» характерний просто низький

рівень, то для вибірки «Не в стосунках» цей низький рівень має вираження у від'ємних балах, що свідчить про вкрай низьку здатність впливати на власний емоційний стан.

Ми припускаємо, що перманентний стрес через війну, в якому знаходяться жінки на момент проведення дослідження, і пов'язані з ним загострені відчуття небезпеки за власне життя та життя близьких спричинили однаково сильний вплив на психоемоційний стан жінок, незалежно від їх партнерського статусу чи властивостей особистості, залишивши жінок зі здатністю усвідомлювати власні емоції на достатньому рівні, але поки в недостатній мірі розвиненими навичками з управління власними емоціями.

## Висновки до розділу 2

Виконавши емпіричне дослідження з оцінки емоційної сфери жінок середнього віку з різним партнерським статусом (29 осіб, які перебували в партнерських стосунках на момент проведення дослідження, і 32 особи, які не перебували в партнерських стосунках) з допомогою таких стандартизованих психодіагностичних методик, як:

- 1) методика диференціальної діагностики депресивних станів В.Зунга;
- 2) шкала оцінки рівня особистісної тривожності Ч.Спілбергера;
- 3) методика «Самооцінка психічних станів» Г.Айзенка;
- 4) діагностичний тест «Емоційного інтелекту» Н.Холла;
- 5) тест на визначення властивостей особистості міні-ММРІ;

ми мали змогу відзначити, що в популяції, з якої взято вибірки, рівень вираженості депресії, визначений за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В.Зунга, а також рівень вираженості тривожності, визначений за шкалою оцінки особистісної тривожності Ч.Спілбергера, між жінками, які перебувають в стосунках, і жінками, які не перебувають в стосунках, статистично не відрізняється.

Проте ми виявили сильну позитивну статистично значущу кореляцію для обох вибірок між рівнем вираженості тривожності, визначеним за шкалою оцінки особистісної тривожності Ч.Спілбергера, і рівнем вираженості депресії, визначеним за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В.Зунга.

Окрім цього, ми не виявили статистично значущого зв'язку між рівнем тривожності, визначеним за шкалою оцінки рівня особистісної тривожності Ч.Спілбергера, і властивостями особистості, визначеними за тестом міні-ММРІ.

Привертають увагу результати по рівню управління власними емоціями за діагностичним тестом «Емоційного інтелекту» Н.Холла. Якщо для вибірки «В стосунках» характерний просто низький рівень, то для вибірки «Не в

стосунках» цей низький рівень має вираження у від'ємних балах, що свідчить про вкрай низьку здатність впливати на власний емоційний стан.

Такі результати емпіричного дослідження нашоухують нас до висновків, що перманентний стрес через війну, в якому знаходяться жінки на момент проведення дослідження, а також пов'язані з цим загострені відчуття небезпеки за власне життя та життя близьких, спричинив однаково сильний вплив на психоемоційний стан жінок, незалежно від їх партнерського статусу.

## РОЗДІЛ 3. Тривожність жінки на вістрі психологічної інтервенції

### 3.1 Підходи по зниженню тривожності

Результати проведеного емпіричного дослідження дозволили виявити, що жінкам в обох вибірках властивий високий рівень тривожності (згідно балів, отриманих за шкалою Ч.Спілбергера) на момент проведення опитування. Проблема зниженого настрою (згідно балів, отриманих за методикою В.Зунга) виявилась не такою вираженою в порівнянні з тривожністю, що і наштовхнуло нас продовжити роботу саме в контексті підготовки програми по зниженню тривожності.

Одним з способів психокорекції тривожності є використання методів тілесноорієнтованої терапії [79], вплив якої на емоційну сферу людини відображено в працях В.Райха (вегетативна терапія), О.Лоуена (біоенергетична терапія), Ф.Александера (динамічна терапія) та ін. В тілесно-орієнтованій терапії застосовуються спеціальні засоби психотерапевтичного впливу, а саме — робота з рухами, диханням, м'язовим тонусом, що допомагає поєднати воедино почуття, розум і тілесні відчуття. Такі методи допомагають в створенні повного і довірчого контакту особистості з життям власного тіла. Відчуття особистістю внутрішньої свободи, позбавлення від м'язових зажимів і досягнення життєвої гармонії можна досягти завдяки проведенню психокорекційної роботи з допомогою методів тілесно-орієнтованої терапії. Всі почуття, переживання, життєвий досвід з моменту появи тіла, від внутрішньоутробного життя, коли ще не була сформована свідомість і свідомі пам'ять, відображаються саме в тілі людини. Робота з тілом дозволяє формувати унікальні можливості терапевтичного впливу поза цензури свідомості, зафіксувати справжні витoki актуальних і болючих проблем та дістатися до глибинних рівнів несвідомого, що являється суттєвою особливістю тілесно-орієнтованої терапії. Під час терапевтичної роботи негативні стани і відчуття особистості (лють, гнів, страх, тривога) починають усвідомлюватися і тим самим стають доступними для змін. Таким

чином, з допомогою тіла можна працювати з емоціями особистості, сферою її відносин, самоприйняттям.

Важливим поняттям тілесно-орієнтованої терапії є поняття «грунт під ногами», яке було впроваджено О.Лоуеном [72] в метод В.Райха. Зазначене поняття розуміється не лише як фізична опора на власні ноги, а і як метафора принципу реальності: чим міцніше людина відчуває контакт з реальністю (грунтом), тим міцніше навантаження вона може витримати і тим краще може керувати власними відчуттями. Під час переживання тривоги особистість не відчуває опори, стабільності та впевненості, дотику з реальністю, тобто того самого твердого ґрунту під власними ногами. А техніки, які використовуються в тілесноорієнтованій терапії допомагають сформувати відчуття ґрунту під ногами в особистості, яке сприяє зниженню тривоги. Ефективність використання засобів тілесно-орієнтованої терапії при роботі з тривожністю також зумовлена тим, що ці методи можуть використовуватися з різними віковими групами.

Ще одним дієвим психотерапевтичним напрямком з корекції тривожності являється когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Огляди досліджень [47; 60] ефективності цієї терапії засвідчили, що КПТ при генералізованому тривожному розладі (ГТР) виявилася ефективнішою за відсутність терапії та контрольні способи терапії. Більше того, КПТ зменшує переживання (ключову рису ГТР) за результатами АШПХ [54]. Здобутки терапії утримувалися з плином часу. Клінічне поліпшення спостерігали в 38-63% клієнтів, які завершили лікування [86]. Інші дослідники [77] для збільшення ефективності актуальних методів лікування додають компоненти майндфулнес. Роймер і колеги [77] успішно додавали компоненти майндфулнес до актуальних методів терапії. Відомо, що 78% осіб, в яких діагностовано ГТР, після застосування в них поведінкової терапії з компонентами майндфулнес позбувалися критеріїв ГТР. Однак існують суперечності щодо того, які саме компоненти КПТ найефективніші. Деякі дослідження [51] свідчать, що залучення більшої кількості елементів



(когнітивне реструктурування, розпруження, експозиція *in vivo*) дає кращий ефект, ніж монотерапія з використанням лише розпруження чи експозицій *in vivo*. Водночас інші [41] виявили, що застосування лише розпруження або когнітивних компонентів забезпечує такі ж виразні ефекти, як і ті, які виникають при застосуванні комбінованих варіантів лікування.

Таким чином, в результаті розгляду доступних і ефективних прийомів та методів для самостійного використання ми зупинились на можливостях, які надає КПТ.

### 3.2 Програма зі зниження тривожності

Приведена нижче програма спирається на КПТ техніки самопомоги зі зниження тривожності. Ця програма в якості психоедукаційного матеріалу була запропонована опитуваним, в яких було виявлено підвищений рівень тривожності, тому далі по тексту використовувалось звертання «Ви», маючи на увазі опитуваних.

*Що робить людину схильною до переживань?*

Виокремлюють дві групи чинників, які здатні впливати на формування схильності до переживань [35]:

1. Біологічні:

- a. Сенситивний темперамент з особливо чутливою системою безпеки в мозку.
- b. Схильність когось з близьких родичів до надмірної тривоги.

2. Психологічні:

- a. Травматичний досвід і стресові події в дитинстві. Деякі наукові дослідження свідчать, що також цей досвід може бути в інших поколіннях, наприклад, якщо члени родини пережили Голодомор, розстріли, репресії, тому їхні нащадки можуть мати підвищений рівень загальної тривоги.
- b. Відсутність безпечної прив'язаності в дитинстві. В ранньому дитячому віці не було здобуто досвіду безпеки, натомість була характерною відсутність відчуття захисту і підтримки від батьків або хтось з батьків зловживав алкоголем, поведився непередбачувано, мав проблеми з регулюванням злості.
- c. Гіперопіка з боку батьків і відсутність підтримки в розвитку самостійності. Намагання батьків захистити дитину через постійний контроль і уникання певних ситуацій виливається у відсутність самостійності та можливості давати собі раду з небезпеками з боку дитини.

- d. Високий рівень тривоги в батьків і моделювання певної опіки. Транслявання, що небезпека — всюди, що весь час треба бути обережним і краще уникати будь-яких ситуацій, де неможливо мати певність в безпеці.

Щоб розірвати підтримуючі кола і звільнитись від зайвої тривоги, потрібно навчитись [35]:

1. Переживати з користю, тобто розрізняти корисні та некорисні переживання і розуміти, що далі з ними робити.
2. Приймати невизначеність, бути до неї толерантнішим.
3. Ставитись до проблем як до обов'язкової складової життя.
4. Дивитися в очі найгіршому сценарію, розвивати мужність.

*Робота з переживаннями.* Отже, переживання — це особливий вид думок, які починаються з слів «А якщо...», вони стосуються майбутнього, їх важко зупинити, вони викликають багато тривоги і спрямовані на якусь можливу загрозу. Так, для людей з посиленою системою безпеки будь-які переживання здаються корисними, незалежно від того, пов'язані вони з реальною небезпекою чи гіпотетичною. Постає питання, як відрізнити, які переживання є корисними, а які — ні. Є великий спектр переживань, про частину яких можна точно сказати, що вони корисні, про іншу — зовсім зайві, але багато — десь посередині та не існує чіткої математичної відповіді, куди їх віднести [48]. Таким чином, важливо навчитись застосовувати критерії, щоб відрізнити корисні та некорисні переживання, а також навчитись переживати адаптивно, тобто за ті речі, які реально небезпечні.

Критерії для визначення типу переживань [48]:

1. Вірогідність настання події. Корисні переживання пов'язані з подіями, ймовірність яких дуже висока. Некорисні переживання пов'язані з ситуаціями, ймовірність яких є низькою, або з подіями, які взагалі можуть не відбутись. Оцінювати ступінь ймовірності непросто. Особи з підвищеною тривожністю схильні переоцінювати ймовірність настання тих чи інших жахливих подій.

2. Реальність існування проблеми. Корисні переживання завжди пов'язані з існуючою проблемою, а некорисні — з уявною чи гіпотетичною, перебільшують небезпеку і катастрофізують наслідки.
3. Дії. Корисні переживання приводять до дій, які дають змогу вирішити існуючу проблему. Некорисні переживання існують тільки в нашій голові, тобто або не ведуть до жодних дій, або ведуть до захисних дій, які тільки підтримують тривогу.
4. Контрольованість переживань. Корисні переживання обмежені в часі та не заважають людині жити в теперішньому. Некорисні переживання весь час крутяться в голові та начебто забирають людину в «іншу реальність».

Практичні кроки щодо роботи з переживаннями [35]:

1. Усвідомлення переживань. Перш ніж працювати з переживаннями, треба навчитись добре їх виявляти. Для цього протягом наступного тижня пропонуємо Вам спостерігати за своїми думками, щойно виникне переживання «А якщо...», і записувати їх в табличку (див. табл. 3.1):

Таблиця 3.1

#### Щоденник переживань

Дата/час	Тема переживання	Реальна проблема чи гіпотетична	Тривога (0-10)	Корисне чи Некорисне	Коментар
11/03/2023, 22:45	Я не справлюсь з робочим проектом і мене звільнять	Гіпотетична	4	Н	(пояснити, чому К або Н)

2. Розпізнавання корисних і некорисних переживань. Кожне з виявлених переживань необхідно оцінити. Допоможуть в цьому такі запитання:

- a. Проблема реальна чи гіпотетична?
- b. Якщо гіпотетична, наскільки високою є ймовірність її настання?
- c. Чи можливо щось зробити, щоб вирішити проблему?
- d. Скільки часу витрачається на ці переживання протягом доби?

Результати потрібно додати до таблички («К» — корисне або «Н» — некорисне).

3. Робота з корисними переживаннями. Тепер навпроти кожного переживання в таблиці потрібно поставити відповідну позначку, корисне воно чи ні. Для людини з підвищеною тривожністю є цілком природним розглядати переживання як корисне. Оскільки корисні переживання пов'язані з подіями високої ймовірності, то цілком логічно скласти план дій, які допоможуть вирішити цю проблему. Допоки така навичка не сформується, бажано робити це письмово і виділити собі достатньо часу на пошук можливих варіантів. Коли Ваш список закінчиться, останнім пунктом додайте те, що Ви можете зробити саме зараз або найближчими годинами. Пам'ятайте, що відкладати на потім — одна з стратегій захисної поведінки і призводить до підтримання тривоги. Тепер починайте реалізовувати свій план. Виконуючи його, Ви помітите важливу річ: як тільки Ви почнете діяти, то одразу менше про це думатиме. Але якщо все зроблено, що можна, а Вам знову докучає ідея «А якщо...», потрібно працювати з переживанням як з некорисним.
4. Робота з некорисними переживаннями. Некорисні переживання не пов'язані з реальними подіями, тобто являються гіпотетичними, і виникають у вигляді своєрідних дурних думок, мисленневого сміття, перевантажуючи мозок, виснажуючи, забираючи час і нічим не допомагаючи. До мільйону думок, які весь час крутяться в голові, можна застосувати дуже прості, але вкрай важливі техніки дистанціювання, які походять з сучасного напрямку так званої третьої хвилі КПТ майндфулнес і ефективність яких науково доведена [87]. Майндфулнес — це стан доброзичливого сприйняття теперішнього

моменту, який підтримується завдяки культивуванню особливого способу приділення уваги, що є неосудливим і відкритим до того, що є. Практикуючи цей стан, можна навчитись сприймати власні думки як просто продукт роботи мозку, а не як обов'язкове керівництво до дій. Інколи наш мозок підкидає нам справді дивні думки, але коли ми розуміємо їхнє походження і ставимося до них критично, ми перестаємо бути від них залежними. Ставлення до думок в дусі майндфулнес, що думка — це просто думка, дає нам змогу спостерігати за ними, а не занурюватися в них. Бо головна трудність полягає в тому, що коли ми намагаємось відштовхувати думки, вони одразу повертаються, а коли ми вчимося просто зауважувати їх, не оцінюючи, з часом виробляється навичка відпускати зайві думки [67].

*Техніка «Трамвай».* Уявіть собі, що Ви сидите на трамвайній зупинці та бачите, як під'їжджає великий червоний трамвай №1. Це є Ваша думка-переживання. Трамвай відчиняє двері та запрошує Вас зайти. Але тільки Ви можете вирішити, заходити в цей трамвай чи ні, тобто занурюватись в ці думки чи ні. А Ви пам'ятаєте, що переживання схильні утворювати довжелезні ланцюжки і постійно генерувати найстрашніші сценарії. І якщо Ви вирішуєте залишатися на зупинці, трамвай №1 зачинить двері та поїде далі. Проста фраза, яку Ви можете собі сказати, коли докучає некорисне переживання, — «Це не мій трамвай» і відпустити його. Через деякий час, коли під'їжджає наступний трамвай, тобто якась інша думка, Ви знову вирішуєте сідати чи не сідати. Якщо Ви зрозуміли, що сіли не в той трамвай уже після того, як опинилися в ньому, зачинилися двері та почався рух, Ви виходите на наступній зупинці та очікуєте необхідний Вам номер. За аналогією, якщо Ви розумієте, що вже почали переживати про щось некорисне, нагадайте собі, що «Це не мій трамвай» [41].

*Техніка «Час для переживань»* полягає в тому, що Ви обираєте для себе певний час, одну годину на добу, протягом якого можете

переживати, повністю занурившись у власні думки на будь-які теми, які Вас хвилюють. Але якщо якісь тривожні некорисні думки будуть виникати в інший час, Ви знову нагадуєте собі, що «Це не мій трамвай, я повернусь до цього в свій час для переживань». Мине зовсім небагато часу, коли Ви зрозумієте, скільки простору з'явилося в Вашому житті для інших справ. Варто зауважити, що цей підхід принципово відрізняється від простого намагання відштовхнути думку, а навчас свідомо відпускати свої думки з розумінням, що вони не мають жодної користі та збільшують рівень тривоги [41].

5. Переконавання про переживання. Хоча більшість людей хотіла би загалом переживати менше, але водночас вони впевнені, що переживання їм допомагають. Учені виокремили 5 переконань про корисність переживань [58]:

а. «Переживання допомагають знайти найкраще розв'язання проблем» — переживання допомагають вирішувати проблеми і ухвалювати найкращі рішення. Дійсно, певна тривога в складних ситуаціях більше мобілізує і сконцентровує на пошук рішення. Але дуже високий рівень тривоги, навпаки, зменшує здатність критично ставитись до ситуації та приймати обгрунтовані рішення, заважає пошукові виваженіших варіантів розв'язання проблем.

б. «Переживання мотивують людину до необхідних дій» — переживання про щось, що треба зробити, гарантують, що необхідні дії будуть успішно виконані. В цьому випадку переживання сплутані з відповідальністю. Насправді ж відсутність постійних переживань не робить людину менш відповідальною, а, навпаки, дає можливість зосередитися на вирішенні завдання. Якщо ж особа дуже багато переживає, вона схильна до уникання чи відкладання завдання, відчуває постійний емоційний дистрес, який має зворотній ефект щодо

якості виконання завдання і суттєво зменшує шанси взагалі виконати завдання. Як відомо, розпружений мозок працює краще, ніж напружений [30].

- c. «Переживання захищають людину від негативних емоцій» — якщо почати переживати завчасно, то це може захистити від важких емоцій, коли дійсно станеться щось погане. Особа переживає наперед, щоб зменшити потім відчуття розчарування, суму, провини тощо. Трудність цього переконання полягає в тому, що коли погані події все ж таки стаються, то навряд особа, яка завчасно довго про це переживала, відчуває менше негативних емоцій порівняно з особою, яка не переживала про це заздалегідь. Переживання не можуть захистити від важких відчуттів, якими супроводжуються несподівані негативні події, що, на жаль, трапляються в житті кожного.
- d. «Переживання як такі можуть запобігти поганим наслідкам» — переживання можуть впливати на наслідки подій. Тобто саме через переживання щось погане не трапилось або щось добре здійснилось. Такий тип мислення є логічною помилкою, бо особа не враховує безлічі інших чинників, які дійсно впливають на наслідки подій. Увага є дуже вибірковою, а деякі важливі речі ігноруються.
- e. «Переживання — хороша риса особистості» — переживання виступає як підтвердження турботливої або люблячої особи.

*Збільшення толерантності до невизначеності.* Багато досліджень [68] свідчать про те, що непереносимість невизначеності — головний чинник, який підтримує генералізовану тривожність і є своєрідним паливом для переживань. Це пов'язано з нашими глибинними переконаннями про себе і світ, які зумовлені негативним досвідом в минулому та які міцно підтримує наша захисна поведінка. Але важливість змін є очевидною, якщо йдеться про підвищення якості життя і зменшення напруги. Далі розглянемо стратегії, які



можуть допомогти змінити когнітивну складову, тобто вплинути на ставлення до невизначеності на рівні думок [68]:

1. Нагадати собі, що дезадаптивні глибинні переконання і правила життя сформувалися через незадоволену потребу в безпеці в дитячому віці та є лише наслідком дії певних чинників.

*Можливі дії:* дивлячись на події свого життя, сформулювати адаптивніше переконання «Загалом світ безпечний, але існують певні небезпеки, до яких треба бути уважним» і відповідне правило «Важливо мати безпеку, але вона не може бути абсолютною і тому необхідно вчитися приймати невідомість та розумно ризикувати».

2. Оскільки особа з підвищеною тривожністю схильна перевищувати ймовірність настання поганих подій, вона упереджено опрацьовує інформацію з навколишнього оточення і по-особливому інтерпретує ситуації, а саме — завжди сприймає двозначні подразники як загрозливі.

*Можливі дії:* вправлятися у визначенні ступеню вірогідності настання жахливих подій і намагатися сприймати об'єктивно можливі варіанти закінчення цих ситуацій. Більшість людей в невідомості бачить лише щось погане, а насправді всі добрі речі також прийшли в наше життя з невідомості.

3. Особа з підвищеною тривожністю зазвичай недооцінює свої здатності впоратися з проблемами.

*Можливі дії:* замислитись над питанням «Скільки траплялось складних ситуацій в житті, з якими зовсім не вдалося впоратись?».

4. Розглянути вартість бажання мати визначеність. Чи це взагалі можливо — досягти повної визначеності? Чи можна знати, що буде завтра? Що відбувається з життям, якщо намагатись це зробити?

5. Задати собі питання, чи хочеться насправді знати все наперед? Здається, що особа з тривожністю, схильна до контролю, була би щасливою мати розклад на все життя, щоб змогти заздалегідь підготуватися до

складних подій, але насправді є дуже незначний відсоток тих, хто погодився би знати все наперед.

Перш ніж розглянути стратегії зі зміни власних дій, які підтримують непереносимість невизначеності, розглянемо сам термін «непереносимість невизначеності» [23]. Якщо хочеться зменшити переживання і загальну тривожність, то для цього виникає два шляхи: підвищити толерантність до невизначеності, тобто збільшити здатність витримувати невизначеність, або підвищити ступінь визначеності. Ймовірно, особа з підвищеною тривожністю вже намагалась збільшити визначеність з допомогою двох поведінкових стратегій: уникнення або захисна поведінка. І обидві ці стратегії мали зворотний ефект і тільки посилювали тривогу та переживання, збільшували відчуття напруги та постійного внутрішнього дискомфорту. Тобто подібна поведінка не призводить до розвитку вміння витримувати визначеність. Таким чином, єдиний спосіб позбутися страху невизначеності — це відмовитися від будь-якої захисної поведінки і уникнення та планувати експозиції до ситуацій, пов'язаних з невизначеністю. Важливо робити ці кроки поступово, в індивідуально підходящому темпі. Щоб переходити до експозицій, спершу потрібно скласти докладний перелік усіх варіантів захисної поведінки. Протягом кількох днів поспостерігайте за собою, запишіть конкретні дії, які притаманні саме Вам. Ситуації для вправлення Ви можете знайти в своєму щоденнику переживань і у власному списку варіантів захисної поведінки та уникнення. Приклад ієрархії сходинок для експозиції до невизначеності [30]:

- надіслати листа, не перечитавши його;
- зробити щось незаплановане;
- ухвалити рішення, не порадившись;
- зменшити контролювання, моніторування, планування в побуті;
- піти в кіно чи на виставу, не читаючи відгуків;
- замовити в ресторані страву, яку ще не куштували;
- зібратися в подорож, не перевіряючи багато разів речі.

Виконуючи щодня маленькі вправи, подібні наведених вище, можна поступово відчутти, що Ви навчилися витримувати тривогу, що вона не є аж такою страшною, що це є лише відчуття, яке протягом певного часу минає. З іншого боку — це дасть можливість здобути власний досвід того, що невизначеність не завжди несе загрозу, що багато добрих речей приходять до нас з невідомості та що саме вона робить наше життя цікавим і сповненим несподіваних прекрасних моментів. Щоразу, коли Ви не знаєте, що буде далі, спробуйте сказати собі «Хай живе невизначеність, бо невизначеність — це невід'ємна частина життя!», намагайтеся з цікавістю подивитися в майбутнє, щоб здобути власний новий досвід [23].

*Змінити ставлення до проблем.* Проблема — це ситуація, яка не має швидкого вирішення і це може нести загрозу в майбутньому. Тобто виникнення проблем як таких — це і є зустріч з невідомістю, нетолерантність до якої є головним чинником, що підтримує тривожний стан. Важливо зазначити, що зміна ставлення до проблем не передбачає тренування позитивного мислення, на зразок вмовляння себе, що все буде добре. Розглянемо три стратегії, які допоможуть змінити ставлення до проблем [35]:

1. Розпізнати проблему якомога раніше. Якщо використовувати звичну стратегію відкладання і уникнення вирішення проблем, то їхня кількість природно починає збільшуватись. Тому перша важлива навичка — розпізнавати проблеми до того, як стало занадто пізно. Що може допомогти це зробити?
  - a. Уважність до своїх негативних емоцій. Якщо Ви відчуваєте напруження, тривогу або злість, варто запитати себе, що саме відбулося? Через яку ситуацію вони виникли? Тривога чи роздратування є сигналом, що виникла ситуація, на яку треба звернути увагу і спланувати кроки для її вирішення.
  - b. Складання списку поточних проблем з присвоєнням номера кожній проблемі, що дасть змогу, з одного боку, не бути

здивованим і захопленим зненацька, а з іншого — встановити певну чергу при вирішенні проблем.

2. Подивитися на проблему як на звичайну, обов'язкову частину життя. Через те, що особа з підвищеною тривожністю використовує багато захисних стратегій, намагаючись усе контролювати, виникнення проблем щоразу викликає здивування і відчуття, що сталося щось ненормальне, те, чого не повинно було статися. Але чи можете Ви пригадати хоча б одну людину, яка не мала проблем? Та якщо раптом Ви згадали людину, яка, на перший погляд, має менше труднощів, ніж інші, то, ймовірно, вона просто вміє швидко реагувати на виникнення проблем і має добрі навички їхнього вирішення. Ставлення до проблем як до нормальної частини життя дає змогу той час, який зазвичай особа використовує на переживання проблем, витратити на своєчасне виявлення, розроблення плану їх подолання і втілення цих дій в реальність.
3. Подивитися на проблему як на можливість, а не загрозу. Сприймання проблеми як загрози призводить до намагання її уникнення, що є природною реакцією захисної поведінки. Це призводить до ще більшого їх накопичення і, як наслідок, збільшення переживань та тривоги. Інший погляд — спробувати відшукати, які можливості може дати будь-яка непростя ситуація. Наприклад, при тривалій хворобі та вимушеному перебуванні в лікарні замість звичайного способу реагування, на зразок «Чому це сталося зі мною? Чому саме зараз? Зі мною весь час відбувається щось погане. На лікування витрачу всі гроші.», можна спробувати знайти гнучкіший варіант, на зразок «Дуже сумно, що так сталося. Невідомо, чим все закінчиться. Мене лякає, що не вистачить коштів. Але я маю час подумати, що є найціннішим для мене в житті/ ухвалити важливі рішення/ бути більше часу з рідними/ турбуватися про інших хворих, які потребують підтримки/ вчитися плекати надію.».

*Подивитися в очі найгіршому сценарію (експозиція до найгіршого сценарію).* В результаті досліджень [68] було виявлено, що переживання використовуються для того, щоб уникати уявлень про найгірше, що може статися. Таким чином, мозок не має можливості опрацювати цих уявних образів і позбутися тривоги, пов'язаної з цими образами. Перестрибуючи від одного переживання до іншого на поверхневому рівні, особа не має змоги дійти до кінця кожного ланцюжка своїх переживань і відчутти природного зменшення негативних емоцій, яке відбувається після глибокого опрацювання цих образів. Тобто в цьому випадку переживання діють як стратегії уникнення або захисної поведінки. Основні кроки роботи з експозицією [30]:

1. Вибрати тему, конкретний страх, з яким Ви будете починати працювати. Для початку не варто обирати дуже складні, емоційно найвразливіші теми. Наприклад, Ви переживаєте, що дитина отримає погану оцінку за контрольну роботу. Далі потрібно зрозуміти, що найгіршого може статися, де є кінець ланцюжка переживань на цю тему: «Дитина отримає погану оцінку за контрольну роботу. -> До чого це може призвести? -> Вона погано закінчить навчальний рік. -> Що станеться потім? -> Вона не зрозуміє чогось важливого, відставання буде накопичуватися. -> Що далі? -> Погано складе ЗНО і не зможе вступити до ВНЗ. -> Що найгіршого через це може статися? -> Моя дитина вже дорослою сидітиме вдома без роботи, не маючи коштів, деградує, а я почуватимусь страшенно винною, що це сталося через мене.»
2. Написати докладний сценарій, максимально яскраво описуючи всі подробиці, щоб якомога реалістичніше уявити собі цю ситуацію. Важливий нюанс: ознака добре написаного сценарію — збільшення тривоги при його прочитанні.
3. Перечитати сценарій і звернути увагу, чи не робили Ви спроб пом'якшити його, уникаючи найнеприємніших моментів. Важливо не використовувати конструкцій «Я уявляю», «Мені здається» тощо, адже

вони роблять сценарій менш емоційно насиченим, що є захисною поведінкою.

4. Зробити аудіозапис остаточного сценарію. Тривалість запису не повинна перевищувати 5 хвилин.
5. Перше прослуховування. Сядьте зручно, заплющте очі або дивіться в одну точку і почніть прослуховувати записаний сценарій. Оберіть суб'єктивну шкалу для оцінки тривоги (наприклад, від 0 до 10) і прослідкуйте, що відбувається з тривогою. Спочатку Ви будете відчувати, що тривога зростає, але згодом вона почне зменшуватися. Продовжувати слухати запис потрібно доти, поки рівень тривоги не знизиться хоча б на половину від початкового рівня. Оцініть рівень тривоги до початку вправи, після закінчення вправи і максимальний рівень тривоги під час виконання вправи.
6. Повторне прослуховування. Необхідно прослуховувати аудіозапис щодня протягом 30-40 хвилин, продовжуючи слідкувати, як змінюється рівень тривоги до, під час і після закінчення вправи. Закінчувати роботу над опрацюванням сценарію потрібно тоді, коли під час прослуховування Ви майже не відчуватимете підвищення тривоги.
7. Опрацювавши один сценарій, необхідно обрати наступну гіпотетичну ситуацію з свого щоденника переживань і повторити усі попередні кроки.

Зазвичай, достатньо добре попрацювати з декількома сценаріями для того, щоб загальний рівень тривоги суттєво знизився.

### 3.3 Рекомендації щодо застосування програми по зниженню тривожності

Коли люди з тривожними розладами починають КПТ, вони часто мають змішані відчуття. Зустрітися з своїми страхами дуже важко і в цілому люди мають неоднозначне ставлення до змін усталеної поведінки, яка забезпечувала їм певний комфорт в минулому. Існують деякі загальні страхи щодо початку КПТ [23]:

- 1) побоювання, що лікування не буде успішним («Я боюся, що лікування буде неефективне»);
- 2) страхи наслідків того, що лікування може виявитися успішним («Що станеться, якщо я перестану переживати?»);
- 3) страх перед тим, що лікування може спричинити зростання кількості симптомів («Що буде, якщо лікування змусить мене переживати ще більше?»);
- 4) страх перед тим, що особа може не витримати весь курс лікування;
- 5) інші страхи: фінансового плану, можливого впливу лікування на роботу чи стосунки та ін.

Підхід, який специфічно спрямований на подолання неоднозначного ставлення до лікування, — це мотиваційне консультування [74]. Хоча мотиваційне консультування значною мірою акцентоване в терапії використанням наркотичних субстанцій, воно актуальне і корисне також як спосіб допомогти людям змінити також інші звички. Міллер і Роллнік визначають мотиваційне консультування як «клієнтоцентрований, директивний метод, спрямований на посилення мотивації до змін через вивчення і усунення неоднозначності». Мотиваційне консультування є комплементарною до КПТ технікою, а не альтернативою КПТ. В мотиваційному консультуванні психотерапевт протистоїть опору, співчутливо вислуховуючи клієнта і намагаючись зрозуміти його неоднозначний настрій, а не переконуючи його в необхідності змін (що може парадоксальним чином посилити опір).

### Висновки до розділу 3

Виконання емпіричного дослідження дозволило виявити, що жінкам в обох вибірках властивий високий рівень тривожності (згідно балів, отриманих за шкалою Ч.Спілбергера) на момент проведення опитування. Проблема зниженого настрою (згідно балів, отриманих за методикою В.Зунга) виявилась не такою вираженою в порівнянні з тривожністю, що і наштовхнуло нас продовжити роботу саме в контексті підготовки програми для зниження тривожності. Проаналізувавши доступні техніки для зниження тривожності, ми визначили, що:

1. Серед дієвих способів психокорекції тривожності є використання методів тілесноорієнтованої терапії, вплив якої на емоційну сферу людини відображено в працях В.Райха (вегетативна терапія), О.Лоуена (біоенергетична терапія), Ф.Александера (динамічна терапія) та ін. В тілесно-орієнтованій терапії застосовуються спеціальні засоби психотерапевтичного впливу, а саме — робота з рухами, диханням, м'язовим тонусом, які допомагають поєднати воедино почуття, розум і тілесні відчуття. Ефективність використання засобів тілесно-орієнтованої терапії при роботі з тривожністю також зумовлена тим, що ці методи можуть використовуватися з різними віковими групами.
2. Ще одним дієвим психотерапевтичним напрямком з корекції тривожності являється когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Численні дослідження свідчать про ефективність методів даного напрямку психотерапії. Крім того, є підтвердження, що здобутки терапії утримувалися з плином часу.

В результаті розгляду доступних і ефективних прийомів та методів для самостійного використання ми зупинились саме на можливостях, які надає КПТ, запропонувавши опитуваним з високим рівнем тривожності згідно балів, отриманих за шкалою Ч.Спілбергера, в якості психоедукаційного



матеріалу програму, що спирається на КПТ техніки самопомоги зі зниження тривожності. Програма включала в себе чотири основні кроки з тренування навичок:

1. Переживати з користю, тобто розрізняти корисні та некорисні переживання і розуміти, що далі з ними робити.
2. Приймати невизначеність, бути до неї толерантнішим.
3. Ставитись до проблем як до обов'язкової складової життя.
4. Дивитися в очі найгіршому сценарію, розвивати мужність.

Кожен крок вимагає виконання певних вправ і технік. А для нівелювання можливих страхів на початку використання технік КПТ в якості рекомендацій було запропоновано дотримуватись мотиваційного консультування, яке визначається як «клієнтоцентрований, директивний метод, спрямований на посилення мотивації до змін через вивчення і усунення неоднозначності». Мотиваційне консультування є комплементарною до КПТ технікою, а не альтернативою КПТ. В мотиваційному консультуванні психотерапевт протистоїть опору, співчутливо вислуховуючи клієнта і намагаючись зрозуміти його неоднозначний настрій, а не переконуючи його в необхідності змін (що може парадоксальним чином посилити опір).

## ВИСНОВКИ

Враховуючи кардинальні зміни і кризові явища, в тому числі спричинені війною, яку переживає українське суспільство, ми вбачали актуальною темою з дослідження особливостей емоційної сфери жінок середнього віку в залежності від їх партнерського статусу, зважаючи на численні дослідження, які визначали сімейний стан і близькі партнерські стосунки як важливі чинники для психічного благополуччя людини. В нашому дослідженні ми розглядали саме середній дорослий вік 30-45 років, що є перехідним етапом життєвого шляху, який визначає подальший психічний розвиток особистості.

Для досягнення поставленої мети ми:

- 1) проаналізували наукову літературу, присвячену феномену емоційної сфери, і зокрема зосередили увагу на таких розладах емоційної сфери, як тривожність і депресія;
- 2) організували і провели емпіричне дослідження з оцінки емоційної сфери жінок середнього віку з різним партнерським статусом, а саме — визначили рівень вираженості депресії та тривожності, а також виконали подальший аналіз емоційної сфери в залежності від властивостей особистості;
- 3) проаналізували і проінтерпретували отримані дані;
- 4) розробили програму з психологічної корекції емоційного стану жінок і запропонували рекомендації з її імплементації.

При вирішенні дослідницьких завдань ми задіяли такі методи:

- 1) теоретичні методи: аналіз, синтез, систематизація, класифікація, узагальнення даних наукової літератури;
- 2) емпіричні методи: анкетування (авторська анкета для збору даних опитуваних), тестування;
- 3) математично-статистична обробка даних.

В ході теоретико-методичного аналізу емоційної сфери особистості ми теоретично встановили, що психічні стани — це складні психічні явища, які

охоплюють функціональні, емоційні, когнітивні, мотиваційно-вольові аспекти психіки людини, мають внутрішню і зовнішню детермінацію. Вони характеризуються постійним рухом, зміною, перетіканням одного стану в інший. Психічні стани не зводяться до емоцій, почуттів, емоційних реакцій тощо, хоча останні є їх невід'ємною складовою. Емоційні стани входять до структури психічних як складних цілих, які охоплюють також інтелектуальні, мотиваційно-вольові, функціональні аспекти психіки. Емоційне реагування є одним з проявів цілісного психічного стану особистості. В той же час тип емоційних реакцій, який склався в певний період життєвого часу, відображає ставлення особистості до різних реалій і подій та є їх значущим фактором, беручи участь в утворенні психічних станів. Емоції виражають сенс відбиваного об'єктивного змісту з точки зору потреб суб'єкта і спонукають його до діяльності, спрямованої на об'єкт. Суб'єктивні переживання відношення до навколишніх предметів є власне психічним в емоціях. Емоційні явища можуть бути представлені як актуальними (ситуативними) емоціями, так і емоційністю (стійкою схильністю до переживання емоцій певної модальності). Перші характеризують стани, другі — властивість особистості.

Окрім цього, ми теоретично проаналізували існуючі погляди стосовно виникнення емоцій. Але, незважаючи на чисельні теорії, єдиної загальноприйнятої теорії емоцій не існує. Головними проблемами і аспектами вивчення емоцій та почуттів є їх різноманітність, неоднозначність поглядів на їх виникнення, розвиток і формування, а також силу прояву в кожній окремій людині.

Особливо увагу ми приділили теоретичному дослідженню тривожності та депресії як характерним утворенням, які свідчать про розлад емоційної сфери. Так, оскільки тривожність визначено як схильність особистості до надмірного хвилювання, сприймання загрози власному «Я» в різних ситуаціях і, як наслідок, зростання стану суб'єктивної тривоги, то стійка спрямованість особистості на сприймання загрозливих ситуацій трансформує

тривожність в диспозиційне утворення, яке формує стабільне відношення до оточуючої дійсності. Депресію визначено як афективний стан, який характеризується негативним емоційним фоном, уповільненням розумових процесів, руховою загальмованістю і виявляється у вигляді втрати інтересу до життя, нездатності отримувати задоволення, зниження рівня енергії в результаті дисфункціонального порушення соціальної та професійної діяльності, надмірного відчуття провини, зниженої здатності до концентрації уваги і виникнення суїцидальних думок. Залежно від рівня прояву і причин виникнення, депресивні розлади поділяються на психогенні, ендогенні, соматогенні. Депресію розрізняють як феномен здорової психіки і як феномен психопатології людини.

Також нами було теоретично проаналізовано класифікації вікових меж дорослості та розглянуто особливості емоційної сфери, які властиві саме тому віковому періоду, який обрано для емпіричного дослідження. Так, для людини в середньому дорослому віці (30-45 років) характерні: стабільність; сформованість таких емоційних властивостей, як емпатія, саморегуляція емоційних переживань; багатство (бідність) емоційного життя; стійкість загальної емоційної спрямованості. Домінуючими в цьому періоді виступають емоції батьківства, а між людьми протилежної статі — тісні стосунки, які супроводжуються виникненням почуття кохання.

Виконавши емпіричне дослідження з оцінки емоційної сфери жінок середнього віку з різним партнерським статусом (29 осіб, які перебували в партнерських стосунках на момент проведення дослідження, і 32 особи, які не перебували в партнерських стосунках) з допомогою таких стандартизованих психодіагностичних методик, як:

- 1) методика диференціальної діагностики депресивних станів В.Зунга;
- 2) шкала оцінки рівня особистісної тривожності Ч.Спілбергера;
- 3) методика «Самооцінка психічних станів» Г.Айзенка;
- 4) діагностичний тест «Емоційного інтелекту» Н.Холла;
- 5) тест на визначення властивостей особистості міні-ММРІ;

ми мали змогу відзначити, що в популяції, з якої взято вибірки, рівень вираженості депресії, визначений за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В.Зунга, а також рівень вираженості тривожності, визначений за шкалою оцінки особистісної тривожності Ч.Спілбергера, між жінками, які перебувають в стосунках, і жінками, які не перебувають в стосунках, статистично не відрізняється. Проте ми виявили сильну позитивну статистично значущу кореляцію для обох вибірок між рівнем вираженості тривожності, визначеним за шкалою оцінки особистісної тривожності Ч.Спілбергера, і рівнем вираженості депресії, визначеним за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В.Зунга. Окрім цього, ми не виявили статистично значущого зв'язку між рівнем тривожності, визначеним за шкалою оцінки рівня особистісної тривожності Ч.Спілбергера, і властивостями особистості, визначеними за тестом міні-ММРІ. Привертають увагу результати по рівню управління власними емоціями за діагностичним тестом «Емоційного інтелекту» Н.Холла. Якщо для вибірки «В стосунках» характерний просто низький рівень, то для вибірки «Не в стосунках» цей низький рівень має вираження у від'ємних балах, що свідчить про вкрай низьку здатність впливати на власний емоційний стан. Такі результати емпіричного дослідження наштовхують нас до висновків, що перманентний стрес через війну, в якому знаходяться жінки на момент проведення дослідження, а також пов'язані з цим загострені відчуття небезпеки за власне життя та життя близьких, спричинив однаково сильний вплив на психоемоційний стан жінок, незалежно від їх партнерського статусу.

Оскільки виконання емпіричного дослідження дозволило виявити, що жінкам в обох вибірках властивий високий рівень тривожності (згідно балів, отриманих за шкалою Ч.Спілбергера) на момент проведення опитування, а проблема зниженого настрою (згідно балів, отриманих за методикою В.Зунга) виявилась не такою вираженою в порівнянні з тривожністю, це наштовхнуло нас продовжити роботу саме в контексті підготовки програми для зниження тривожності. Попри те, що серед дієвих способів психокорекції тривожності

є використання методів тілесноорієнтованої терапії, в якій застосовуються спеціальні засоби психотерапевтичного впливу, а саме — робота з рухами, диханням, м'язовим тонусом, що допомагає поєднати воєдино почуття, розум і тілесні відчуття, для психокорекції тривожності ми зупинились на можливостях, які надає КПТ. Численні дослідження свідчать про ефективність методів даного напрямку психотерапії. Крім того, є підтвердження, що здобутки терапії утримувалися з плином часу. Ми запропонували опитуваним з високим рівнем тривожності згідно балів, отриманих за шкалою Ч.Спілбергера, в якості психоедукаційного матеріалу програму, яка спирається на КПТ техніки самодопомоги зі зниження тривожності. Програма включала в себе чотири основні кроки з тренування навичок:

1. Переживати з користю, тобто розрізняти корисні та некорисні переживання і розуміти, що далі з ними робити.
2. Приймати невизначеність, бути до неї толерантнішим.
3. Ставитись до проблем як до обов'язкової складової життя.
4. Дивитися в очі найгіршому сценарію, розвивати мужність.

Кожен крок вимагає виконання певних вправ і технік. А для нівелювання можливих страхів на початку використання технік КПТ в якості рекомендацій було запропоновано дотримуватись мотиваційного консультування, яке визначається як «клієнтоцентрований, директивний метод, спрямований на посилення мотивації до змін через вивчення і усунення неоднозначності». Мотиваційне консультування є комплементарною до КПТ технікою, а не альтернативою КПТ. В мотиваційному консультуванні психотерапевт протистоїть опору, співчутливо вислуховуючи клієнта і намагаючись зрозуміти його неоднозначний настрій, а не переконуючи його в необхідності змін (що може парадоксальним чином посилити опір).

Таким чином, зважаючи на важкі кризові умови, в яких українське суспільство перебуває через війну, дана тема з дослідження емоційної сфери і

можливих чинників, які могли б вплинути на стабілізацію психоемоційного стану в екстремальних умовах, нам видається актуальною і на майбутні роки.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александровская В.Н., Клевец Л.Н. Детская и возрастная психология: Учебное пособие для самостоятельной подготовки студентов ВУЗов по предмету «Основы психологии и педагогики». ДонНМУ, 2009. 88 с.
2. Антропов А.П. Детермінанти переживання психічних станів членами екіпажу морського судна: дис. на здобуття наук. ст. канд. психол. наук: 19.00.07. Одеса, 2015. 244 с.
3. Бедлінський В.О. Депресивна симптоматика: Особливості перебігу залежно від віку пацієнта // Психоневрологія та нейропсихіатрія. 2018. № 3 (96). С. 22-24.
4. Бедлінський В.О. Порівняльна характеристика депресії в хворих, які перенесли черепно-мозкову травму, та в пацієнтів з ендogenousними афективними розладами настрою // Архів психіатрії. 2017. № 23. С. 33-36.
5. Бех І. Особистісно орієнтований підхід: Науково-практичні засади. Виховання особистості. Київ: Либідь, 2003. 344 с.
6. Блохіна І.О. Психологічні причини виникнення тривожності в студентів // Науковий вісник Ужгородського національного університету / Психологія. 2021. Вип. 4. С. 82-86.
7. Бортнікова О.Г, Охріменко І.М., Тодорова І.С. Особливості вияву депресивних станів в різних вікових груп // Соціально-правові студії. 2021. Вип. 1 (11). С. 163-172.
8. Волошок О.В. Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості // Проблеми сучасної психології. 2010. Вип. 10. С. 120-128.
9. Галич М.Ю. Особливості динаміки емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил в реабілітаційний період: дис. на здобуття наук. ст. доктора філософії: 19.00.08. Київ, 2020. 207 с.



10. Гопкало Ю. Застосування тілесно-орієнтованої психотерапії як одного з методів в роботі з дітьми та сім'ями, що пережили травмуючі події // Психологія та соціальна робота. 2020. Вип. 1 (51). С. 54-68.
11. Дзюба Т.М., Коваленко О.Г. Психологія дорослості з основами геронтопсихології: Навчальний посібник. П., 2013. 172 с.
12. Занюк С.С. Психологія мотивації та емоцій: Навч. посіб. Луцьк: Волинський державний університет, 1997. 180 с.
13. Зелений В.Н. Лікування тривожно-депресивних розладів в пацієнтів похилого віку // Український вісник психоневрології. 2008. Т. 16. Вип. 1. С. 51-54.
14. Зубцов Д. Депресія: Визначення та симптоматика // Науковий вісник МНУ імені В.О. Сухомлинського / Психологічні науки. 2016. № 1 (16). С. 77-81.
15. Ігумнова О.Б. Генеза негативних психічних станів студентів та їх психокорекція: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня кандидата психол. наук: 19.00.07 «Вікова та педагогічна психологія» / О.Б. Ігумнова; Нац. ун-т «Остроз. Акад.». Острог, 2014. 20 с.
16. Клибанівська Т.М. Генеза поняття психічних станів особистості як психологічна проблема // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2013. Т. 10. Вип. 25. С. 193-205.
17. Кожина Г.М., Зеленська К.О. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств // Український вісник психоневрології. 2013. Т. 21. Вип. 4. С. 90-93.
18. Козляковський П.А. Загальна психологія: Навч. посібник. 2-ге вид., доп. і переробл. Миколаїв: Вид-во МДГУ ім. П. Могили, 2004. 240 с.
19. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності в

- складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.
- 20.Корольчук М.С. Психодіагностика: Навч. посіб. для студ. ВНЗ. К.: Ельга, Ніка-Центр, 2004. 400 с.
- 21.Лемак М.В., Петрище В.Ю. Психологу для роботи: Діагностичні методики. 2-ге вид., виправл. Ужгород: Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. 616 с.
- 22.Максименко С.Д. Загальна психологія. К.: Центр учбової літератури, 2021. 272 с.
- 23.Маркер К.Д., Ейлворд Е. Генералізований тривожний розлад. Львів: Свічадо, 2017. 123 с.
- 24.М'ясоїд П.А. Загальна психологія: Навч. посіб. 2-ге вид., допов. Київ: Вища школа, 2001. 487 с.
- 25.Орос М., Сіткар А. Порівняльний аналіз поширеності депресії серед відносно здорових та хворих людей // Здоров'я України. 2016. № 3 (38). С. 50-52.
- 26.Психіатрія: Підручник / О.К. Напрєєнко, І.Й. Влох, О.З. Голубков та ін.; за ред. проф. О.К. Напрєєнка. Київ: Здоров'я, 2001. 584 с.
- 27.Психологія: Підручник / Ю.Л. Трофімов, В.В. Рибалка, П.А. Гончарук та ін.; за ред. Ю.Л. Трофімова. 2-ге вид. Київ: Либідь, 2000. 558 с.
- 28.Психологія особистості: Словник-довідник / За редакцією П.П. Горностая, Т.М. Титаренко. Київ: Рута, 2001. 320 с.
- 29.Радул І.Г. Депресивність як психологічний феномен // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2018. Т. 9. Вип. 11. С. 76-85.
- 30.Романчук О.І. Когнітивно-поведінкова терапія генералізованого тривожного розладу: Навчально-методичні матеріали УІКПТ, 2018.
- 31.Савчин М.В. Василенко Л.П. Вікова психологія: Навчальний посібник. 2-ге вид., допов. К.: Академвидав, 2011. 384 с.

32. Санникова О.П. Феноменология личности: Избранные психологические труды. Одесса: СМІЛ, 2003. 256 с.
33. Санникова О.П. Эмоциональность в структуре личности. Одесса: Хорс, 1995. 364 с.
34. Семиченко В.А. Психические состояния. К.: Магістр-S, 1998. 208 с.
35. Сергієнко О. Якщо Ви надмірно переживаєте за все. Львів: Галицька видавнича спілка, 2022. 112 с.
36. Цимбалюк І.М., Яницька О.Ю. Загальна психологія: Модульнорейтинговий курс для студентів ВНЗ. Київ: Професіонал, 2004. 304 с.
37. Чебыкин А.Я. Теория и методика эмоциональной регуляции учебной деятельности: Научно-методическое пособие. Одесса: АстроПринт, 1999. 158 с.
38. Чепелева Н.В. Психологические механизмы понимания и интерпретации личного опыта // Психологічна герменевтика. К., 2002. С. 3-13.
39. Юрченко В.М. Теоретико-методологічні засади дослідження психічних станів людини: дис. на здобуття наук. ст. докт. психол. наук: 19.00.01. Рівне, 2009. 397 с.
40. Arnett J.J. Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties. 2015. [Електронний ресурс]. Код доступу: [https://www.researchgate.net/publication/330369978\\_Emerging\\_Adulthood\\_The\\_Winding\\_Road\\_from\\_the\\_Late\\_Teens\\_Through\\_the\\_Twenties\\_2nd\\_edition](https://www.researchgate.net/publication/330369978_Emerging_Adulthood_The_Winding_Road_from_the_Late_Teens_Through_the_Twenties_2nd_edition)
41. Barlow D.H., Rapee R.M., Brown T.A. Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. 1992. [Електронний ресурс]. Код доступу: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80221-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80221-7)
42. Barton B. Die depressive Symptomatik muss «übersetzt» werden. 2017. [Електронний ресурс]. Код доступу: <http://dx.doi.org/10.1007/s15202-017-1598-6>

43. Beck A.T. Inventory for Measuring Depression. 1961. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
[https://counsellingresource.com/lib/wp-content/managed-media/Beck\\_AT\\_1\\_961.pdf](https://counsellingresource.com/lib/wp-content/managed-media/Beck_AT_1_961.pdf)
44. Beck A.T. Depressive neurosis. American handbook of psychiatry (vol. 3). 1974. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://www.booksfree.org/american-handbook-of-psychiatry-volume-3-pdf-free-download/>
45. Bell A. Life-course and cohort trajectories of mental health in the UK, 1991-2008 — A multilevel age-period-cohort analysis. 2014. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.008>
46. Bierhoff H.W., Schmohr M. Romantic and marital relationships. 2004. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://www.cambridge.org/core/books/abs/growing-together/romantic-and-marital-relationships/77EF5C3D82C0F7CA8CBB1A26228643A5>
47. Borkovec T.D., Ruscio A.M. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. 2001. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://www.psychiatrist.com/read-pdf/16292/>
48. Borkovec T., Shadick R., Hopkins M. The nature of normal and pathological worry. 1991. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
[https://www.academia.edu/952382/The\\_nature\\_of\\_normal\\_and\\_pathological\\_worry](https://www.academia.edu/952382/The_nature_of_normal_and_pathological_worry)
49. Braithwaite S., Holt-Lunstad J. Romantic relationships and mental health. 2017. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.001>
50. Bulloch A.G.M., Williams J.V.A., Lavorato D.H., Patten S.B. The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. 2017. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.007>

51. Butler G., Fennell M., Robson P., Gelder M. Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in treatment of generalized anxiety disorder. 2008. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-006X.59.1.167>
52. Cannon W.B. Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. New York, NY: D. Appleton and Company, 1920. 404 p. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://archive.org/details/b29813220/mode/2up?ref=ol&view=theater>
53. Chapman B., Guven C. Revisiting the relationship between marriage and wellbeing: Does marriage quality matter? 2016. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
[https://www.researchgate.net/publication/272089020\\_Revisiting\\_the\\_Relationship\\_Between\\_Marriage\\_and\\_Wellbeing\\_Does\\_Marriage\\_Quality\\_Matter](https://www.researchgate.net/publication/272089020_Revisiting_the_Relationship_Between_Marriage_and_Wellbeing_Does_Marriage_Quality_Matter)
54. Covin R., Ouimet A.J., Seeds P.M., Dozois D.J.A. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. 2008. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
[https://www.academia.edu/8756277/A\\_meta\\_analysis\\_of\\_CBT\\_for\\_pathological\\_worry\\_among\\_clients\\_with\\_GAD](https://www.academia.edu/8756277/A_meta_analysis_of_CBT_for_pathological_worry_among_clients_with_GAD)
55. Craig G.J., Baucum D. Human development (9th edition). New York, NY: Pearson College Div, 2001. 718 p.
56. Depression in adults: Treatment and management. NICE guideline. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
57. DSM-IV. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8582301/>
58. Dugas M.J., Robichaud M., Koerner N. Cognitive Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder (2nd edition). London: Routledge, 2019. 234 p.
59. Fromm E. The anatomy of human destructiveness. London: Pimlico, 1997. 679 p.

60. Gould R.A., Safren S.A., Washington D.O, Otto M.W. A meta-analytic review of cognitive-behavioral treatments. 2004. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://psycnet.apa.org/record/2004-16375-010>
61. Grundström J., Konttinen H., Berg N., Kiviruusu O. Associations between relationship status and mental well-being in different life phases from young to middle adulthood. 2021. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100774>
62. Hell D. What is the point of depression? An integrative approach (18th edition). Hamburg: Rowohlt, 2018. 272 p.
63. Horney K. The neurotic personality of our time. London: Routledge, 2014. 300 p.
64. Izard C.E. The psychology of emotions. New York, NY: Springer, 1991. 452 p.
65. Jang S.-N., Kawachi I., Chang J., Boo K., Shin H.-G., Lee H., Cho S.-i. Marital status, gender and depression: Analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA). 2009. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027795360900598X>
66. ICD-10. International Classification of Diseases 10th revision. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/>
67. Kabat-Zinn J., Massion A.O., Kristeller J., Peterson L.G., Fletcher K.E., Pbert L., Lenderking W.R., Santorelli S.F. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. 1992. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
[https://www.researchgate.net/publication/21545608\\_Effectiveness\\_of\\_a\\_Meditation-based\\_Stress\\_Reduction\\_Program\\_in\\_the\\_Treatment\\_of\\_Anxiety\\_Disorders](https://www.researchgate.net/publication/21545608_Effectiveness_of_a_Meditation-based_Stress_Reduction_Program_in_the_Treatment_of_Anxiety_Disorders)

68. Ladouceur R., Dugas M.J., Freeston M.H., Leger E., Gagnon F., Thibodeau N. Efficacy of cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. 2000. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-006X.68.6.957>
69. LaPierre T.A. Marital status and depressive symptoms over time: Age and gender variations. 2009. [Электронный ресурс]. Код доступа: [https://www.researchgate.net/publication/230017298\\_Marital\\_Status\\_and\\_Depressive\\_Symptoms\\_Over\\_Time\\_Age\\_and\\_Gender\\_Variations](https://www.researchgate.net/publication/230017298_Marital_Status_and_Depressive_Symptoms_Over_Time_Age_and_Gender_Variations)
70. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York, NY: Springer Publishing Company, 1984. 460 p.
71. Lowen A. Depression and the body: The biological basis of faith and reality. London: Penguin, 1993. 320 p.
72. Lowen A. The Language of the Body. Alachua, FL: Bioenergetics Press, 2006. 380 p.
73. May R. The meaning of anxiety (reissue edition). New York, NY: W. W. Norton & Company, 2015. 464 p.
74. Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. New York, NY: Guilford Press, 2002. 428 p.
75. Musick K., Bumpass L. Reexamining the case for marriage: Union formation and changes in well-being. 2012. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://europepmc.org/article/MED/22611285>
76. Rapp I., Stauder J. Mental and physical health in couple relationships: Is it better to live together? 2020. [Электронный ресурс]. Код доступа: [https://www.researchgate.net/publication/336285189\\_Mental\\_and\\_Physical\\_Health\\_in\\_Couple\\_Relationships\\_Is\\_It\\_Better\\_to\\_Live\\_Together](https://www.researchgate.net/publication/336285189_Mental_and_Physical_Health_in_Couple_Relationships_Is_It_Better_to_Live_Together)
77. Roemer L., Orsillo S.M., Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behaviour therapy for generalized anxiety disorder:

- Evaluation in a randomized controlled trial. 2008. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
[https://www.researchgate.net/publication/23558937\\_Efficacy\\_of\\_an\\_Acceptance-Based\\_Behavior\\_Therapy\\_for\\_Generalized\\_Anxiety\\_Disorder\\_Evaluation\\_in\\_a\\_Randomized\\_Controlled\\_Trial](https://www.researchgate.net/publication/23558937_Efficacy_of_an_Acceptance-Based_Behavior_Therapy_for_Generalized_Anxiety_Disorder_Evaluation_in_a_Randomized_Controlled_Trial)
78. Rogers C.R. On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy (2nd edition). San Francisco: Harper One, 1995. 420 p.
79. Rudestam, K.E. Experiential groups in theory and practice. Monterey, CA: Brooks/Cole, 1982. 318 p.
80. Sassler S. Partnering across the life course: Sex, relationships and mate selection. 2010. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://europepmc.org/articles/pmc3399251?pdf=render>
81. Soulsby L.K., Bennett K.M. Marriage and psychological well-being: The role of social support. 2015. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
[https://www.scirp.org/pdf/PSYCH\\_2015082514461680.pdf](https://www.scirp.org/pdf/PSYCH_2015082514461680.pdf)
82. Stronge S., Overall N.C., Sibley C.G. Gender differences in the associations between relationship status, social support, and wellbeing. 2019. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://researchspace.auckland.ac.nz/bitstream/handle/2292/50710/Social%20Support%20and%20Wellbeing%20FINAL.pdf?sequence=2>
83. Sullivan H.S. Interpersonal theory of psychiatry. London: Psychology Press, 2001. 414 p.
84. Umberson D., Thomas P.A., Liu Hui. Family relationships and well-being. 2017. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5954612/pdf/igx025.pdf>
85. Umberson D., Williams K. Marital status, marital transitions, and health: A gendered life course perspective. 2004. [Электронный ресурс]. Код доступа:  
<https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/002214650404500106>



86. Waters A.M., Craske M.G. Generalized anxiety disorder. 2005. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://psycnet.apa.org/record/2006-01049-003>
87. Williams M, Penman D. Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world. London: Piatkus, 2011. 276 p.
88. Zella S. Marital status transitions and self-reported health among Canadians: A life course perspective. 2017. [Электронный ресурс]. Код доступа: [https://www.researchgate.net/publication/301319832\\_Marital\\_Status\\_Transitions\\_and\\_Self-Reported\\_Health\\_among\\_Canadians\\_A\\_Life\\_Course\\_Perspective](https://www.researchgate.net/publication/301319832_Marital_Status_Transitions_and_Self-Reported_Health_among_Canadians_A_Life_Course_Perspective)
89. Zung W.W. A self-rating depression scale. 1965. [Электронный ресурс]. Код доступа: [http://www.mentalhealthministries.net/resources/flyers/zung\\_scale/zung\\_scale.pdf](http://www.mentalhealthministries.net/resources/flyers/zung_scale/zung_scale.pdf)