

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ
СТАНІВ У ЧОЛОВІКІВ ПРИЗОВНОГО ВІКУ**

Кваліфікаційна робота

**Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»,
заочна форма навчання)
Ямкова Тетяна Валеріївна**

**Науковий керівник:
доктор психологічних наук, доцент
Кравчук Світлана Леонтіївна**

Допустити до захисту на ЕК №2

Протокол № _____ від _____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ	8
1.1. Аналіз теоретичних підходів до визначення поняття «тривожно-депресивний стан» особистості.....	8
1.2. Особливості формування тривожно-депресивних станів особистості.....	14
1.3. Особливості зв'язку тривожно-депресивних станів та особистісних розладів.....	22
Висновки до першого розділу.....	30
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	32
2.1. Методи дослідження психологічних чинників тривожно-депресивних станів чоловіків призовного віку.....	32
2.2. Етапи проведення емпіричного дослідження.....	39
2.3. Специфіка вибірки учасників дослідження.....	41
Висновки до другого розділу.....	45
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ЧОЛОВІКІВ ПРИЗОВНОГО ВІКУ	49
3.1. Експлорація даних: статистичний огляд психологічних показників...	49
3.2. Специфіка вираження тривожно-депресивних станів в двох групах респондентів.....	57
3.3. Зв'язок якості життя з тривожно-депресивними станами.....	70

3.4. Зв'язок копінг-стратегій з тривожно-депресивними станами.....	73
3.5. Психологічні чинники тривожно-депресивних станів чоловіків призовного віку.....	77
3.6. Практичні рекомендації щодо профілактики тривожно-депресивних станів чоловіків призовного віку.....	80
Висновки до третього розділу.....	83
ВИСНОВКИ	85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	88
ДОДАТКИ	98

ВСТУП

Актуальність дослідження тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку зумовлена сучасними соціально-економічними, політичними та військовими умовами, які створюють значне психоемоційне навантаження на молодих чоловіків. Призовний вік є критичним періодом життя, коли особистість стикається з низькими стресовими факторами, такими як необхідні адаптації до нових життєвих реалій, невизначеність майбутнього, а також можлива участь у військових діях. Це може спровокувати розвиток тривожно-депресивних станів, що негативно впливає на загальне психічне здоров'я та соціальну адаптацію чоловіків. Тривожно-депресивні стани в цьому віці часто залишаються невиявленими або ігноруються, що посилює ризик захворювання психічних порушень у майбутньому. Розуміння психологічних чинників, що сприяють виникненню таких станів, дозволяє не тільки підвищити рівень психопрофілактики та ранньої діагностики, а й розробити ефективніші методи психотерапевтичної та психологічної допомоги чоловікам призовного віку. Враховуючи значну роль цього вікового періоду у формуванні життєвої позиції та поведінкових стратегій, проблема є особливо важливою з огляду на загальний стан суспільства та потребу підтримки психічного здоров'я молоді.

Протягом останніх років дослідники активно вивчають тривожно-депресивні розлади через їхній значний вплив на ментальне здоров'я у контексті війни в Україні та інших стресових подій, які впливають не тільки на окремих осіб, а й на суспільство загалом. Так у США дослідження фокусуються на посттравматичному стресі (ПТСР) і депресії серед військових і цивільних осіб: А. Петерсон, Л. Девіс, Б. Літц, Т. Кін. В Україні дослідження зосереджені на наслідках війни, зокрема на психічному стані біженців, військових і цивільного населення. О. Волошина – українська дослідниця, яка аналізує вплив війни на ментальне здоров'я різних груп населення. І. Пиголенко – український учений, який займається

дослідженням психосоматичних розладів у контексті травматичних подій та конфліктів. Л. Спицька – досліджує соціально-психологічні особливості тривожних та депресивних розладів у осіб зрілого віку в кризові періоди життя.

М. Хемінг – німецький вчений, який досліджує вплив хронічного стресу на розвиток тривожних розладів та депресії, звертаючи увагу на нейробіологічні механізми цього процесу. Е. Вандеркрусен – досліджує гендерні та соціальні аспекти тривожності й депресії. Дж. Сільвейра – спеціалізується на гендерних відмінностях у відповідях на терапію тривожно-депресивних розладів.

Проблеми актуальності також підкріплені сучасними науковими дослідженнями, які вказують на зростання рівня тривожних та депресивних розладів серед молодих чоловіків. Це пов'язано з глобальними змінами у світі, як такі пандемії, економічні кризи, збройні конфлікти, що особливо гостро відчуються в регіонах із нестабільною політичною ситуацією. У таких умовах чоловіки призовного віку є вразливою групою, після чого саме на них покладається відповідальність за участь у військових діях та забезпечення безпеки країни. Психологічні навантаження, що забезпечують через очікування мобілізації або потреби служби, можуть викликати порушення емоційної рівноваги, що проявляється у вигляді тривожних та депресивних станів.

Недостатня розробленість у вітчизняній психології проблеми тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку як у теоретичному так і у прикладному аспекті зумовило вибір теми даного дослідження.

Об'єкт дослідження: тривожно-депресивні стани особистості.

Предмет дослідження: психологічні чинники тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку.

Мета дослідження: виявити та проаналізувати психологічні чинники тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до визначення поняття «тривожно-депресивний стан».
2. Визначити особливості формування тривожно-депресивних станів особистості та їх зв'язок з особистісними розладами.
3. Виявити відмінності в тривожно-депресивних станах в двох групах респондентів.
4. Виявити особливості зв'язку якості життя з тривожно-депресивними станами.
5. Виявити особливості зв'язку копінг-стратегій з тривожно-депресивними станами.
6. Визначити психологічні чинники тривожно-депресивних станів чоловіків призовного віку.
7. Розробити практичні рекомендації щодо профілактики тривожно-депресивних станів чоловіків призовного віку.

Методи дослідження: Відповідно до мети і завдань дослідження обрано й використано комплекс методів:

- 1) теоретичні – аналіз, синтез, порівняння, систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження;
- 2) емпіричні – тестування комплекс методик для дослідження Шкала депресії Бека (Автор: А. Бек); Шкала тривоги (Автор: А. Бек); шкала оцінки якості життя (Автор: О. Чабан); опитувальник копінг-стратегій (Автори: Р. Лазарус, С. Фолкман);
- 3) методи кількісного та якісного аналізу даних;
- 4) інтерпретаційні (структурний, комплексний)

Наукова новизна полягає в розширенні наукових знань про психологічні чинники тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку. Отримані результати емпіричного дослідження дозволяють поглибити розуміння зв'язку якості життя, копінг-стратегій з тривожно-депресивними станами.

Отримані результати дослідження сприяють подальшому розвитку теорії стресу та адаптації, зокрема в контексті молодих чоловіків, які стикаються з мобілізацією або військовою службою.

Практичне значення дипломної роботи полягає у можливості застосування отриманих результатів для розробки ефективних програм психопрофілактики та психокорекції тривожно-депресивних станів серед чоловіків призовного віку. На основі дослідження можна вдосконалити психологічну підтримку як у військових структурах, так і в цивільних медичних та соціальних установах. Також результати дослідження можуть бути використані психологами та психотерапевтами для створення індивідуальних стратегій психологічної допомоги, спрямованих на зниження рівня тривожності та депресії в цій групі населення.

Структура роботи. Дипломна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (83 найменувань, з них – 81 іноземними мовами), 3 додатків. Дипломна робота ілюстрована 20 таблицями. Основний обсяг дипломної роботи – 87 сторінок. Повний обсяг дипломної роботи – 103 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Аналіз теоретичних підходів до визначення поняття «тривожно-депресивний стан» особистості

Тривожно-депресивний розлад характеризується одночасним проявом симптомів тривоги і депресії, проте ці прояви не завжди чітко виражені окремо. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 300 мільйонів людей по всьому світу страждають від тривожно-депресивного розладу. Цей стан потребує лікування у людей різного віку, проте лише невелика частина пацієнтів звертається за допомогою до фахівців. Тривожно-депресивний розлад має серйозну небезпеку, оскільки може призвести до суїцидальних дій, якщо не отримує вчасне лікування. Поєднання тривоги і депресії спостерігається у відсотках від 23 до 87% у відповідь на стресові ситуації.

Тривожно-депресивний синдром найчастіше спостерігається серед пацієток жіночої статі, що пов'язано з частими змінами рівня гормонів в організмі. Цей синдром може приймати різні форми і спричиняється різноманітними факторами, такими як стресові ситуації, розлучення, бездітність, втрата соціального статусу, наявність психічних захворювань у минулому, а також післяпологовий період. Лікар призначає лікування після ретельного обстеження пацієнта та визначення стадії розвитку синдрому.

Виділяють 3 стадії тривожно-депресивного розладу

На першій стадії спостерігається підвищена чутливість, роздратованість, незначна тривожність, швидка втомлюваність, безсоння.

Друга стадія - психосоматична - для якої характерні соматичні прояви - м'язовий біль, сексуальна дисфункція, головокружіння, прискорене

серцебиття, болі в грудній клітині та животі. Крім цього, з'являється відчуття тривоги.

На третій стадії спостерігається загострення проявів перших двох стадій, відчуття тривоги збільшується, з'являється апатія, відсутність гарного настрою, зневіра у себе та свої сили [19].

В залежності від наявних симптомів розділяють тривожно-депресивні розлади на:

- панічний розлад;
- тривожно-фобічний розлад;
- тривожно-депресивний розлад;
- генералізований тривожний розлад;
- посттравматичний стресовий розлад
- депресія.

До причин появи даного виду розладу відносять:

- генетичну схильність;
- наявність дитячих психотравм;
- негативне мислення та оцінне сприйняття;
- високу емоційність та нестабільність психіки;
- наявність стресових ситуацій в повсякденному житті;
- розвинення патологій, що призводять до нервових розладів.

У кожного пацієнта по своєму проявляється тривожно-депресивний розлад. Симптоми виникають внаслідок дії на людину різних факторів. Проте, існують основні симптоми, психічні та фізичні, за якими можна визначити наявність розладу.

Основні психічні симптоми [30, с. 47]:

- порушення сну;
- швидко з'являється відчуття втоми;
- виникають проблеми з концентрацією;
- зниження емоційного фону та поганий настрій;
- емоційні коливання - від апатії до проявів злості;

- тривожність, відчуття страху, роздратованість без явних причин.

Основні фізичні симптоми [8, с. 22]:

- відчуття ознобу;
- підвищена пітливість;
- прискорене серцебиття;
- прояви моторної напруги;
- зниження рухової активності;
- нудота та порушення апетиту, відмова від їжі.

Часто в лікуванні психічних розладів акцентується на терапевтичних сесіях та нетрадиційних методах, таких як релаксація, медитація та гіпноз. Однак важливо враховувати значення лікарських засобів у боротьбі з такими психіатричними проблемами, як депресія, шизофренія та панічні атаки.

Фармакотерапія є важливим елементом лікування, що допомагає досягти стабільного стану у пацієнтів. Різні типи психіатричних захворювань вимагають застосування різних медикаментів для ефективного лікування:

Антидепресанти є однією з найпоширеніших груп препаратів. Вони допомагають подолати депресивні стани та покращують настрій пацієнтів, дозволяючи їм насолоджуватися життям знову. Крім того, антидепресанти можуть зменшити тривогу та збільшити відчуття безпеки.

Антипсихотичні препарати застосовуються для лікування психозів та симптомів шизофренії. Вони сприяють поліпшенню психічного стану пацієнтів, зменшують появу галюцинацій та маячних ідей. Проте варто зазначити, що деякі антипсихотичні препарати можуть викликати сонливість та порушення рухових функцій.

Транквілізатори застосовуються для лікування панічних атак, сприяючи зменшенню тривожності та нормалізації психічного стану у пацієнтів. Проте важливо пам'ятати, що неконтрольоване використання транквілізаторів може призвести до розвитку залежності та спричинити побічні ефекти.

Фармакотерапія має свої переваги та недоліки, які слід взяти до уваги при її виборі для лікування кожного конкретного психіатричного випадку.

Переваги [4]:

- фармакотерапія може бути незамінною при тяжких психічних станах;
- позбавляє деяких симптомів хвороби або знижує їх інтенсивність;
- препарати поширені серед пацієнтів різних вікових груп;
- лікар може підібрати індивідуальний підхід до прийому та дозування залежно від конкретної ситуації пацієнта.

Недоліки:

- деякі ліки можуть викликати такі ефекти, як сонливість, збудження та сексуальні дисфункції;
- препарати можуть негативно взаємодіяти з іншими ліками, що може спричинити небажані наслідки;
- ефективність препаратів може бути різною у різних пацієнтів, і в деяких випадках може знадобитися час для підбору найбільш підходящих ліків.

Незважаючи на існуючі мінуси, існують незаперечні переваги використання ліків у психіатрії та їх незамінність.

Безліч досліджень та спостережень було проведено для оцінки результатів фармакотерапії при лікуванні депресії, шизофренії та інших психіатричних випадків. Ці дослідження дозволили визначити ефективність препаратів, виявити можливі наслідки та розробити рекомендації щодо їх застосування [10]. Під час клінічних досліджень оцінювався вплив препарату на пацієнтів, проводилася оцінка результатів лікування та виявлення можливих наслідків. Моніторинг змін у поведінці та самопочутті проводився за участю як пацієнта, так і лікаря.

Тривожно-депресивний синдром є одним з найпоширеніших і важких психічних розладів, який має великий вплив на якість життя та функціонування людини. Цей синдром характеризується комбінованим проявом тривожності та депресії, що часто проявляється у формі відчуття

безнадійності, печалі, невпевненості та тривожних переживань. Лікарські засоби відіграють значну роль у терапії тривожно-депресивного синдрому, оскільки сприяють зменшенню симптомів і покращенню якості життя пацієнтів. Вони регулюють хімічні процеси в мозку, які відповідають за регулювання настрою та емоційного стану. Ліки включають антидепресанти, анксиолітики та інші психотропні препарати, спрямовані на корекцію неврохімічного дисбалансу та полегшення симптомів тривожності та депресії.

Аналіз теоретичних підходів до визначення поняття «тривожно-депресивний стан особистості» демонструє багатовимірність та складність цього психоемоційного явища. Тривожно-депресивний стан (ТДС) є інтегрованим психічним розладом, який викликає у себе симптоми як тривожності, так і депресії, що ускладнює його точну класифікацію та діагностику. Психологи та психіатри по-різному підходять до розуміння цього стану залежно від акценту на певних аспектах функціонування психіки.

Один із підходів, що розглядає ТДС, виникає в когнітивній теорії, пропонує Аароном Беком. відповідно до цієї теорії, тривожно-депресивний стан особистості виникає через спотворені когнітивні процеси та автоматичні негативні думки про себе, світ і майбутнє. Тривога, за Беком, є результатом значно більших проявів про загрози та небезпеки, тоді як депресія виникає через відчуття безпорадності та безнадійності, що посилюється негативним мисленням. Таким чином, когнітивні спотворення стають основним чинником виникнення і розвитку ТДС.

У межах психоаналітичного підходу, запропонованого Зигмундом Фрейдом, тривожні та депресивні стани пов'язані з глибинними внутрішньо-особистісними конфліктами. Тривожність, на думку Фрейда, є відповіддю на внутрішні загрози, які виникають через несвідомі бажання або страхи, які не можуть бути реалізовані в реальному житті. Депресія у свій час може виникати як внаслідок невирішених конфліктів між «Я» і «Над-Я», коли

внутрішня агресія та негативні емоції спрямовуються на самі себе. Тому тривожно-депресивний стан розглядається як вираженість внутрішньої боротьби, яка не містить здорового виходу [12, с. 39].

Біологічний підхід до розуміння ТДС зосереджується на нейрофізіологічних та біохімічних змінах у мозку. Крім того, до цього підходу дисбаланс нейромедіаторів, таких як серотонін, дофамін і норепінефрин, є основною причиною тривожних та депресивних станів. Цей дисбаланс може бути викликаний генетичними факторами, хронічним стресом або іншими впливами, які призводять до порушення нормального функціонування мозку. Біологічний підхід спрямований на корекцію хімічних процесів у мозку, що зменшує зниження симптомів ТДС.

Екзистенційний підхід акцентує увагу на філософсько-психологічних аспектах тривожно-депресивного стану, пов'язуючи його з пошуком сенсу життя та усвідомленням власної кінця життя. Екзистенційна тривога виникає як внаслідок усвідомлення непевності майбутнього, вразливості перед життєвими викликами та завершеності людського буття. Депресія в цьому контексті може бути пов'язана з внутрішнім почуттям життя або нездатністю прийняти складні життєві особливості. Таким чином, ТДС трактується як результат екзистенційних переживань, що є невід'ємною частиною людського досвіду [15, с. 78].

Крім того, у сучасній психодіагностиці виділяється змішаний тривожно-депресивний розлад (МТДР), який визнається окремим станом у Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10). У цьому розладі є симптоми тривожності та виражені симптоми депресії рівномірно, що ускладнює виділення одного домінуючого розладу. Для МТДР характерними є такі симптоми, як постійне відчуття тривоги, порушення сну, дратівливість, виснаження, апатія та знижена мотивація. Цей підхід дозволяє говорити про ТДС як про окремий тип психічного розладу, що вимагає спеціального підходу до лікування та терапії.

З огляду на різноманіття теоретичних підходів, можна зробити висновок, що тривожно-депресивний стан є складним психічним явищем, що охоплює когнітивні, емоційні, нейрофізіологічні та екзистенційні аспекти функціонування особистості. Це явище не може бути зведене до одного пояснювального фактора, оскільки воно є наслідком як внутрішніх психічних процесів, так і зовнішніх впливів. Тому ефективна діагностика та лікування ТДС потребує комплексного підходу, що включає врахування психологічних, біологічних та соціальних чинників. Кожен із теоретичних підходів робить внесок у розуміння цього складного явища, пропонуючи різні шляхи вирішення проблем та покращення психічного здоров'я особистості.

Ефективне лікування тривожно-депресивного синдрому може позитивно позначитися на якості життя пацієнтів, сприяти їхньому соціальному та професійному функціонуванню, а також запобігти виникненню подальших ускладнень та погіршенню стану. Тому важливо досліджувати ефективність та безпеку лікарських препаратів для оптимального лікування тривожно-депресивного синдрому та підтримки пацієнтів у їхній боротьбі з цим розладом.

1.2. Особливості формування тривожно-депресивних станів особистості

Формування тривожно-депресивних станів особистості є складним і багатофакторним процесом, який залежить від з'єднання внутрішніх і зовнішніх чинників. Особливості цього процесу пов'язані з індивідуальними психічними властивостями людини, її життєвими особливостями, досвідом та генетичною емоційністю. Тривожно-депресивні стани виступають як реакція на стресові ситуації, не рідко проявляються, посилюючись під впливом певних тригерів, та супроводжуються глибокими змінами в когнітивній, емоційній і поведінковій сферах особистості.

Одним із важливих чинників формування тривожно-депресивних станів є індивідуальні особливості людини, зокрема її темперамент і характер. Люди з підвищеним рівнем тривожності від народження (так званий тривожно-мнезичний тип) частіше хворіють на розвиток тривожних та депресивних розладів. У таких осіб стресові ситуації викликають гострі емоційні реакції, які можуть бути тривалими та інтенсивними. До того ж люди схильні до перфекціонізму або самокритики, частіше відчувають депресивний стан через неможливість відповідати власним високим стандартам [7, с. 49].

Також значну роль у формуванні тривожно-депресивних станів розвивають когнітивні чинники. Погляди когнітивної психології, зокрема теорії Аарона Бека, вказують на те, що негативні автоматичні думки про себе, світ і майбутнє сприяють формуванню і підтримці тривожно-депресивних станів. Люди з викривленим мисленням в більшій загрозі, а також ті, хто сприймають життєві ситуації песимістично більш схильні до тривоги та депресії. Когнітивні схеми, закладені в дитинстві, наприклад через надмірну критику від батьків або травматичний досвід, можуть стати джерелом негативного сприйняття себе та світу і, як внаслідок, сприяти розвитку цих станів у дорослому віці.

Важливим чинником є також життєві події та соціальне середовище. Хронічні стресові ситуації, такі як проблеми на роботі, втрата близьких, економічні труднощі, серйозні конфлікти або травматичний досвід, значно підвищують ризик розвитку тривожно-депресивних розладів. Особливо гостро це відчувається в соціальних групах, які перебувають у нестабільних або ворожих умовах, наприклад, під час військових конфліктів або в умовах економічної нестабільності. Постійне відчуття небезпеки, невизначеності майбутнього, соціальної ізоляції або відчуженості є потужними тригерами для розвитку тривожно-депресивних станів. Недостатність соціальної підтримки від сім'ї, друзів або громади також може сприяти посиленню цього розладу [10, с. 22].

Значну роль у розвитку тривожно-депресивних станів впливають біологічні чинники. Нейрофізіологічні дослідження показують, що дисбаланс нейромедіаторів у мозку, таких як серотонін, дофамін і норадреналін, іноді пов'язаний із виникненням тривожних і депресивних симптомів. Генетична хвороба також є великим аспектом: люди, у сім'ях яких є історія психічних розладів, такі як тривожні або депресивні стани, мають більший ризик їх розвитку. Біологічна вразливість, у поєднанні з несприятливими зовнішніми умовами, може створити середовище для розвитку тривожно-депресивного стану.

Важливо врахувати також психосоціальні чинники, такі як особливості виховання, моделі поведінки, засвоєні у дитинстві, та міжособистісні відносини. Наприклад, люди, які виростили в умовах емоційної депривації або сильного контролю з боку батьків, можуть розвинути нервовість до тривожних і депресивних реакцій у дорослому віці. Соціальні стереотипи, наприклад, щодо маскулінності, можуть спонукати чоловіків пригнічувати свої емоції, що згодом причиною розвитку внутрішнього стресу і може сприяти розвитку депресії.

Формування тривожно-депресивних станів часто має поступовий і кумулятивний характер. Спочатку людина може переживати епізоди підвищеної тривожності або вогнища, які відбуваються тимчасовими або реактивними на певні події. Однак, з часом ці стани можуть набувати стійкого характеру, коли тривога і депресія взаємно підсилюють одну, призводячи до хронічного розладу. У такому стані людина стає менш здатною до ефективної адаптації до життєвих труднощів, втрачає мотив до дій і може не відчувати емоційну бадьорість.

Формування тривожно-депресивних станів особистості — складний процес, що забезпечує взаємодію різних психологічних, соціальних і біологічних чинників. Тривожність і депресія можуть виникати як реакція на стресові ситуації, психоемоційні травми або ж бути наслідком хронічних стресорів, що постійно впливають на стан особистості. [11, с. 36].

На першій стадії формування тривожності особа відчуває психоемоційне напруження, яке починається у відповідь на реальні або явні загрози. Це напруження може проявлятися у вигляді фізичних симптомів, таких як серцебиття, потіння, або психологічних — постійне відчуття тривоги, очікування невдачі або небезпеки. Водночас можуть виникати емоційні реакції, які заважають нормальному функціонуванню особистості. Якщо ці симптоми зберігаються тривалий час і не знаходять адекватного рішення, вони можуть перейти в стан хронічної тривожності, що знижує якість життя.

Другою стадією є розвиток депресивних проявів. У цій фазі людина може відчувати постійну втому, зниження мотивації, песимізму та почуття безнадійності. Депресивні симптоми можуть включати зміни в апетиті, сні, зниженні інтересу до раніше улюблених занять, а також соціальну ізоляцію. У цій стадії тривога і депресія можуть взаємодіяти, посилюючи одну. Тривожні думки можуть ускладнювати здатність особи сприймати позитивні емоції, що веде до ще більшого зануру.

На третій стадії формування тривожно-депресивних станів особистість може переживати кризу ідентичності, що супроводжує відчуття невпевненості в собі та своїх можливостях. Це може проявлятися в результаті зниження самооцінки, що заважає особі брати на себе нові виклики та реалізовувати свої можливі можливості. Психологічна залежність від негативних думок та переживання може призвести до розвитку патологічних форм мислення, таких як катастрофа або чорно-біле мислення.

Четверта стадія є найважливішою і може призвести до розвитку серйозних психічних розладів. На цьому етапі особа може відчувати емоційну ізоляцію, що поглиблює тривожно-депресивний стан. Вона може втратити інтерес до життя, що може призвести до суїцидальних думок або спроб. Важливо розуміти, що на цій стадії критично важливо надати допомогу особі, залишитися без підтримки може призвести до незворотного наслідку - самогубства.

Кожна з цих стадій є важливою для розуміння механізмів формування тривожно-депресивних станів особистості. Розпізнавання ознак на ранніх етапах і своєчасне звернення за психологічною допомогою можуть суттєво покращити прогноз і якість життя особи. Терапія, підтримка близьких та адекватні методи самопомоги призводять до ключової ролі в подоланні цих складних психоемоційних станів [27, с. 50].

Першочергово слід зазначити, що тривожно-депресивні стани можуть бути як реакція на зовнішні стресові ситуації, так і в результаті внутрішніх конфліктів або особистісних особливостей. На ранніх етапах формування цих станів особистість може переживати відчуття невизначеності, тривоги, що постійно виникає у відповідь на загрози або стреси, які сприймаються як надто великий тягар. Це може проявлятися у фізичних симптомах, таких як напруження м'язів, підвищене серцебиття, порушення сну, а також у психологічних реакціях, які характеризуються постійними думками про небезпеку чи невдачу.

Якщо ці тривожні симптоми залишаються хронічними, вони можуть призвести до розвитку тривожного розладу. Депресивні стани характеризуються втратою інтересу до життя, апатією, низькою самооцінкою та почуттям безнадійності. У цей період особа може відчувати себе ізольованою, не забезпеченою підтримкою з боку оточуючих, і це відчуття може посилюватися через негативні думки та спогади, які знову й знову повертаються у свідомість. Взаємозв'язок між тривогою і депресією виявляється у тому, що тривожні думки часто перешкоджають сприйняттю позитивних емоцій, викликаючи відчуття безвиході.

Крім того, важливо, що тривожно-депресивні стани можуть формуватися під впливом соціального оточення. Соціальні чинники, такі як стосунки з батьками, колегами або друзями, можуть суттєво впливати на психоемоційний стан особистості. Наприклад, наявність підтримки з боку близьких людей може стати фактором у подоланні стресу, тоді як відчуття

соціальної ізоляції або конфлікти можуть поглибити тривожно-депресивні стани.

Формування тривожно-депресивних станів особистості є результатом складної взаємодії різних чинників, які впливають на психічне здоров'я. Важливу роль у цьому процесі відіграє індивідуальна сприйнятливність до стресу, що може бути пов'язано з попереднім досвідом, особистісними характеристиками та наявними ресурсами для подолання труднощів.

Емоційна регуляція є ключовим аспектом, що визначає, як особа реагує на стресові ситуації. Люди, які володіють високим рівнем емоційної гнучкості, здатні краще адаптуватися до змін та зменшувати негативний вплив стресу. Натомість, недостатній контроль емоцій призводить до накопичення тривожності та депресивних симптомів. Наприклад, люди, які не мають ефективних стратегій управління емоціями, можуть зазнавати труднощів у справлянні з повсякденними проблемами, що посилює їхній емоційний дискомфорт.

Крім того, оточення відіграє важливу роль у формуванні тривожно-депресивних станів. Негативні соціальні умови, такі як безробіття, економічна нестабільність або соціальна несправедливість, можуть викликати почуття безвиході та зневіри. Відсутність адекватної соціальної підтримки у важкі часи заважає особі знайти вихід із складних ситуацій, підвищуючи ризик розвитку психоемоційних розладів. Не можна залишити поза увагою й фізичний стан особистості. Дослідження вказують на те, що хронічні захворювання, порушення сну та недостатня фізична активність можуть негативно впливати на психічне здоров'я. Такі фізичні фактори можуть посилити тривожність і депресію, оскільки знижують загальну якість життя і зменшують здатність до подолання стресу.

Психосоціальні фактори також є важливими. Зазвичай люди, які пережили травматичні події в дитинстві, мають підвищений ризик розвитку тривожно-депресивних станів у дорослому житті. Травми, пов'язані з насильством, зловживанням або емоційною ізоляцією, можуть залишити

глибокі психічні шрами, які впливають на емоційне та соціальне функціонування особи. Нарешті, важливим аспектом є спосіб життя. Здорові звички, такі як регулярна фізична активність, збалансоване харчування та наявність конструктивних хобі, можуть суттєво полегшити стан тривожно-депресивних розладів. Водночас, зловживання алкоголем або наркотиками, а також недостатня увага до власного психічного здоров'я можуть призводити до погіршення стану.

Отже, формування тривожно-депресивних станів особистості є результатом багатьох взаємопов'язаних чинників, включаючи емоційну регуляцію, соціальне оточення, фізичний стан, психосоціальний досвід та спосіб життя. Розуміння цих аспектів може допомогти в розробці ефективних стратегій для профілактики та лікування тривожно-депресивних станів, а також у покращенні загального психічного благополуччя.

З біологічної точки зору, тривожно-депресивні стани можуть бути пов'язані з дисбалансом нейротрансмітерів у мозку, таких як серотонін, дофамін і норадреналін. Генетична хворобливість також змінює важливу роль у формуванні цих станів, після чого деякі люди можуть бути більш вразливими до тривожності та депресії внаслідок спадкових факторів.

У формуванні процесу тривожно-депресивних станів важливо покращити якість життя особистості. Психотерапія, медикаментозне лікування та підтримка з боку оточуючих можуть допомогти людині впоратися зі своїми переживаннями і знову знайти радість у житті. Однак без підтримки та належного лікування тривожно-депресивні стани можуть повернутися до захворювання, що в свою чергу до серйозних наслідків для психічного і фізичного здоров'я особистості [40, с. 47].

Динаміка переживання травматичної ситуації складається з чотирьох етапів, кожен з яких має свої характерні особливості та вплив на психоемоційний стан особистості.

Перший етап - етап шоку, відзначається раптовою реакцією на травмуючу подію. У цей момент особа може відчувати сильний страх,

тривогу, спантеличеність або навіть відчуття нереальності. Ці емоції часто супроводжуються фізичними симптомами, такими як пришвидшене серцебиття, пітливість і напруження м'язів. Людина може відчувати труднощі з концентрацією, а також мати проблеми зі сном.

Другий етап - етап гніву та заперечення. На цьому етапі особа може розпочати заперечувати реальність травмуючої ситуації або шукати винних у пережитому. Цей етап супроводжується емоціями, які можуть варіюватися від гніву до відчаю. Людина може почуватися ображеною на навколишньому світі або на собі, що призводить до емоційної напруги та конфліктів у стосунках з іншими.

Третій етап - етап депресії. У цей період особа може усвідомити реальність травми і відчуті глибокий смуток, розпач і безнадійність. Це може проявлятися у слабкій мотивації, зниженні енергії, відчутті самотності та ізоляції. Людина може почати замислюватися про минулі події, переживати втрати і відчувати важкість емоційного тягаря.

Четвертий етап - етап прийняття. На цьому етапі людина починає адаптуватися до нових умов життя, навчитися жити з травмою, знайти нові ресурси і сенси. Це може включати звернення до терапії, підтримку з боку оточуючих, а також пошук нових шляхів для особистісного розвитку і зростання. Поняття не означає забуття або зникнення болю, але це етап, коли людина відчуває себе здатними справлятися з травмою та інтегрувати досвід у своє життя [11, с. 45].

Таким чином, динаміка переживання травматичної ситуації є складним процесом, який вимагає часу і зусиль. Кожен етап має виклики і потребує підтримки з боку оточуючих, а також готовності особистості працювати над своїм психоемоційним станом.

Таблиця 1.1

Фактори, що впливають на ступінь впливу сильної стресової ситуації на людину

Фактор	Опис
--------	------

<i>Індивідуальні особливості</i>	Особистісні характеристики, така як стійкість до стресу, емоційна стабільність, тип темпераменту, способи копіngu (управління стресом).
<i>Соціальна підтримка</i>	Наявність підтримки з боку родини, друзів, колег, які можуть допомогти людям впоратися зі стресом.
<i>Контекст ситуації</i>	Характеристики самої стресової ситуації (раптовість, передбачуваність, тривалість).
<i>Досвід</i>	Попередній досвід подібних стресових ситуацій може вплинути на реакцію та адаптацію.
<i>Фізичне здоров'я</i>	Загальний стан здоров'я, наявних захворювань, фізична витривалість.
<i>Психологічний стан</i>	Наявність психічних розладів, тривожності або депресії, які можуть ускладнити переживання стресу.
<i>Культурні чинники</i>	Культурні норми та цінності, які впливають на спосіб сприйняття стресу та реакцію на нього.
<i>Середовище</i>	Житлові умови, соціально-економічний статус, стабільність життя.
<i>Вік та статеві приналежність</i>	Вік і стать можуть впливати на чутливість до стресу та реакції на нього.

Джерело: складено на основі [11, с. 25; 33, с. 87].

Отже, тривожно-депресивні стани є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників, які посилюють негативні емоційні реакції та порушують психоемоційний рівень особистості. Їх розвиток залежить від індивідуальних особливостей людини, зовнішніх умов її життя та рівня соціальної підтримки. Ефективна робота з тривожно-депресивними станами вимагає комплексного підходу, що включає психотерапевтичну допомогу, медикаментозну терапію (у разі необхідності) та створення умов для зниження стресових факторів у житті людини.

1.3. Особливості зв'язку тривожно-депресивних станів та особистісних розладів

Зв'язок тривожно-депресивних станів та особистісних розладів є складним і багатограним, оскільки обидва ці феномени можуть взаємодіяти і впливати один на одного. Тривожно-депресивні стани, які часто проявляються у сукупності постійної тривоги, почуття безнадійності, апатії

та зниження мотивації, можуть бути наслідком особистісних розладів або, навпаки, сприяти їх розвитку. Особистісні розлади, такі як пограничний, нарцисичний чи обсесивно-компульсивний, характеризуються специфічними патернами мислення, поведінки та емоцій, які можуть ускладнювати сприйняття і подолання стресових ситуацій.

У разі особистісних розладів людина може мати труднощі в управлінні своїми емоціями, що має ризик розвитку тривожно-депресивних станів. Наприклад, люди з прикордонним особистісним розладом часто переживають сильні емоційні коливання і відчують постійний страх перед відкиданням, що може викликати тривогу і депресивні симптоми. Аналогічно, у випадку нарцисичного особистісного розладу, зниження самооцінки в результаті реальних чи явних невдач може призвести до депресії, особистість стикається з важкістю прийняття своєї недосконалої[31, с. 582].

Аналіз наукових підходів до розуміння значення «психічних розладів особистості» демонструє багатогранність цієї теми, адже різні психологічні школи та теорії пропонують свої трактування і підходи до вивчення розладів особистості. Одним із ключових підходів є психодинамічний, який ґрунтується на ідеях Зигмунда Фрейда. Згідно з цим підходом, психічні розлади особистості виникають внаслідок конфліктів між свідомими та підсвідомими бажаннями, а також несвідомих процесів, що формують особистість. З. Фрейд вважав, що ранні травми, невирішені конфлікти та незадоволені потреби можуть викликати дезадаптивні патерни поведінки.

Когнітивно-поведінковий підхід пропонує інший погляд на розлади особистості, зосереджуючи увагу на ролі негативних думок та поведінкових патернів у формуванні і підтримці психічних розладів. Згідно з цим підходом, особи з розладами особистості часто мають спотворене сприйняття себе та інших, що призводить до дезадаптивних рішень і міжособистісних конфліктів. Когнітивна терапія намагається виявити і змінити ці

спотворення, допомагаючи пацієнтам розвивати більш здорові способи мислення та поведінки [67, с. 85].

Системний підхід, особливо в рамках сімейної терапії, акцентує увагу на тому, як міжособистісні стосунки та соціальні контексти впливають на формування та прояв психічних розладів особистості. Вважається, що динаміка сімейних стосунків, комунікаційні патерни та роль сімейних систем у формуванні індивідуальних психологічних характеристик можуть суттєво впливати на ризик розвитку розладів особистості.

Крос-культурні підходи також грають важливу роль у розумінні психічних розладів особистості, підкреслюючи, що культурний контекст впливає на те, як розуміються та інтерпретуються симптоми. Наприклад, поведінка, що вважається патологічною в одній культурі, може сприйматися як нормальна в іншій. Це вказує на необхідність врахування культурних факторів під час діагностики та лікування психічних розладів особистості.

Нарешті, сучасні нейробіологічні дослідження відкривають нові горизонти у розумінні психічних розладів особистості, вивчаючи їх зв'язок з функціонуванням мозку, генетичною схильністю та нейрохімічними процесами. Цей підхід намагається зрозуміти, які нейробіологічні фактори можуть впливати на розвиток і прояв розладів, що відкриває нові можливості для лікування [7, с. 163].

Узагальнюючи, різні наукові підходи до розуміння психічних розладів особистості пропонують багатогранну картину, яка включає як індивідуальні, так і соціальні фактори. Цей різноманітний погляд на проблему дозволяє фахівцям у галузі психічного здоров'я розробляти більш ефективні стратегії для діагностики, лікування та підтримки осіб, які страждають від психічних розладів особистості, враховуючи всі аспекти їхнього життя.

Крім того, тривожно-депресивні стани можуть сприяти розвитку особистісних розладів, особливо в умовах тривалого стресу або психоемоційної травми. Люди, які пережили серйозні стресові події, можуть почати формувати стратегії, які допомагають адаптуватися до життя, які у

свою чергу можуть призвести до батьківської поведінки, притаманних особистим розладам.

Важливо зазначити, що наявність тривожно-депресивних станів не обов'язково про наявність особистісного розладу. Проте, у випадку, коли ці стани супроводжуються характерними рисами особистісного розладу, лікування може бути ускладненим, а останні традиційні методи лікування можуть не бути такими ефективними. Це вимагає спеціалізованого підходу до лікування, який враховує індивідуальні особливості пацієнта, його емоційний стан і патерни поведінки.

Таким чином, зв'язок між тривожно-депресивними станами та особистісними розладами є складним і багатошаровим. Розуміння цієї взаємодії є важливим для розробки ефективних методів лікування, як особистостям, які мають тривожно-депресивний стан так і особистостям, що мають психічні розлади, задля покращення їхнього психоемоційного благополуччя та адаптації до життя в суспільстві.

Прояв психічних розладів особистості є складним і різноманітним процесом, що може виявлятися у багатьох аспектах функціонування особи. Такі розлади характеризуються стійкими патернами поведінки, думок та емоцій, які суттєво відрізняються від соціальних норм і можуть викликати значні труднощі в міжособистісних стосунках, професійній діяльності та загальному адаптивному функціонуванні.

Однією з ключових особливостей є те, що прояви психічних розладів особистості зазвичай формуються в ранньому віці і можуть зберігатися протягом усього життя. Вони часто включають певні риси, які можуть бути адаптивними в одних контекстах, але стають дезадаптивними в інших. Наприклад, риси, що визначаються як нарцисизм, можуть на перший погляд бути сприйняті як впевненість у собі, але на практиці призводять до труднощів у встановленні щирих стосунків з іншими людьми [64, с. 226].

Крім того, прояви психічних розладів особистості можуть бути різними за інтенсивністю та тривалістю. Деякі особи можуть демонструвати

епізодичні спалахи дезадаптивної поведінки, тоді як інші можуть мати хронічні проблеми, які постійно впливають на їхнє життя. Наприклад, особи з параноїдними або obsесивно-компульсивними рисами можуть бути постійно зайняті думками про можливі загрози або контролем своїх дій, що заважає їм будувати нормальне життя.

Важливо також відзначити, що прояви психічних розладів особистості можуть бути контекстуально зумовленими, змінюючись в залежності від оточення та обставин. Наприклад, особа з анозогнозією, яка не усвідомлює наявність свого розладу, може виглядати цілком функціональною в стабільному середовищі, але в умовах стресу або змін ситуації її дезадаптивні риси можуть проявитися більш виразно.

Крім того, існує тісний зв'язок між психічними розладами особистості та іншими психічними розладами, такими як депресія або тривожні розлади. Часто люди, які мають розлади особистості, піддаються ризику розвитку супутніх психічних проблем, що ще більше ускладнює їхнє лікування і потребує комплексного підходу до терапії.

Соціальне середовище також відіграє важливу роль у прояві психічних розладів особистості. Підтримка з боку близьких, наявність стабільних міжособистісних зв'язків і позитивний соціальний контекст можуть допомогти зменшити прояви розладів, тоді як негативні соціальні умови можуть їх посилити. Стрес, ізоляція та конфлікти в особистому житті можуть викликати загострення симптомів і погіршити якість життя особи.

Загалом, прояви психічних розладів особистості є складними і багатогранними. Вони вимагають уважного та чуйного підходу з боку фахівців, які працюють у галузі психічного здоров'я, оскільки розуміння специфіки кожного випадку може суттєво вплинути на вибір лікувальних стратегій і підтримку пацієнта в його зусиллях щодо покращення якості життя.

Продовжуючи розгляд зв'язку між тривожно-депресивними станами та особистісними розладами, важливо зазначити, що така взаємодія може мати

серйозні наслідки для психічного здоров'я особистості. Люди, які одночасно мають тривожно-депресивні симптоми та особистісні розлади, часто відчують підвищений рівень стресу, який може ускладнити повсякденне життя, роботу та стосунки з оточуючими. Вони можуть стикатися з труднощами у встановленні і підтримці міжособистісних зв'язків, що ще більше поглиблює відчуття ізоляції та безвиході.

Крім того, тривожно-депресивні стани можуть ускладнити лікування особистісних розладів, наступні стани можуть знизити мотивацію до змін та активного впровадження терапевтичних стратегій. Люди можуть відчувати, що їхній душевний стан є перешкодою для прогресу, що призводить до погіршення їхнього психічного стану. Дослідження показують, що терапія, спрямована на поліпшення тривожно-депресивних симптомів, може призвести до зменшення виразності особистісних розладів, підкреслюючи важливість цілісного підходу до лікування[12, с. 184].

На терапевтичному рівні виявляти не лише симптоми тривожності та депресії, але й глибші особистісні характеристики, які можуть сприяти формуванню цих станів. Це може включати роботу над самоусвідомленням, емоційною регуляцією та розвитком здорових стратегій копінгу. Когнітивно-поведінкова терапія, діалектична поведінкова терапія та інші види психотерапії можуть бути особливо ефективними в допомозі особам у подоланні як тривожно-депресивних станів, так і особистісних розладів.

Соціальна підтримка також має велике значення в процесі лікування. Наявність оточуючих людей, які готові слухати, розуміти і підтримувати, може суттєво послабити негативний вплив тривоги і депресії, полегшуючи адаптацію до труднощів, пов'язаних з особистісними розладами. Групи підтримки, терапевтичні спільноти та програми, які сприяють взаємодії між людьми, можуть стати кількістю ресурсу для тих, хто бореться з цими проблемами.

Крім того, освіта про тривожно-депресивні стани та особистісні розлади є важливою для зменшення стигми та покращення розуміння серед

суспільства. Коли людина отримує підтримку не тільки від професіоналів, але й від свого соціального відчуження, це може сприяти кращому відновленню та покращеній якості життя. Важливо, щоб суспільство визнавало важливість психічного здоров'я і активно підтримувало тих, хто стикається з труднощами, пов'язаними з тривожністю, депресією і особистісними розладами.

Класифікація заснована на основних категоріях, визначених у DSM-5 (Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів, п'яте видання) та МКХ-11 (Міжнародна класифікація хвороб).

Таблиця 1.2

Класифікація та особливості прояву психічних розладів особистості

Тип розладу особистості	Класифікація	Основні характеристики	Приклади
<i>Параноїдний розлад</i>	Група А (незвичайні або ексцентричні)	Підозрілість і недовіра до інших, схильність до інтерпретації нейтральних дій як ворожих.	Параноїдний розлад особистості
<i>Шизоїдний розлад</i>	Група А	Відсутність інтересу до міжособистісних стосунків, емоційна холодність, обмежене вираження емоцій.	Шизоїдний розлад особистості
<i>Шизотиповий розлад</i>	Група А	Дивні або ексцентричні переконання, поведінка та спілкування, соціальна тривога.	Шизотиповий розлад особистості
<i>Антисоціальний розлад</i>	Група В (драматичні, емоційні або нестабільні)	Ігнорування прав інших, відсутність почуття провини або каяття, маніпулятивна поведінка.	Антисоціальний розлад особистості
<i>Борделінійний розлад</i>	Група В	Нестабільність в міжособистісних стосунках, самооцінці та емоціях, імпульсивність.	Борделінійний розлад особистості
<i>Гістеричний розлад</i>	Група В	Надмірна емоційність, прагнення бути в центрі уваги, використання зовнішності для маніпуляції.	Гістеричний розлад особистості
<i>Нарцисичний розлад</i>	Група В	Потреба в захопленні, відчуття власної винятковості, недооцінювання інших.	Нарцисичний розлад особистості
<i>Унікаючий</i>	Група С	Соціальна ізоляція,	Унікаючий розлад

<i>розлад</i>	(тривожні)	гіперчутливість до критики, почуття недостачі.	особистості
<i>Залежний розлад</i>	Група С	Надмірна потреба в увазі та підтримці, почуття безпорадності та невпевненості.	Залежний розлад особистості
<i>Обсесивно-компульсивний розлад</i>	Група С	Надмірна зацікленість на деталях, порядку, контролі, ригідність і непоступливість.	Обсесивно-компульсивний розлад особистості

Джерело: складено на основі [11, с. 25; 33, с. 87].

Ця таблиця надає загальний огляд основних типів психічних розладів особистості, їх класифікації, характеристик і прикладів, що може бути корисним для розуміння різноманітності та складності проявів цих розладів.

Таким чином, взаємозв'язок між тривожно-депресивними станами і особистісними розладами є складним і вимагає комплексного підходу до діагностики і лікування. Це підкреслює значущість роботи з іншими аспектами психічного здоров'я, а також врахування індивідуальних потреб кожної особи в процесі лікування. Тільки через глибоке розуміння та цілісний підхід можна досягти значущих змін і покращити психоемоційне благополуччя людей, які стикаються з цими проблемами.

Висновки до першого розділу

На основі теоретичного аналізу тривожно-депресивних станів особистості було виявлено, що тривожно-депресивні стани є комплексними і багатогранними, охоплюють широкий спектр емоційних, когнітивних та поведінкових змін, які впливають на психічне здоров'я людини. Поняття «тривожно-депресивний стан» можна застосувати як емоційний розлад, що характеризується поєднанням симптомів тривоги та депресії, які одночасно посилюють один одного, створюючи складну психоемоційну картину. Аналіз наукової літератури показав різноманітність підходів до трактування цього стану, де ключовими аспектами виступу взаємодіють емоційні, когнітивні та фізіологічні чинники.

Формування тривожно-депресивних станів залежить від низки індивідуальних, соціальних та біологічних факторів: особистісні риси, такі як підвищена тривожність або напруженість, схильність до негативного мислення впливають на вирішальну роль у розвитку таких станів. Крім того, зовнішні фактори, які пов'язані зі стресовими подіями, міжособистісними конфліктами або соціальною ізоляцією, можуть значно посилити прояви тривожно-депресивних станів. Ці процеси розвиваються і включають кілька етапів, починаючи з реакції на стрес і закінчуючи хронічним перебігом стану, без належного професійного втручання.

Взаємозв'язок між тривожно-депресивними станами та особистісними розладами має вирішальне значення для розуміння природи цих розладів. Особистісні розлади, такі як прикордонний або нарцисичний, не тільки посилюють симптоми тривоги та депресії, але й погіршують їх лікування, оскільки батьківська поведінка та мислення у таких випадків мають глибші корені, ніж при окремих епізодичних станах тривоги чи депресії. Люди з особистісними розладами частіше стикаються з труднощами в регуляції емоцій і контролю поведінки, що значно ускладнює процес адаптації до стресу і сприяє розвитку тривожно-депресивних станів. Важливим є комплексний підхід до терапії, який враховує не тільки симптоматику, але й особливості особистості пацієнта.

Крім того, важливо зауважити роль соціальної підтримки в контексті тривожно-депресивних станів. Люди, які мають міцні соціальні зв'язки, частіше здатні подолати стресові ситуації та знизити рівень тривоги та депресії. Соціальна підтримка може включати родину, друзів, колег, а також брати участь у групах підтримуючих або терапевтичних спільнот, де особа може отримати розуміння та підтримку від інших, які переживають схожі проблеми. Це, у свою чергу, знижує відчуття безнадії і покращує емоційний стан.

Терапевтичні підходи до лікування тривожно-депресивних станів, пов'язаних з особистісними розладами, повинні бути адаптовані до

індивідуальних потреб. Когнітивно-поведінкова терапія, діалектична поведінкова терапія та інші психотерапевтичні методи, що враховують особистісні особливості, можуть суттєво покращити якість життя людей, які мають тривожно-депресивні стани. Важливим етапом у процесі лікування є розвиток навичок емоційної регуляції, що дозволяє пацієнтам краще справлятися зі стресовими ситуаціями та негативними емоціями.

Отже, зв'язок між тривожно-депресивними станами та особистісними розладами є надзвичайно важливим аспектом для розуміння психічного здоров'я. Ця взаємодія потребує глибокого аналізу та розробки спеціалізованих підходів до лікування, які враховують індивідуальні особливості та потреби. Необхідний цілісний підхід, що об'єднує психотерапію, соціальну підтримку та освіту про психічне здоров'я, це може суттєво покращити результат лікування та забезпечити пацієнтам можливість повернення до повноцінного життя та покращення стану.

Продовжуючи дослідження в цій галузі, ми можемо сподіватися на розробку нових методів втручання та профілактики, які допоможуть зменшити тягар тривожно-депресивних станів і сприятимуть підвищенню загального рівня психічного благополуччя в суспільстві.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. **Методи дослідження психологічних чинників тривожно-депресивних станів чоловіків призовного віку**

З метою дослідження психологічних чинників тривожно-депресивних станів чоловіків призовного віку нами застосовувались такі психодіагностичні методики: шкали депресії А. Бека, шкала тривожності А. Бека, шкала оцінки якості життя, розроблена О. Чабаном та опитувальник копінг-стратегій, розроблений Р. Лазарусом та С. Фолкман.

Шкала оцінки якості життя (автор: О. Чабан)

Є однією з методик, яка дозволяє оцінити, наскільки події останнього місяця вплинули на загальне відчуття задоволення життям учасників. Ця шкала є важливим інструментом для аналізу ефективності копінг-стратегій, оскільки якість життя тісно пов'язана з психологічним благополуччям і способами, якими люди адаптуються до стресових життєвих умов. Шкала оцінки якості життя включає самостійне заповнення респондентами ряду питань, кожне з яких відображає різні аспекти їхнього життя, включаючи емоційний стан, соціальні взаємодії, фізичне здоров'я, і рівень незалежності. Респондентам пропонується оцінити своє задоволення за кожним аспектом на шкалі від 0 до 100 балів, де 0 означає абсолютне незадоволення, а 100 - повне задоволення (додаток А).

За сумою балів формується загальна оцінка якості життя, яка далі класифікується від «дуже низької» до «дуже високої». Ця методика є особливо корисною у контексті війни, адже вона дозволяє виявити не лише очевидні проблеми, як фізичні пошкодження чи психологічні розлади, а й

менш помітні аспекти, такі як вплив стресу на соціальні взаємодії або емоційне благополуччя. Використання цієї шкали допомагає науковцям і клінічним психологам оцінити стан особистості в умовах, коли звичайні соціальні структури та підтримка можуть бути зруйновані.

Аналіз результатів, отриманих за допомогою шкали оцінки якості життя, може виявити ключові чинники, які сприяють зниженню або підвищенню якості життя серед постраждалих від війни. Такий підхід дозволяє визначити не тільки загальні тенденції, а й індивідуальну різницю в сприйнятті стресу. Крім того, за результатами шкали можна адаптувати індивідуальні плани психологічної допомоги і реабілітації, розробляючи цілеспрямовані копінг-стратегії, які враховують специфічні потреби кожної особи. Усе це робить шкалу оцінки якості життя важливим інструментом у дослідженні копінг-стратегій серед постраждалих від війни, дозволяючи забезпечити комплексний підхід до оцінки їхнього стану та підтримки.

Шкала оцінки якості життя, розроблена О.С. Чабаном, є інструментом, який дозволяє комплексно оцінити різні аспекти якості життя особи. Ця шкала акцентує увагу на суб'єктивних відчуттях людини, пов'язаних із її фізичним, психологічним і соціальним добробутом. Оцінка якості життя за допомогою цієї шкали базується на багатовимірному підході, що включає різні показники, які впливають на загальне самопочуття особи.

Основні компоненти шкали охоплюють такі аспекти, як фізичне здоров'я, емоційний стан, соціальні зв'язки, економічну стабільність і доступ до медичних послуг. Кожен з цих аспектів оцінюється за певною системою балів, що дозволяє визначити загальний рівень якості життя. Шкала також враховує особистісні фактори, такі як задоволеність життям, рівень стресу та адаптивні можливості особи.

Однією з ключових переваг шкали є її універсальність, адже вона може бути адаптована для використання в різних контекстах, таких як медичні дослідження, психологічні оцінки та соціальні програми. Використання шкали О. Чабаном дозволяє не лише отримати кількісну оцінку якості життя,

але й зрозуміти, які саме фактори впливають на стан особи, що, в свою чергу, може допомогти у розробці стратегій покращення якості життя пацієнтів або певних груп населення.

Крім того, шкала може бути корисною для моніторингу змін у якості життя протягом часу, що є важливим аспектом у медичній практиці та психологічних дослідженнях. Загалом, розроблена О. Чабаном шкала оцінки якості життя є цінним інструментом, який сприяє поглибленню розуміння цієї складної концепції та її застосуванню в практиці.

Опитувальник копінг-стратегій

(автори: Р. Лазарус та С. Фолкман)

Опитувальник є ключовим інструментом у дослідженні механізмів, які використовують люди для адаптації до стресових життєвих ситуацій, особливо таких, що виникають внаслідок війни. Лазарус і Фолкман розробили дві основні категорії копінг-стратегій: «позитивний копінг» і «негативний копінг».

Позитивний копінг охоплює стратегії, спрямовані на активне вирішення проблем і адаптацію до стресових обставин. Ці стратегії включають в себе такі підходи, як аналіз ситуації, розробка плану дій, звернення за підтримкою до інших людей та використання позитивного мислення. Вони сприяють зменшенню рівня стресу, покращенню емоційного стану та підвищенню впевненості в собі.

На відміну від цього, негативний копінг передбачає використання стратегій, які не сприяють конструктивному вирішенню проблем, а навпаки, можуть посилювати стрес і емоційні труднощі. До них відносяться уникнення ситуацій, що викликають дискомфорт, заперечення проблем, а також застосування копінг-стратегій, які не призводять до реального вирішення конфліктів або стресових ситуацій. Негативний копінг часто включає в себе механізми, які тимчасово зменшують дискомфорт, але в довгостроковій перспективі можуть призвести до ще більшого напруження.

Цей опитувальник дозволяє виміряти не тільки типи копінг-стратегій, які застосовуються індивідами, але й ефективність цих стратегій у контексті різних життєвих викликів. Опитувальник базується на теорії, що копінг-стратегії - це не статичний, а динамічний процес, який залежить від конкретної стресової ситуації та особистісних характеристик людини. Він охоплює різноманіття копінг-стратегій, які класифікуються як проблемно-орієнтовані, що спрямовані на вирішення або зміну стресової ситуації, та емоційно-орієнтовані, що спрямовані на регуляцію емоційного відгуку на стрес (додаток Б).

Такий підхід дозволяє виявляти, як особи адаптуються до стресу, чи є вони здатними ефективно керувати своїми емоціями, та як вони можуть впоратися із зовнішніми вимогами та внутрішніми конфліктами. Дослідження за допомогою опитувальника копінг-стратегій зазвичай проводиться шляхом заповнення анкет учасниками, які відповідають на серію питань, що дозволяють оцінити частоту та ефективність використання різних стратегій у відповідь на стресові події. Результати таких досліджень допомагають зрозуміти, які стратегії є найбільш ефективними для певних індивідів або груп, зокрема для постраждалих від війни, де стресові події мають високий рівень інтенсивності та частоти. Також, цей метод дослідження використовується для оцінювання ефективності психотерапевтичних втручань, оскільки зміни в копінг-стратегіях можуть вказувати на прогрес у лікуванні або потребу у корекції терапевтичного підходу. Аналізуючи результати опитувальника, психологи та терапевти можуть більш точно підходити до вибору методів лікування, зокрема вони можуть виявити потребу в зосередженні на розвитку специфічних стратегій, які допоможуть індивіду краще справлятися із життєвими викликами. На завершення, використання цього опитувальника в емпіричних дослідженнях копінг-стратегій серед постраждалих від війни є важливим для глибшого розуміння механізмів психологічної адаптації та відновлення після

травмуючих подій, що є критичним для ефективного психологічного втручання та реабілітації.

Шкала тривоги (автор: А. Бек)

Шкала тривоги є одним із найвідоміших інструментів для оцінки рівня тривоги у людей. Розроблена психологом А. Беком, ця шкала стала важливим засобом у психодіагностиці та психологічному оцінюванні. Вона складається з 21 пункту, які охоплюють різні аспекти тривожного стану, від фізичних симптомів до емоційних і когнітивних переживань. Кожен пункт містить кілька варіантів відповідей, що описують різні рівні тривоги, від відсутності до серйозних проявів. Учасники оцінюють свої відчуття і переживання за останній тиждень, що дозволяє отримати актуальну картину їхнього психоемоційного стану.

Шкала тривоги А. Бека дозволяє не тільки виявити наявність тривоги, але й визначити її інтенсивність, що має велике значення для подальшого лікування або корекції психічного стану пацієнтів. Зокрема, результати можуть бути використані для моніторингу змін у рівні тривоги під час терапевтичних процесів. Шкала також демонструє високу надійність і валідність, що підтверджується численними дослідженнями в галузі психології та психіатрії.

Важливим аспектом шкали є її універсальність: вона може бути застосована до різних категорій населення, включаючи людей з психічними розладами, а також осіб без серйозних психічних проблем. В результаті, шкала тривоги Бека є цінним інструментом для клінічних психологів, психіатрів та інших фахівців, які займаються вивченням і лікуванням тривожних розладів. Вона допомагає виявити не лише симптоми тривоги, але й потенційні тригери, що можуть бути важливими для розробки індивідуальних стратегій терапії. Загалом, шкала тривоги Бека слугує є важливим інструментом у вивченні тривожних станів і їх впливу на якість життя людини.

Шкала тривоги А. Бека також дозволяє фахівцям визначити не лише рівень тривожності, а й її вплив на функціонування особистості в повсякденному житті. Високі бали вказують на значний рівень тривоги, що може заважати людині виконувати повсякденні завдання, підтримувати соціальні зв'язки і брати участь у активностях, які раніше приносили задоволення. Оцінка тривоги може також сприяти виявленню емоційних і поведінкових реакцій, таких як уникнення ситуацій, які викликають дискомфорт, або надмірна самокритика, що в свою чергу може загострити почуття тривоги (додаток В).

Ще однією важливою особливістю шкали є її здатність фіксувати динаміку тривожності. Завдяки простоті у використанні, фахівці можуть проводити повторні оцінювання в різні періоди часу, що дозволяє стежити за змінами в стані пацієнта, оцінювати ефективність терапії та адаптувати методи лікування відповідно до отриманих результатів. Це особливо важливо в умовах психотерапії, де вміння адаптувати стратегії лікування може суттєво вплинути на успішність терапевтичного процесу.

Шкала тривоги А. Бека знайшла широке застосування не лише в клінічній практиці, але й у наукових дослідженнях. Вона використовується для вивчення кореляцій між тривожними станами та іншими психічними розладами, такими як депресія, соціальна фобія та obsесивно-компульсивний розлад. Такі дослідження допомагають краще зрозуміти механізми розвитку тривожності та її взаємозв'язок з іншими психічними станами, що, в свою чергу, може сприяти розробці нових методів лікування та профілактики.

В результаті, шкала тривоги А. Бека є важливим і корисним інструментом для психологів, психіатрів та інших фахівців, які прагнуть не лише виявити наявність тривоги у своїх пацієнтів, але й зрозуміти глибші механізми та причини цих станів. Її використання сприяє більш повному та комплексному підходу до лікування тривожних розладів, що дозволяє покращити якість життя людей, які страждають від тривоги.

Шкала депресії (автор: А. Бек)

Опитувальник має на меті визначити ступінь вираження симптомів депресії особистості.

Цей інструмент складається з 21 запитання, кожне з яких включає в себе чотири альтернативи відповідей, представляючи зростаючий ступінь вираженості симптомів депресії.

Опитувальник спроектований так, щоб вимірювати різні аспекти депресії, такі як печаль, втрата енергії, втрата інтересу, втрата сну, втрата апетиту, самооцінка, відчуття вини і безнадійності. Респондент повинен обрати один із чотирьох варіантів відповідей, який, на його думку, найкраще відображає його стан.

Кожна відповідь оцінюється балами, тобто до одного питання є 4 варіанти відповіді, з 1 по 4 питання. За 1 питання - 0 балів, за 2 - 1 бал, за 3 - 2 бали, за 4 - 3 бали. Підсумковий бал визначається шляхом сумування балів за всіма питаннями. Загальний бал може варіюватися від 0 до 63, і чим вище отриманий бал, тим вищий рівень вираженості депресії.

Відповідно до отриманого результату, фахівець може класифікувати рівень депресії як мінімальний, легкий, помірний або важкий. Цей інструмент може бути використаний як для оцінки поточного стану, так і для відстеження динаміки депресії протягом часу.

Інтерпретація балів «Шкали депресії Бека» визначає рівень вираження депресивного стану. Від мінімального до важкого рівня депресії. Мінімальний рівень депресії. Симптоми можуть вважатися в межах норми. Легкий рівень депресії. Симптоми можуть вказувати на легку депресію, яка може впливати на щоденну активність та настрій. Помірний рівень депресії. Депресія виражена середньо, і імовірно, потрібна професійна консультація. Важкий рівень депресії. Високий ризик важкого порушення настрою. Рекомендується негайна консультація фахівця.

Ця шкала широко використовуються у психологічній практиці та дослідженнях для вимірювання рівня депресії. Вона має високу валідність і надійність, підтвержені численними дослідженнями.

Отже, усі перелічені методики є валідними та надійними для оцінки відповідних психологічних станів та аспектів. Завдяки даним методикам можна дослідити психологічні чинники тривожно-депресивних станів особистості та діагностувати їх наявність. Методики є адаптовані та враховують локальні культурні особливості.

2.2. Етапи проведення емпіричного дослідження

Наукове дослідження психологічних чинників тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку мало декілька етапів.

Перший етап. Постановка наукової проблеми на основі аналізу теоретичних джерел.

Другий етап. Теоретичний аналіз поставленої проблеми.

Третій етап. Формулювання наукового дослідження та встановлення мети.

Встановити зв'язок якості життя і з тривожно-депресивними станами, а також особливості зв'язку копінг-стратегій з тривожно-депресивними станами у чоловіків призовного віку.

Четвертий етап. Планування та проведення емпіричного дослідження психологічних чинників тривожно-депресивних станів чоловіків призовного віку.

На етапі планування емпіричного дослідження нами були підібрані валідні та надійні психодіагностичні методи:

- а) Шкала депресії Бека (Автор: Аарон Бек);
- б) Шкала тривоги (Автор: Аарон Бек)
- в) Шкала оцінки якості життя (Автор: Олег Чабан)
- г) Опитувальник копінг-стратегій (Автори: Річард Лазарус, та Сьюзен Фолкман)

П'ятий етап. Перед початком збору ми отримали згоду учасників, що включає детальне інформування про мету, процедуру дослідження та

можливі ризики. Важливо також забезпечити учасникам доступ до ресурсів підтримки, щоб вони могли отримати допомогу у разі емоційних труднощів під час або після участі у дослідженні.

Етапи проведення емпіричного дослідження включають планування, реалізацію та аналіз даних. На початковому етапі важливо визначити цілі та завдання дослідження, що забезпечить цілеспрямованість подальшої роботи. Після цього відбувається добір учасників, що ґрунтується на чітко визначених критеріях, таких як вік, стать, а також наявність певних психічних станів.

Під час збору даних важливо дотримуватись етичних норм, що передбачають анонімність учасників, а також надання їм можливості отримати підтримку в разі виникнення емоційного дискомфорту.

Нами була розроблена програма емпіричного дослідження.

Наше емпіричне дослідження проводилося у чотири етапи. Всі психодіагностичні методики та опитувальники ми проводили з кожним учасником дослідження індивідуально.

Перший етап передбачав використання опитувальника «Шкали депресії А. Бека» для вимірювання ступеня депресії у респондентів.

Другий етап оцінював рівень тривоги за допомогою «Шкали тривоги А. Бека».

На третьому етапі ми використовували «Шкалу оцінки якості життя О. Чабана». для визначення якості життя респондентів. Цей інструмент дозволяє оцінити загальне психоемоційне та соціальне благополуччя, зосереджуючись на таких аспектах, як емоційний стан, фізичне здоров'я, соціальні контакти, професійна діяльність, та рівень задоволення життям

Четвертий етап включав в себе застосування «Опитувальника копінг-стратегій Лазаруса та Фолкман» для вивчення адаптивних механізмів.

Шостий етап. Після вимірювання тривожно-депресивного стану, оцінки якості рівня задоволення життям та вивчення копінг-стратегій, а також інтерпретації ми сформулювали висновки емпіричного дослідження.

Результати цього дослідження нададуть можливість розробити ефективні стратегії психологічної підтримки для чоловіків призовного віку, які проживають в Україні.

Таким чином, наше наукове дослідження психологічних чинників чоловіків призовного віку проходило шість основних етапів.

2.3. Специфіка вибірки учасників дослідження

Специфіка вибірки учасників дослідження «Психологічні чинники тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку» полягає в ретельному підборі та визначенні критеріїв відбору, які забезпечують репрезентативність і надійність отриманих даних. Основною метою дослідження є вивчення специфічних характеристик психічного здоров'я молодих чоловіків, які підлягають мобілізації, а також впливу різних факторів на їхній стан.

Перш за все, до участі в дослідженні запрошувалися чоловіки віком від 25 до 44 років, оскільки саме в цей період відбуваються значні психологічні та соціальні зміни. Вибірка формувалася з урахуванням певних соціально-економічних, освітніх та культурних контекстів. Це дозволило врахувати вплив таких факторів, як рівень освіти, професійна діяльність, сімейний статус, регіон проживання та соціальні умови, які можуть суттєво вплинути на психологічні стани.

Крім того, важливим аспектом є отримання згоди на участь у дослідженні. Учасники були проінформовані про мету, умови та можливі ризики дослідження. Також було гарантовано конфіденційність отриманих даних, що сприяло створенню атмосфери довіри та відкритості під час проведення опитувань та інтерв'ю.

Для забезпечення різноманітності вибірки можуть бути залучені учасники з різними психоемоційними станами, включаючи тих, хто вже звертався за психологічною допомогою, а також тих, хто ніколи не

отримував таку допомогу. Це дозволить провести більш глибокий аналіз впливу тривожності та депресії на різних етапах їхнього розвитку.

У рамках нашого дослідження, присвяченого аналізу психологічних чинників тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку, було сформовано дві групи учасників. Респонденти виділяються за віковими категоріями та наявністю тривожно-депресивних симптомів, що дозволяє досліджувати вікові особливості та вплив вікових факторів на прояви цих станів.

Вікові групи респондентів:

Молодий вік (25-44 роки) – 40 учасників. До цієї групи входять чоловіки, які ще не досягли середнього віку, але вже мають певний життєвий досвід. Вік 25-44 роки є періодом активного професійного розвитку, створення родини, та можливих соціальних і економічних стресів, які можуть вплинути на емоційну стабільність і тривожність.

Зрілий вік (44-60 років) – 40 учасників. Ця вікова категорія, коли чоловіки зазвичай перебувають на піку кар'єри, але одночасно можуть відчувати більший рівень стресу через професійні, економічні або соціальні фактори, пов'язані з переходом до старшого віку, здоров'ям або сімейними умовами.

Критерії включення в дослідження:

1. Усі учасники повинні бути чоловіками призовного віку, що є основною характеристикою вибору.
2. Учасники вікових груп 25-44 років та 44-60 років повинні мати задовільний стан здоров'я для участі в дослідженні, без серйозних психічних розладів чи тяжких захворювань, які можуть спотворювати результати психологічних тестів.

Вибірка була сформована за допомогою методу випадкового відбору серед чоловіків, які відповідають зазначеним віковим категоріям та вимогам дослідження. Усі учасники дали згоду на участь у дослідженні, яке проводилося за принципами етичних стандартів психологічних досліджень.

Загальна кількість респондентів становить 80 осіб, по 40 осіб у кожній з вікових груп. Така кількість учасників дозволяє здійснити достатньо потужний статистичний аналіз для виявлення можливих відмінностей між групами та формулювання науково обґрунтованих висновків.

Вибірка була сформована таким чином, щоб включити чоловіків різного віку, що дозволяє порівнювати вплив тривожно-депресивних станів у представників різних вікових категорій.

За допомогою формування двох вікових груп дослідження дає можливість оцінити не лише індивідуальні характеристики кожної групи, а й виявити різницю у вираженості тривожно-депресивних симптомів у зв'язку з віком та життєвими умовами.

Гіпотеза нашого дослідження полягає в припущенні, що тривожно-депресивні стани у чоловіків призовного віку різних вікових категорій (молодшого віку 25-44 роки та старшого віку 44-60 років) мають різну вираженість і специфіку залежно від вікових та соціально-психологічних факторів. Ми припускаємо, що у молодих чоловіків більш значний вплив на тривожно-депресивні стани мають стресовий стан, пов'язаний з професійною та соціальною реалізацією, тоді як у зрілих чоловіків основним чинником є можливість зниження фізичних можливостей, переживання щодо здоров'я, сімейних і фінансових проблем. Також передбачається, що на вираженість тривожно-депресивних станів впливають такі фактори, як якість життя, копінг-стратегії. Таким чином, основною гіпотезою є те, що психологічні чинники, що викликають тривожно-депресивні стани, суттєво варіюють у залежності від вікової категорії та життєвого досвіду респондентів.

Методика дослідження забезпечує комплексний підхід до вивчення психологічних чинників тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку, який включає використання декількох методів. Перш за все, ми застосовуємо класичні психометричні інструменти для вимірювання рівня тривожності та депресії, такі як шкала тривоги Бека та шкала депресії Бека.

Ці інструменти дозволяють об'єктивно оцінити рівень тривожних і депресивних проявів у респондентів.

Для аналізу якості життя учасників використовувалася шкала оцінки якості життя Чабана, що дозволяє оцінити фізичні, емоційні та соціальні аспекти життя респондентів. Для вивчення механізмів подолання стресу використовувалася опитувальник копінг-стратегій Лазаруса та Фолкман для дослідження стратегії адаптації людини до стресових ситуацій.

Використовувався метод кореляційного аналізу, щоб виявити взаємозв'язки між психологічними чинниками (такі як тривожність, депресія, копінг-стратегії) і показниками якості життя.

Вибірка дослідження включала 80 осіб, розділених на дві вікові групи: 40 чоловіків віком 25-44 роки та 40 чоловіків віком 44-60 років. Усі учасники були добровільно обрані серед чоловіків призовного віку, які мають нормальний фізичний стан і не мають важких психічних розладів.

Для аналізу даних використовувалися методи статистичної обробки, що дозволяє встановити наявність статистично значущих різниць між групами за ефективними психологічними показниками. Результати аналізу дозволяють порівняти тривожно-депресивні стани між двома віковими групами та з'ясувати особливості психологічних чинників для кожної групи.

Висновки до другого розділу

У процесі розроблення та реалізації наукового дослідження над вивченням психологічних чинників тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку, ми удосконалили та застосували широкий спектр методів. Використання різноманітних психодіагностичних інструментів, таких як Шкала депресії Бека (Автор: Аарон Бек); Шкала тривоги (Автор: Аарон Бек), шкала оцінки якості життя (Автор: Олег Чабан) Опитувальник копінг-стратегій (Автори: Річард Лазарус, та Сьюзен Фолкман), що надали нам можливість глибокого розкриття психологічних особливостей цільової групи.

Опитування «Шкала депресії Бека» дозволяє здійснити кількісну оцінку рівня депресії серед чоловіків призовного віку, а «Шкала тривоги Бека» кількісну оцінку рівня тривоги. Використання “Шкала оцінки якості життя” стало важливим елементом аналізу якості життя чоловіків призовного віку. Опитувальник копінг-стратегій Лазаруса та Фолкман дозволив виявити підходи чоловіків призовного віку до подолання стресу та адаптації до життєвих труднощів.

В цілому, застосування цього комплексу методів дало глибоке уявлення про психічне благополуччя чоловіків призовного віку, визначаючи вплив тривожно-депресивних станів на різні аспекти їхнього емоційного стану, стресову стійкість, якість життя та здатність до адаптації в стресових ситуаціях.

У ході реалізації емпіричного дослідження психологічних чинників тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку, було важливо структурувати та систематизувати весь процес. Наше дослідження включало чотири ключові етапи, які взаємодіяли для отримання комплексного та об'єктивного уявлення про психічний стан чоловіків.

Перш за все, важливими є методи дослідження, які були ретельно відібрані для оцінки тривожно-депресивних станів. Серед них використовуються стандартизовані шкали, такі як шкала тривоги Бека та

шкала депресії Бека, що дозволяє отримати кількісні дані про рівень тривожності та депресії у учасників. Додатково, застосування опитувальників копінг-стратегій, розроблених Лазарусом і Фолкман, який дає змогу виявити, які механізми подолання стресу використовують чоловіки в призовному віці, що вкрай важливо для аналізу їхнього емоційного стану.

Перший етап передбачав використання опитувальника «Шкала депресії Бека» завдяки якому ми змогли кількісно виміряти рівень депресії у респондентів. Другий етап оцінював рівень тривоги за допомогою «Шкала тривоги Бека» Третій етап включав в себе використання «Шкала оцінки якості життя Чабанова» для визначення якості життя учасників дослідження. Четвертий етап передбачав застосування опитувальника копінг-стратегій Лазаруса та Фолкман.

По завершенні цих етапів, ми отримали широкий спектр інформації, що дозволило провести глибокий аналіз психосоціальних аспектів життя цільової групи. Ретельна інтерпретація результатів на кожному етапі дозволила сформулювати докладні висновки щодо психологічного стану чоловіків призовного віку, враховуючи їхні власні стратегії подолання стресу, рівень депресії, рівень тривоги та загальну якість життя. Поєднання кількісних та якісних даних надало можливість дослідити психологічні чинники тривожно-депресивних станів чоловіків призовного віку.

Тривалий процес відбору учасників був спрямований на максимальне забезпечення представництва різноманітних аспектів та характеристик цільової групи.

У загальній вибірці дослідження брало участь 80 осіб, розділених на дві вікові групи: 40 чоловіків віком 25-44 роки та 40 чоловіків віком 44-60 років, представники різних вікових груп, рівнів освіти та соціальних статусів. Розмаїття даних про соціально-економічний та культурний фонд учасників створило унікальний набір інформації для подальших аналізів.

Анонімність учасників була обрана як пріоритетний принцип під час дослідження, що дозволяє забезпечити вільне вираження їхніх емоцій та

думок. Такий підхід стимулював відкритий та детальний обмін досвідом та враженнями, що забезпечує якісні результати. Збереження конфіденційності та приватності даних учасниць гарантувало етичний стандарт дослідження.

У цьому розділі ми докладно розглянули методологічні аспекти нашого наукового дослідження, спрямованого на вивчення психологічних чинників тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку. Здійснено обґрунтування вибору методів та інструментів дослідження, що максимально враховують специфіку досліджуваної проблеми.

Аналізуючи етапи проведення емпіричного дослідження, ми детально описали послідовність застосування різних психодіагностичних методик та анкет, які спрямовані на вимірювання різних аспектів психічного стану учасниць. Кожен етап мав свою специфіку та завдання, спрямовані на отримання комплексної та об'єктивної інформації.

Специфіка вибірки учасників дослідження також має велике значення. Обираючи чоловіків призовного віку, ми враховували не лише демографічні характеристики, а й соціально-психологічні фактори, такі як рівень освіти, соціально-економічний статус і сімейний стан. Це дозволяє забезпечити різноманіття учасників, що, у свою чергу, підвищує надійність отриманих результатів. Також важливим є залучення учасників з різними рівнями тривожності та депресії, що допоможе виявити можливі закономірності в їхньому психологічному стані.

Загальна методологічна основа та процедурна рамка нашого дослідження відображають високий стандарт у науковому підході до вивчення психологічних чинників чоловіків призовного віку. Отримана інформація та аналіз результатів дослідження дають підстави для подальших висновків та розробки ефективних стратегій психологічної підтримки для цієї групи чоловіків.

Таким чином, комплексний підхід, закладений у розділі, дозволяє забезпечити не лише достовірність результатів дослідження, а й підвищити обізнаність про тривожно-депресивні стани у чоловіків призовного віку.

Зібрані дані можуть стати основою для подальших наукових досліджень, а також для розробки практичних програм підтримки, спрямованих на поліпшення психічного здоров'я молоді в умовах сучасного суспільства.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ЧОЛОВІКІВ ПРИЗОВНОГО ВІКУ

3.1. Експлорація даних: статистичний огляд психологічних показників

Було проведено статистичний аналіз даних за шкалою тривоги Бека, що дозволило отримати детальні показники рівнів тривоги у чоловіків призовного віку (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Шкала тривоги Бека

Змінні	Середнє	Медіана	СВ	Мін	Макс
Тривога	30	29,5	18,5	0	63

Шкала тривоги, яка є одним із основних інструментів оцінки, дала змогу визначити середні значення, медіану, стандартне відхилення, а також мінімальні та максимальні показники у вибірці.

Згідно з результатами, середнє значення тривоги становило 30 балів, що свідчить про помітну присутність тривожних проявів серед респондентів. Медіанний показник, який становив 29,5 бала, вказує на те, що значення тривоги у більшості опитаних концентрувалися поблизу середнього рівня, хоча спостерігалися як нижчі, так і значно вищі результати.

Стандартне відхилення у 18,5 бала підкреслює високу варіативність даних у вибірці, що, ймовірно, відображає широкий спектр індивідуальних особливостей тривожного стану в учасників дослідження. Мінімальний показник тривоги, який дорівнює нулю, засвідчує, що певна частина респондентів не виявляла тривожних симптомів, тоді як максимальний

показник у 63 бали демонструє наявність надзвичайно високого рівня тривоги в окремих осіб.

Аналіз рівнів прояву тривоги показав, що респонденти розподілилися між трьома категоріями — низьким, середнім та високим рівнями тривоги (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Рівень прояву тривоги

Змінні	Низький	Середній	Високий
Тривога	32,5%	36,3%	31,3%

Найменша частка, а саме 32,5% респондентів, демонструвала низький рівень тривоги, що може вказувати на їхню психологічну стійкість або відсутність значних стресових факторів у їхньому житті.

Середній рівень тривоги був зафіксований у найбільшій групі — 36,3% респондентів, що свідчить про значну поширеність помірного тривожного стану серед чоловіків призовного віку. Цей рівень тривоги, ймовірно, пов'язаний із типовими для цього віку проблемами, такими як невизначеність майбутнього чи страх перед військовими викликами.

Високий рівень тривоги виявився у 31,3% респондентів, що свідчить про значну групу осіб, які перебувають у стані психологічного дискомфорту, який може впливати на їхню якість життя та загальний емоційний стан.

Було здійснено аналіз рівня депресії за допомогою шкали депресії Бека, що дозволило отримати детальні кількісні показники депресивного стану у чоловіків призовного віку (див. табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Шкала депресії Бека

Змінні	Середнє	Медіана	СВ	Мін	Макс
Депресія	25,7	22,5	17,1	0	63

Згідно з результатами, середнє значення рівня депресії становило 25,7 бала, що свідчить про помітний рівень емоційного неблагополуччя серед респондентів. Медіанний показник у 22,5 бала вказує на те, що в більшості респондентів рівень депресії знаходився нижче середнього значення, однак були зафіксовані значні відхилення в більшу та меншу сторони.

Стандартне відхилення (СВ), яке дорівнює 17,1 бала, демонструє високу варіативність рівнів депресії серед опитаних. Це вказує на широкий спектр проявів депресивного стану, що, ймовірно, зумовлене індивідуальними психологічними особливостями, соціальним контекстом, а також ступенем впливу стресових факторів у житті кожного з учасників.

Мінімальний показник рівня депресії дорівнює нулю, що свідчить про наявність осіб, які не демонструють жодних ознак депресивних станів, у той час як максимальний показник у 63 бали вказує на надзвичайно високий рівень депресії в окремих випадках. Це свідчить про те, що у певної частини респондентів депресивний стан може набувати клінічного характеру, потребуючи втручання спеціалістів.

Аналіз рівнів прояву депресії дозволив виділити три основні категорії — низький, середній та високий рівні, які демонструють ступінь вираження депресивних симптомів у вибірці (див. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Рівень прояву депресії

Змінні	Низький	Середній	Високий
Депресія	43,8%	21,3%	35%

Найбільший відсоток респондентів (43,8%) виявив низький рівень депресії, що можна розцінювати як сприятливий результат, оскільки майже половина учасників не перебуває в стані глибокої емоційної нестабільності.

Однак помітним є і те, що 35% опитаних демонструють високий рівень депресії, що свідчить про значну групу осіб із серйозними емоційними розладами. Такий показник викликає занепокоєння, оскільки він може бути

наслідком специфічних стресорів, пов'язаних із призовним віком, наприклад, страху перед військовими викликами, невизначеністю майбутнього або відсутністю підтримки з боку соціального оточення. Середній рівень депресії був зафіксований у 21,3% респондентів, що свідчить про помірний, але потенційно загрозливий емоційний стан цієї групи.

Загалом результати підкреслюють неоднорідність рівнів депресивних проявів серед чоловіків призовного віку. Високий рівень депресії, який був виявлений у третини респондентів, потребує особливої уваги, оскільки може спричинити значний вплив на якість їхнього життя, здатність адаптуватися до викликів та підтримувати емоційну стабільність.

Було здійснено аналіз якості життя чоловіків призовного віку, що включав оцінку різних аспектів, таких як фізичний стан, настрої, використання вільного часу, рівень любові, задоволеність повсякденною активністю, фінансове благополуччя, умови проживання, зайнятість та загальна задоволеність життям (див. табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Шкала оцінки якості життя

Змінні	Середнє	Медіана	СВ	Мін	Макс
Фізичний стан	5,46	5	2,68	1	10
Настрої	5,36	5	2,63	1	10
Вільний час	5,21	5	2,46	1	10
Любов	5,14	5	2,55	1	10
Повсякденна активність	5,55	5	2,19	1	10
Фінансове благополуччя	5,36	5	2,44	1	10
Умови проживання	5	5	2,32	1	9
Зайнятість	5,34	5	2,35	1	10
Задоволеності життям	5,22	5	2,43	1	9
Загальний показник якості життя	47,65	45	15,39	20	76

За результатами шкали оцінки якості життя, середній загальний показник якості життя склав 47,65 бала, а медіанний показник становив 45 балів. Це вказує на середній рівень якості життя в цій групі, при цьому спостерігалися значні варіації, адже стандартне відхилення склало 15,39 бала, а мінімальні та максимальні значення коливалися від 20 до 76 балів.

Оцінюючи окремі аспекти, було встановлено, що середні значення коливалися від 5 до 5,55 балів у різних категоріях. Найвищі середні показники були зафіксовані в аспекті повсякденної активності (5,55 бала), що свідчить про задоволення цією складовою життя більшості респондентів.

Фізичний стан, настрої, фінансова стабільність та зайнятість також отримали відносно високі оцінки (5,46, 5,36 та 5,34 відповідно). Умови проживання, любов та задоволеність життям були оцінені дещо нижче, але медіана у всіх аспектах залишалася незмінною і становила 5 балів, що підкреслює тенденцію до усереднених оцінок.

Аналіз рівнів якості життя показав, що більшість респондентів демонстрували середній рівень задоволеності в усіх аспектах (див. табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Рівень показників якості життя

Змінні	Низький	Середній	Високий
Фізичний стан	25%	45%	30%
Настрої	25%	50%	25%
Вільний час	21,3%	57,5%	21,3%
Любов	26,3%	50%	23,8%
Повсякденна активність	17,5%	55%	27,5%
Фінансове благополуччя	26,3%	51,2%	22,5%
Умови проживання	28,7%	50%	21,3%
Зайнятість	22,5%	53,8%	23,8%
Задоволеності життям	27,5%	48,8%	23,8%
Загальний показник якості життя	67,5%	31,3%	1,3%

Зокрема, середній рівень був найбільш характерним для таких аспектів, як вільний час (57,5%), любов (50%), зайнятість (53,8%) та фінансова стабільність (51,2%). Це вказує на те, що респонденти в цілому задоволені цими сферами, хоча серед них значна частина все ж оцінює їх як низькі.

Водночас високий рівень задоволеності повсякденною активністю (27,5%) і фізичним станом (30%) виявився найбільш поширеним серед позитивних аспектів, тоді як такі категорії, як умови проживання та любов, мали відносно менші відсотки респондентів із високим рівнем задоволення (21,3% та 23,8% відповідно).

Загальний показник якості життя вказує на переважну кількість респондентів із низьким рівнем задоволеності (67,5%), що свідчить про існування значних проблем, які впливають на всі аспекти життя. Лише 1,3% опитаних виявили високий рівень загальної якості життя, що підтверджує недостатній рівень підтримки та ресурси для забезпечення емоційного і соціального благополуччя. Отримані результати свідчать про важливість комплексного підходу до покращення якості життя чоловіків призовного віку, оскільки багато з них перебувають у стані середньої чи низької задоволеності, що може впливати на їхню здатність долати стреси та зберігати психологічну стабільність.

Було досліджено використання різних копінг-стратегій чоловіками призовного віку за допомогою опитувальника, який оцінює спектр підходів до подолання стресу (див. табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Опитувальник копінг-стратегій

Змінні	Середнє	Медіана	СВ	Мін	Макс
Конфронтація	4,59	5	1,85	1	9
Планування розв'язання проблеми	6,14	6	2,24	1	10
Самоконтроль	6,76	7	2,21	1	10
Пошук соціальної підтримки	5,55	6	2,04	1	10

Позитивна переоцінка	5,89	7	2,49	1	10
Прийняття відповідальності	6,16	6	1,81	1	10
Дистанціювання	5,09	5	2,04	1	10
Втеча-уникання	5,19	5	2,55	1	10

Результати демонструють, що середні значення для різних стратегій варіюються від 4,59 до 6,76, що вказує на переважне використання певних методів реагування на складні життєві ситуації. Найнижче середнє значення спостерігалось для конфронтації (4,59 бала), що свідчить про відносно рідкісне використання цієї стратегії серед респондентів. Медіана для цього показника становить 5 балів, а стандартне відхилення дорівнює 1,85, що свідчить про відносно незначну варіативність у вибірці. Водночас найвищий середній показник був зафіксований для самоконтролю (6,76 бала), що вказує на те, що чоловіки призовного віку значною мірою покладаються на цю стратегію для регуляції своїх емоцій і поведінки у стресових ситуаціях.

Планування розв'язання проблеми також є однією з популярних стратегій, що підтверджується середнім значенням у 6,14 бала. Ця стратегія, поряд із самоконтролем і прийняттям відповідальності (6,16 бала), є важливим ресурсом для конструктивного подолання складних обставин. Пошук соціальної підтримки, який має середнє значення 5,55 бала, демонструє, що для багатьох чоловіків звернення до інших за допомогою або порадою є актуальним, але менш поширеним, ніж самостійне вирішення проблем. Стратегії дистанціювання (5,09 бала) та втечі-уникання (5,19 бала) демонструють середній рівень використання, що свідчить про наявність у респондентів схильності до уникнення конфліктних ситуацій, але ці підходи не є домінуючими.

Аналіз рівня прояву стратегій показує, що найбільше респондентів демонструють середній рівень використання більшості стратегій (див. табл. 3.8).

Рівень прояву копінг-стратегій

Змінні	Низький	Середній	Високий
Конфронтація	28,7%	65%	6,3%
Планування розв'язання проблеми	15%	52,5%	32,5%
Самоконтроль	7,5%	43,8%	48,8%
Пошук соціальної підтримки	20%	63,7%	16,3%
Позитивна переоцінка	22,5%	42,5%	35%
Прийняття відповідальності	3,8%	71,3%	25%
Дистанціювання	20%	68,8%	11,3%
Втеча-уникання	32,5%	51,2%	16,3%

Зокрема, конфронтація має середній рівень у 65% респондентів, тоді як високий рівень цієї стратегії відзначається лише у 6,3%. Це підтверджує, що чоловіки призовного віку рідко схильні до прямого протистояння у стресових ситуаціях. Натомість стратегії планування розв'язання проблем і самоконтролю мають найбільшу частку респондентів із високим рівнем прояву – 32,5% і 48,8% відповідно. Це свідчить про те, що ці підходи є основними інструментами, на які респонденти покладаються у складних умовах. Високий рівень позитивної переоцінки також зустрічається у значній частині опитаних (35%), що підкреслює важливість переосмислення складних ситуацій для збереження психологічної стійкості.

Інші стратегії, як-от пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності та дистанціювання, здебільшого проявляються на середньому рівні, що характерно для більшості респондентів. Наприклад, середній рівень дистанціювання зафіксовано у 68,8% респондентів, а прийняття відповідальності – у 71,3%, що вказує на схильність до уникнення надмірного стресу при збереженні певного рівня самостійності у прийнятті рішень. Втеча-уникання, яка часто вважається неконструктивною стратегією, має середній рівень у 51,2% респондентів, але її високий рівень

спостерігається лише у 16,3%, що свідчить про її обмежену роль у подоланні стресу.

Таким чином, результати показують, що чоловіки призовного віку здебільшого покладаються на конструктивні копінг-стратегії, такі як самоконтроль, планування розв'язання проблем і позитивну переоцінку. Водночас поширеність стратегій уникнення, хоч і на середньому рівні, вказує на певні труднощі у ефективному реагуванні на стрес.

3.2. Специфіка вираження тривожно-депресивних станів в двох групах респондентів

Було проведено аналіз вікових відмінностей у прояві тривожно-депресивних станів серед респондентів, поділених на дві вікові групи: від 25 до 44 років та від 45 до 60 років (див. табл. 3.9 та 3.10).

Таблиця 3.9

Вікові відмінності за проявом тривоги

Змінні	Мана-Уїтні	p	Сила ефекту	Середнє від 25 до 44 р.	Середнє від 45 до 60 р.
Тривога	692	0,031*	0,335	31,82	28,2

Результати статистичного тесту Мана-Уїтні виявили значущі відмінності за рівнем тривоги та депресії між цими групами. Для тривоги значення р-рівня становило 0,031, що свідчить про статистично значущий рівень відмінностей, при цьому сила ефекту дорівнювала 0,335, що вказує на помірний вплив віку на рівень тривожності. Середнє значення рівня тривоги у групі молодших респондентів (25–44 років) склало 31,82 бала, тоді як у старшій групі (45–60 років) цей показник був нижчим і становив 28,2 бала. Це свідчить про те, що молодші респонденти мають вищий рівень тривожності, що може бути зумовлено підвищеною соціальною активністю,

відповідальністю за кар'єру чи сім'ю або більшою вразливістю до соціальних стресорів.

Таблиця 3.10

Вікові відмінності за проявом депресії

Змінні	Мана- Уїтні	р	Сила ефекту	Середнє від 25 до 44 р.	Середнє від 45 до 60 р.
Депресія	677	0,023*	0,353	23,2	28,18

Відмінності за рівнем депресії також виявилися статистично значущими, що підтверджується значенням $p = 0,023$ та силою ефекту 0,353, яка є трохи вищою, ніж у випадку з тривогою, що вказує на помірний вплив вікового фактору. У цьому випадку спостерігалася зворотна тенденція: середнє значення рівня депресії у старшій групі (45–60 років) було вищим (28,18 бала), ніж у молодшій групі (25–44 років), де цей показник становив 23,2 бала. Така різниця може свідчити про те, що у старшому віці накопичення життєвих труднощів, втрата значущих соціальних ролей або фізичні обмеження можуть посилювати депресивні прояви. Водночас молодша група демонструє відносно нижчі показники депресії, можливо, завдяки активнішому соціальному життю чи більшій кількості ресурсів для емоційного відновлення.

Ці результати підтверджують наявність вікових особливостей у переживанні тривожно-депресивних станів, де молодші респонденти більш схильні до тривоги, а старші — до депресії.

Було досліджено вікові відмінності у показниках якості життя чоловіків призовного віку, що дозволило оцінити вплив вікового чинника на різні аспекти цього показника (див. табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Вікові відмінності за оцінкою якості життя

Змінні	Мана- Уїтні	р	Сила ефекту	Середнє від 25 до 44 р.	Середнє від 45 до 60 р.
Фізичний стан	800	0,999	0,050	5,45	5,47
Настрій	784	0,877	0,020	5,35	5,38
Вільний час	796	0,973	0,005	5,22	5,20
Любов	672	0,021*	0,360	5,50	4,78
Повсякденна активність	781	0,857	0,023	5,47	5,63
Фінансове благополуччя	750	0,631	0,062	5,25	5,47
Умови проживання	780	0,850	0,025	4,97	5,03
Зайнятість	786	0,892	0,018	5,33	5,35
Задоволеності життям	791	0,930	0,011	5,20	5,25
Загальний показник якості життя	793	0,946	0,009	47,75	47,55

Серед усіх змінних лише одна виявила статистично значущі відмінності, а саме – оцінка категорії «любов». Значення р-рівня для цієї змінної становило 0,021, що вказує на достовірність отриманих відмінностей між двома віковими групами. Сила ефекту дорівнює 0,360, що свідчить про помірний вплив вікового фактору на цей аспект якості життя.

Середнє значення показника «любов» у молодшій групі (25–44 років) становило 5,50 бала, що свідчить про відносно високий рівень задоволеності цією сферою у респондентів цієї вікової категорії. Натомість у старшій групі (45–60 років) середній показник знизився до 4,78 бала, що свідчить про певне зменшення задоволеності цим аспектом якості життя з віком. Така різниця може бути зумовлена змінами у міжособистісних стосунках, які часто відбуваються з віком. У молодшому віці більша частина респондентів може

перебувати у періоді активного формування чи зміцнення партнерських стосунків, що сприяє вищому рівню задоволеності у сфері любові. У старшій віковій групі цей аспект може зазнавати впливу таких факторів, як стабілізація або навіть погіршення якості міжособистісних стосунків, зниження романтичної активності чи посилення соціальної ізоляції.

Результати свідчать про те, що вікові зміни можуть впливати на різні аспекти якості життя, і хоча в більшості сфер значущих відмінностей не було виявлено, саме категорія «любов» вказує на важливу роль соціально-емоційних факторів у сприйнятті задоволеності життям. Це підкреслює необхідність врахування вікових особливостей при розробці програм психологічної підтримки для чоловіків призовного віку, зокрема акценту на емоційній сфері у старшій віковій категорії для підтримки їхнього загального благополуччя.

Було проведено аналіз вікових відмінностей у використанні копінг-стратегій серед чоловіків призовного віку, що дозволило виявити статистично значущі відмінності за деякими з них (див. табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Вікові відмінності за проявом копінг-стратегій

Змінні	Мана- Уїтні	р	Сила ефекту	Середнє від 25 до 44 р.	Середнє від 45 до 60 р.
Конфронтація	726	0,472	0,092	4,47	4,70
Планування розв'язання проблеми	789	0,915	0,014	6,08	6,20
Самоконтроль	736	0,532	0,080	6,75	6,78
Пошук соціальної підтримки	695	0,037*	0,331	5,83	5,28
Позитивна переоцінка	718	0,042*	0,303	5,65	6,13
Прийняття відповідальності	734	0,523	0,082	6,03	6,30

Дистанціювання	748	0,615	0,065	5	5,17
Втеча-уникання	797	0,981	0,003	5,15	5,22

Зокрема, для стратегії «пошук соціальної підтримки» значення р-рівня становило 0,037, що свідчить про наявність достовірних відмінностей між двома віковими групами. Сила ефекту дорівнювала 0,331, що вказує на помірний вплив вікового чинника. Середнє значення для групи 25–44 років склало 5,83 бала, що є вищим порівняно із середнім значенням у групі 45–60 років (5,28 бала). Це свідчить про те, що молодші респонденти частіше звертаються за соціальною підтримкою, ймовірно, через більшу активність у соціальних мережах, більший доступ до кола друзів чи сім'ї або більшу готовність ділитися своїми проблемами. У старшій віковій групі ця стратегія використовується рідше, що може бути пов'язано з більшою автономією, соціальною ізоляцією або зниженням довіри до зовнішньої допомоги.

Ще однією стратегією, за якою виявлено значущі вікові відмінності, є «позитивна переоцінка». Значення р-рівня для цієї змінної склало 0,042, що також свідчить про достовірність відмінностей, а сила ефекту дорівнювала 0,303, що свідчить про помірний вплив. У цьому випадку середнє значення для старшої групи (45–60 років) становило 6,13 бала, що є вищим, ніж середній показник у молодшій групі (25–44 років), який дорівнює 5,65 бала. Це може свідчити про те, що з віком респонденти більше схильні до осмислення ситуацій через позитивну перспективу, а також до переосмислення складних обставин із точки зору отриманого досвіду. Такий підхід може бути результатом накопичених життєвих знань, більшої стійкості до стресу та адаптивності, що розвиваються з віком.

Отже, результати вказують на те, що вікові особливості відіграють важливу роль у виборі стратегій подолання стресу. Молодші респонденти частіше покладаються на зовнішню підтримку, тоді як старші демонструють більш зрілий і автономний підхід, зокрема через використання позитивної переоцінки.

Було досліджено зв'язок між рівнем тривоги та проявом депресії у чоловіків призовного віку (див. табл. 3.13).

Таблиця 3.13

Відмінності прояву депресії залежно від рівня тривоги

Змінні	ANOVA F	p	Середнє за низької тривоги	Середнє за середньої тривоги	Середнє за високої тривоги
Депресія	16,1	0,001*	14,19	25,21	38,2

Аналіз дисперсії (ANOVA) виявив статистично значущі відмінності у рівнях депресії залежно від рівня тривоги ($F = 16,1$; $p = 0,001$), що свідчить про тісний взаємозв'язок між цими двома показниками. Отримані результати демонструють чітку тенденцію до зростання рівня депресії із підвищенням рівня тривоги.

Середнє значення рівня депресії серед респондентів із низьким рівнем тривоги склало 14,19 бала, що вказує на відносно низький рівень депресивних проявів у цій групі. Це може свідчити про те, що низька тривога сприяє кращій емоційній регуляції та знижує ризик розвитку депресії. У респондентів із середнім рівнем тривоги середнє значення депресії значно вище — 25,21 бала. Такий результат вказує на те, що збільшення тривожності корелює зі зростанням рівня депресії, що може бути зумовлено посиленням стресу та труднощами у його подоланні. Найвищі показники депресії були зафіксовані серед респондентів із високим рівнем тривоги, де середнє значення склало 38,2 бала. Це свідчить про те, що високий рівень тривоги є потужним предиктором важких депресивних станів, які можуть потребувати психологічного або навіть медикаментозного втручання.

Отримані дані підкреслюють важливість комплексного підходу до діагностики та терапії тривожно-депресивних станів. Взаємозалежність тривоги та депресії вказує на необхідність одночасного опрацювання обох аспектів під час роботи з цією категорією чоловіків. Особливу увагу слід

приділяти респондентам із високим рівнем тривоги, оскільки вони є найбільш уразливою групою до розвитку важких форм депресії.

Було досліджено вплив рівня тривоги на оцінку якості життя чоловіків призовного віку, що дало змогу виявити значущі відмінності в усіх аспектах цього показника (див. табл. 3.14).

Таблиця 3.14

Відмінності оцінки якості життя залежно від рівня тривоги

Змінні	ANOVA F	p	Середнє за низької тривоги	Середнє за середньої тривоги	Середнє за високої тривоги
Фізичний стан	23,2	0,001*	7,42	5,59	3,28
Настрій	65,6	0,001*	8,04	5,07	2,92
Вільний час	12,1	0,001*	6,85	4,97	3,8
Любов	26,4	0,001*	7,35	4,52	3,56
Повсякденна активність	37,4	0,001*	7,38	5,52	3,68
Фінансове благополуччя	34,1	0,001*	7,38	5,41	3,2
Умови проживання	56,7	0,001*	7,12	4,9	2,92
Зайнятість	30,1	0,001*	6,96	5,48	3,48
Задоволеності життям	12,3	0,001*	7	4,86	3,8
Загальний показник якості життя	188,5	0,001*	65,5	46,31	30,64

Аналіз дисперсії (ANOVA) показав, що тривога суттєво впливає на всі досліджувані змінні, про що свідчать значення р-рівня ($p = 0,001$) для кожного параметра. Загальний показник якості життя демонструє чітку тенденцію до зниження із підвищенням рівня тривоги. У респондентів із низьким рівнем тривоги середнє значення загального показника якості життя становило 65,5 бала, тоді як у групах із середнім і високим рівнями тривоги ці значення значно знижувалися — до 46,31 і 30,64 бала відповідно. Це

свідчить про серйозний негативний вплив тривоги на суб'єктивне сприйняття якості життя.

В усіх категоріях, які стосуються окремих аспектів якості життя, спостерігається подібна тенденція. Наприклад, фізичний стан значно погіршується у міру підвищення рівня тривоги: середнє значення для низького рівня тривоги становить 7,42 бала, тоді як для середнього — 5,59 бала, а для високого — лише 3,28 бала. Схожі результати спостерігалися і для інших категорій, зокрема «настрій» та «умови проживання», де у групах із високим рівнем тривоги середні значення становили 2,92 бала, що є найнижчим показником серед усіх змінних. Ці дані підкреслюють, що високий рівень тривоги не лише погіршує фізичне самопочуття, але й спричиняє значні емоційні та соціальні труднощі.

Аналіз інших аспектів, таких як «любов» і «зайнятість», також свідчить про суттєве зниження задоволеності в цих сферах із підвищенням рівня тривоги. Наприклад, у категорії «любов» середнє значення у групі з низьким рівнем тривоги становило 7,35 бала, у той час як у групі з високим рівнем тривоги — лише 3,56 бала. Це свідчить про те, що підвищена тривожність може впливати на якість міжособистісних стосунків та соціальної взаємодії загалом. Категорії, що стосуються фінансового благополуччя та повсякденної активності, також продемонстрували суттєві відмінності: у респондентів із високим рівнем тривоги середні показники були близько 3 балів, тоді як у групах із низьким рівнем тривоги ці показники перевищували 7 балів.

Отримані дані свідчать про те, що тривога значною мірою впливає на всі аспекти якості життя, включаючи фізичне здоров'я, емоційний стан, задоволеність соціальними зв'язками та матеріальне благополуччя. Результати підтверджують необхідність цілеспрямованої роботи з респондентами, які мають високий рівень тривоги, оскільки ця група демонструє найгірші показники якості життя.

Було досліджено вплив рівня тривоги на використання копінг-стратегій у чоловіків призовного віку, що дозволило виявити значущі відмінності за всіма досліджуваними стратегіями (див. табл. 3.15).

Таблиця 3.15

Відмінності прояву копінг-стратегій залежно від рівня тривоги

Змінні	ANOVA F	p	Середнє за низької тривоги	Середнє за середньої тривоги	Середнє за високої тривоги
Конфронтація	12,3	0,001*	5,12	5,28	3,24
Планування розв'язання проблеми	16	0,001*	7,42	6,48	4,4
Самоконтроль	45,3	0,001*	8,54	6,69	5
Пошук соціальної підтримки	13,7	0,001*	6,58	5,9	4,08
Позитивна переоцінка	39,6	0,001*	7,42	6,69	3,36
Прийняття відповідальності	17,6	0,001*	7,54	6	4,92
Дистанціювання	11,8	0,001*	4	5	6,32
Втеча-уникання	21,3	0,001*	3,08	5,66	6,84

Результати аналізу дисперсії (ANOVA) підтвердили, що рівень тривоги суттєво впливає на вибір копінг-стратегій, про що свідчать значення р-рівня ($p = 0,001$) для кожної змінної. Отримані дані демонструють чітку тенденцію до зниження використання адаптивних копінг-стратегій із підвищенням рівня тривоги, одночасно з посиленням малоефективних стратегій уникнення.

Для стратегії «конфронтація» середні значення свідчать про зниження її використання у групах із високим рівнем тривоги. Якщо у групі з низьким рівнем тривоги середнє значення становило 5,12 бала, то у групі з високим

рівнем цей показник знизився до 3,24 бала. Це вказує на те, що високий рівень тривоги значно послаблює здатність до активного вирішення проблем через відкриту конфронтацію. Аналогічна тенденція спостерігається для стратегій «планування розв'язання проблеми», «самоконтроль» та «позитивна переоцінка», які є основними адаптивними механізмами подолання стресу. Наприклад, для стратегії «планування розв'язання проблеми» середнє значення у групі з низьким рівнем тривоги становило 7,42 бала, тоді як у групі з високим рівнем тривоги цей показник знизився до 4,4 бала. Для «самоконтролю» спостерігалася найбільш виражена різниця: середнє значення у групі з низьким рівнем тривоги склало 8,54 бала, а у групі з високим — лише 5 балів. Такі дані свідчать про те, що високий рівень тривоги суттєво знижує здатність до емоційної саморегуляції та структурованого вирішення проблем.

Використання стратегій «пошук соціальної підтримки» та «прийняття відповідальності» також значно зменшується із підвищенням тривожності. Середнє значення для «пошуку соціальної підтримки» у групі з низьким рівнем тривоги становило 6,58 бала, тоді як у групі з високим — лише 4,08 бала. Це свідчить про те, що високий рівень тривоги може перешкоджати соціальній взаємодії та знижувати здатність звертатися за допомогою до оточення.

Водночас стратегії уникнення, такі як «дистанціювання» та «втеча-уникання», демонструють протилежну тенденцію. У групі з високим рівнем тривоги середнє значення для «дистанціювання» становило 6,32 бала, що значно перевищує показники для груп із низьким (4 бала) та середнім (5 бала) рівнями тривоги. Для «втечі-уникання» спостерігалася ще більш виражене зростання: середнє значення у групі з високим рівнем тривоги склало 6,84 бала, тоді як у групі з низьким — лише 3,08 бала. Це свідчить про те, що із підвищенням тривожності респонденти більше схильні уникати стресових ситуацій, замість того щоб вирішувати їх конструктивно.

Таким чином, результати дослідження показують, що високий рівень тривоги значно послаблює адаптивні копінг-стратегії, такі як самоконтроль, планування чи пошук соціальної підтримки, одночасно посилюючи малоефективні стратегії уникнення.

Специфіка вираження тривожно-депресивних станів серед чоловіків призовного віку має свої особливості, зумовлені як психологічними, так і соціальними факторами. У цій віковій групі ці стани часто проявляються у формі емоційної напруги, що супроводжується підвищеною тривожністю щодо майбутнього, зокрема через соціальні очікування, пов'язані з військовими зобов'язаннями та невизначеністю в житті.

У чоловіків призовного віку спостерігається прагнення до активних дій, проте їхня тривога часто призводить до паралічу волі, коли вони не можуть ухвалити рішення через страх перед наслідками. Вони можуть виявляти агресивні реакції або навпаки, почуття безнадії, що відображає їхню внутрішню боротьбу між бажанням діяти та страхом перед невідомим. У цьому контексті фізичні симптоми тривоги, такі як головний біль, тахікардія та м'язова напруга, можуть бути поширеними.

Депресивні симптоми у чоловіків призовного віку часто супроводжуються відчуттям втрати контролю над життям, що посилює їхню тривогу. Вони можуть відчувати труднощі з концентрацією уваги, що негативно впливає на їхню продуктивність та соціальні зв'язки. Часто чоловіки в цій групі приховують свої переживання, що зумовлено соціальними стереотипами, які нав'язують ідею про те, що прояви емоційної вразливості є ознакою слабкості. Це призводить до емоційної ізоляції та погіршення психоемоційного стану.

Соціальні фактори, такі як підтримка з боку родини та друзів, можуть суттєво впливати на вираження тривожно-депресивних станів. Чоловіки, які відчують емоційну підтримку, зазвичай демонструють менший рівень тривоги та депресії, оскільки здатні поділитися своїми переживаннями і отримати зворотний зв'язок. У той же час, відсутність такої підтримки часто

призводить до посилення негативних емоцій та загострення психічного стану.

Таким чином, специфіка вираження тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку є складною і багатогранною, включаючи емоційні, фізичні та соціальні аспекти. Розуміння цих особливостей є важливим для розробки ефективних методів психологічної підтримки, що враховують унікальні потреби цієї вікової групи.

Тривожно-депресивні стани у чоловіків призовного віку також можуть мати специфічні тригери, які безпосередньо пов'язані з їхнім життєвим досвідом. Наприклад, переживання особистих втрат, конфлікти в сім'ї або на роботі, а також питання, пов'язані з соціальними обов'язками, можуть значно вплинути на їхній емоційний стан. Страх перед мобілізацією або участю у бойових діях стає джерелом хронічного стресу, що веде до постійного відчуття тривоги та депресивних настроїв.

Багато чоловіків у цій групі намагаються впоратися зі своїми переживаннями шляхом уникання проблем або вдаючись до різних форм саморегуляції, таких як алкоголь або інші наркотичні речовини. Це, в свою чергу, може призводити до формування патернів поведінки, які ще більше ускладнюють ситуацію. Проблеми з адаптацією до змін у житті, викликаних зовнішніми факторами, стають основними аспектами, що впливають на їхнє психічне здоров'я.

Крім того, у чоловіків призовного віку часто спостерігається вища схильність до проявів агресії як способу вираження тривоги або депресії. Цей механізм може призводити до конфліктів із близькими та оточуючими, що, в свою чергу, посилює їхні негативні емоції. Соціальні стереотипи, що вимагають від чоловіків демонструвати силу та контроль, заважають їм шукати допомогу та підтримку, що підсилює почуття ізоляції та безнадії.

З метою більш глибокого розуміння специфіки вираження тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку важливо враховувати також культурні аспекти, які можуть впливати на їхнє сприйняття емоцій та стресу.

У деяких культурах емоційна вразливість розглядається як соціально неприйнятна, що ще більше ускладнює ситуацію. Психологічні стратегії подолання, такі як когнітивно-поведінкова терапія, можуть бути надзвичайно корисними в роботі з цими чоловіками, оскільки вони допомагають змінити сприйняття стресових ситуацій і розвинути здоровіші способи реагування.

Таким чином, вираження тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку є складним явищем, яке потребує комплексного підходу до його дослідження та лікування. Усвідомлення соціальних, психологічних і культурних чинників, що впливають на це явище, допоможе фахівцям у наданні більш ефективної психологічної підтримки та розробці програм профілактики, які можуть суттєво поліпшити якість життя цих чоловіків і знизити ризик розвитку серйозних психічних розладів.

Важливо також зазначити, що специфіка вираження тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку може змінюватися в залежності від індивідуальних особливостей особистості, таких як тип темпераменту, стилі особистісного реагування та рівень емоційної стійкості.

Крім того, психосоціальні чинники, такі як рівень освіти, соціально-економічний статус і доступ до медичних послуг, також відіграють значну роль у вираженні тривожно-депресивних станів. Чоловіки, які перебувають у складних економічних умовах або мають обмежений доступ до медичної допомоги, можуть відчувати більший рівень стресу і тривоги, оскільки їхні можливості для подолання труднощів є обмеженими. У цьому контексті важливо розвивати програми підтримки, які б допомагали покращити доступ до ресурсів та інформації для цієї групи.

На формування тривожно-депресивних станів також впливають культурні та суспільні норми, що регулюють чоловічу поведінку. У суспільствах, де домінують традиційні гендерні ролі, чоловіки можуть відчувати тиск, що змушує їх приховувати свої емоції, що ускладнює вираження тривожності та депресії. Це призводить до того, що вони можуть не шукати допомогу в важкі часи, що посилює їхній психоемоційний стан.

Специфіка прояву тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку може також бути пов'язана з їхньою життєвою історією та попереднім досвідом стресу. Чоловіки, які пережили травматичні події в дитинстві або під час підліткового віку, можуть мати підвищену вразливість до тривожності та депресії в дорослому житті. Їхні механізми подолання стресу можуть бути менш ефективними, і вони можуть мати обмежений арсенал ресурсів для справляння з новими викликами.

У підсумку, специфіка вираження тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку є комплексним явищем, що потребує уваги з боку психотерапевтів, соціальних працівників та фахівців у галузі охорони здоров'я. Розробка програм, що враховують індивідуальні потреби та контекст, може суттєво покращити результати лікування, забезпечуючи цим чоловікам можливість отримати необхідну підтримку та допомогу. Необхідно активно працювати над зміною суспільних уявлень про чоловічі емоції, аби зменшити стигму, пов'язану з їх вираженням, і заохочувати відкритий діалог про психічне здоров'я.

3.3. Зв'язок якості життя з тривожно-депресивними станами

Було досліджено взаємозв'язок між рівнем тривоги та оцінками якості життя чоловіків призовного віку за допомогою кореляційного аналізу (див. табл. 3.16).

Таблиця 3.16

Кореляційний аналіз зв'язку прояву тривоги із оцінками якості життя

Змінні	p	rho-коефіцієнт Спірмена
Фізичний стан	0,001*	-0,637
Настрій	0,001*	-0,767
Вільний час	0,001*	-0,539
Любов	0,001*	-0,631
Повсякденна активність	0,001*	-0,637

Фінансове благополуччя	0,001*	-0,684
Умови проживання	0,001*	-0,712
Зайнятість	0,001*	-0,562
Задоволеності життям	0,001*	-0,513
Загальний показник якості життя	0,001*	-0,887

Результати демонструють статистично значущі негативні зв'язки між проявами тривоги та всіма аспектами якості життя, що підтверджується значеннями р-рівня ($p = 0,001$) для кожної змінної. Високі коефіцієнти кореляції Спірмена вказують на те, що підвищення рівня тривоги супроводжується суттєвим зниженням оцінок якості життя у всіх досліджуваних сферах.

Зокрема, найсильніший негативний зв'язок спостерігався між рівнем тривоги та загальним показником якості життя ($\rho = -0,887$), що свідчить про те, що високий рівень тривоги суттєво знижує загальне сприйняття життєвого благополуччя. Також були зафіксовані сильні негативні кореляції між тривогою та такими аспектами, як «настрій» ($\rho = -0,767$) і «умови проживання» ($\rho = -0,712$). Це свідчить про те, що тривожність істотно знижує задоволеність емоційним станом і відчуття комфорту в середовищі проживання.

Інші аспекти, такі як «фінансове благополуччя» ($\rho = -0,684$), «любов» ($\rho = -0,631$), «повсякденна активність» ($\rho = -0,637$) та «фізичний стан» ($\rho = -0,637$), також демонструють сильний негативний зв'язок із рівнем тривоги. Це свідчить про те, що підвищений рівень тривоги супроводжується погіршенням фізичного самопочуття, зниженням задоволеності міжособистісними стосунками та меншою спроможністю ефективно виконувати щоденні завдання.

Водночас категорії «зайнятість» ($\rho = -0,562$) та «вільний час» ($\rho = -0,539$) виявили помірно виражений негативний зв'язок із рівнем тривоги. Це

може вказувати на те, що хоча тривожність і впливає на ці аспекти, їхній взаємозв'язок є менш вираженим у порівнянні з іншими категоріями.

Загалом результати підтверджують, що високий рівень тривоги має системний взаємозв'язок із низькими показниками якості життя у чоловіків призовного віку. Негативні кореляції, виявлені у всіх сферах, вказують на те, що тривожність є значним фактором, який погіршує суб'єктивне сприйняття життя, знижуючи емоційне, фізичне, соціальне та матеріальне благополуччя.

Було досліджено взаємозв'язок між рівнем депресії та оцінками якості життя чоловіків призовного віку, що дозволило виявити статистично значущі негативні зв'язки між цими змінними (див. табл. 3.16).

Таблиця 3.16

Кореляційний аналіз зв'язку прояву депресії із оцінками якості життя

Змінні	p	rho-коефіцієнт Спірмена
Фізичний стан	0,001*	-0,402
Настрій	0,001*	-0,547
Вільний час	0,001*	-0,411
Любов	0,001*	-0,620
Повсякденна активність	0,001*	-0,350
Фінансове благополуччя	0,001*	-0,354
Умови проживання	0,001*	-0,369
Зайнятість	0,001*	-0,372
Задоволеності життям	0,001*	-0,352
Загальний показник якості життя	0,001*	-0,590

Результати кореляційного аналізу засвідчили, що підвищення рівня депресії супроводжується зниженням суб'єктивної оцінки якості життя в усіх досліджуваних аспектах. Від'ємні значення коефіцієнтів Спірмена вказують на те, що депресивний стан має системний зв'язок із погіршенням фізичного, емоційного та соціального благополуччя.

Найсильніший негативний взаємозв'язок спостерігався між депресією та загальним показником якості життя ($\rho = -0,590$). Це свідчить про те, що більш високий рівень депресії пов'язаний із суттєвим погіршенням загального життєвого благополуччя респондентів. Схожі тенденції були виявлені у зв'язку депресії з такими аспектами, як «настрій» ($\rho = -0,547$) та «любов» ($\rho = -0,620$). Це вказує на те, що депресія суттєво впливає на емоційну сферу та якість міжособистісних стосунків, знижуючи рівень задоволеності респондентів у цих аспектах.

Інші аспекти якості життя, такі як «фізичний стан» ($\rho = -0,402$), «вільний час» ($\rho = -0,411$) та «повсякденна активність» ($\rho = -0,350$), також показали значущі негативні зв'язки з рівнем депресії, хоча вони були менш вираженими. Це свідчить про те, що депресія частково корелює з фізичним і поведінковим аспектами якості життя, хоча її вплив тут є менш помітним порівняно з емоційною сферою. Аналіз таких змінних, як «фінансове благополуччя» ($\rho = -0,354$) та «умови проживання» ($\rho = -0,369$), також виявив помірні негативні зв'язки. Це може свідчити про те, що депресія знижує суб'єктивну оцінку матеріальних умов життя, хоча цей зв'язок не є настільки сильним, як у випадку з емоційними аспектами.

Значущі негативні зв'язки між рівнем депресії та «зайнятістю» ($\rho = -0,372$) і «задоволеністю життям» ($\rho = -0,352$) свідчать про те, що депресія частково впливає на професійну реалізацію та загальне сприйняття свого життєвого стану. Ці результати підтверджують, що депресивні стани мають системний взаємозв'язок із багатьма аспектами якості життя, підкреслюючи їхній комплексний характер.

Отримані дані свідчать про необхідність всебічного підходу до роботи з депресивними станами у чоловіків призовного віку. Оскільки депресія найсильніше пов'язана з емоційною сферою, важливо розробляти програми психологічної підтримки, спрямовані на покращення настрою, зміцнення міжособистісних стосунків і підвищення загального життєвого благополуччя.

3.4. Зв'язок копінг-стратегій з тривожно-депресивними станами

Було проведено кореляційний аналіз зв'язку між рівнем тривоги та використанням копінг-стратегій чоловіками призовного віку, що дозволило виявити статистично значущі взаємозв'язки для всіх досліджуваних стратегій. Результати показали, що тривога має різноспрямований зв'язок із конструктивними та неконструктивними копінг-стратегіями, що підкреслює її вплив на вибір механізмів подолання стресу (див. табл. 3.17).

Таблиця 3.17

Кореляційний аналіз зв'язку прояву тривоги із проявом копінг-стратегій

Змінні	p	rho-коефіцієнт Спірмена
Конфронтація	0,001*	-0,467
Планування розв'язання проблеми	0,001*	-0,615
Самоконтроль	0,001*	-0,678
Пошук соціальної підтримки	0,001*	-0,496
Позитивна переоцінка	0,001*	-0,587
Прийняття відповідальності	0,001*	-0,540
Дистанціювання	0,001*	0,506
Втеча-уникання	0,001*	0,557

Найсильніший негативний зв'язок спостерігався між рівнем тривоги та стратегіями «самоконтроль» ($\rho = -0,678$) і «планування розв'язання проблеми» ($\rho = -0,615$). Це свідчить про те, що зі зростанням тривоги використання цих адаптивних стратегій значно знижується. Респонденти з високим рівнем тривоги демонструють знижену здатність до конструктивного вирішення проблем та емоційної саморегуляції, що може погіршувати їхню здатність до подолання стресових ситуацій. Схожі тенденції були виявлені для стратегії «позитивна переоцінка» ($\rho = -0,587$), яка також демонструє зниження своєї частоти у разі підвищення рівня тривоги. Ця стратегія, яка передбачає переосмислення складних обставин

через позитивну перспективу, менш характерна для респондентів із високим рівнем тривоги.

Негативний зв'язок також спостерігався між тривогою та «прийняттям відповідальності» ($\rho = -0,540$) і «пошуком соціальної підтримки» ($\rho = -0,496$). Це свідчить про те, що підвищення тривоги пов'язане зі зменшенням готовності брати відповідальність за ситуацію та звертатися за допомогою до інших. Тенденція уникати соціальної підтримки може бути наслідком зниження довіри до оточення або зростання соціальної ізоляції, що часто супроводжує підвищений рівень тривожності.

Водночас тривога має позитивний зв'язок із використанням таких стратегій, як «дистанціювання» ($\rho = 0,506$) та «втеча-уникання» ($\rho = 0,557$). Це вказує на те, що у респондентів із високим рівнем тривоги більш виражена тенденція уникати стресових ситуацій, замість того щоб активно вирішувати проблеми. Такі стратегії часто є малоефективними та можуть лише посилювати стресовий стан, оскільки не сприяють конструктивному розв'язанню ситуацій. Зростання використання цих стратегій разом із зниженням адаптивних копінг-механізмів підкреслює негативний вплив тривожності на здатність до продуктивного реагування на стрес.

Таким чином, результати кореляційного аналізу показали, що підвищення рівня тривоги пов'язане зі зниженням використання адаптивних копінг-стратегій, таких як самоконтроль, планування та позитивна переоцінка, і з одночасним збільшенням частоти використання дезадаптивних стратегій, як-от дистанціювання та втеча-уникання.

Було досліджено взаємозв'язок між рівнем депресії та використанням копінг-стратегій чоловіками призовного віку, що дозволило виявити статистично значущі зв'язки для всіх розглянутих стратегій (див. табл. 3.18).

Таблиця 3.18

Кореляційний аналіз зв'язку прояву депресії із проявом копінг-стратегій

Змінні	p	ρ -коефіцієнт Спірмена
Конфронтація	0,001*	-0,394

Планування розв'язання проблеми	0,026*	-0,248
Самоконтроль	0,001*	-0,432
Пошук соціальної підтримки	0,002*	-0,341
Позитивна переоцінка	0,001*	-0,412
Прийняття відповідальності	0,001*	-0,359
Дистанціювання	0,001*	0,401
Втеча-уникання	0,023*	0,255

Результати кореляційного аналізу показали, що підвищення рівня депресії супроводжується як зниженням використання адаптивних копінг-стратегій, так і збільшенням частоти застосування дезадаптивних механізмів подолання.

Серед адаптивних стратегій найсильніший негативний зв'язок спостерігався для «самоконтролю» ($\rho = -0,432$) та «позитивної переоцінки» ($\rho = -0,412$). Це вказує на те, що зі зростанням рівня депресії респонденти рідше використовують ці механізми для регуляції своїх емоцій та переосмислення ситуацій у позитивному ключі. Аналогічно, стратегії «прийняття відповідальності» ($\rho = -0,359$) і «пошук соціальної підтримки» ($\rho = -0,341$) також демонструють значущий негативний зв'язок із депресією. Це свідчить про те, що депресивний стан знижує готовність респондентів звертатися за допомогою до інших або брати на себе відповідальність за вирішення складних ситуацій, що може посилювати відчуття безпорадності та ізоляції.

Менш виражений, але також значущий негативний зв'язок було виявлено між депресією та стратегіями «конфронтація» ($\rho = -0,394$) та «планування розв'язання проблеми» ($\rho = -0,248$). Це свідчить про те, що респонденти з вищим рівнем депресії менше використовують активні підходи до вирішення проблем, віддаючи перевагу менш активним або дезадаптивним стратегіям. Зниження використання стратегій, що передбачають активну протидію або структурований підхід до подолання

стресу, може бути зумовлено втратою мотивації, зниженням енергії та загальним негативним емоційним станом, характерним для депресії.

Водночас депресія демонструє позитивний зв'язок із використанням дезадаптивних стратегій, таких як «дистанціювання» ($\rho = 0,401$) та «втечання» ($\rho = 0,255$). Це вказує на те, що у респондентів із більш високим рівнем депресії частіше проявляється схильність до уникнення проблем або емоційного відсторонення від стресових ситуацій. Такі стратегії, хоча й можуть тимчасово зменшувати рівень напруги, не сприяють ефективному вирішенню проблем і, навпаки, можуть посилювати депресивні стани через подальше загострення нерозв'язаних проблем.

Депресія має системний взаємозв'язок із зниженням використання конструктивних копінг-стратегій і збільшенням частоти застосування дезадаптивних механізмів. Це свідчить про потребу у спрямованій психологічній підтримці, яка має зосереджуватися на розвитку конструктивних підходів до подолання стресу, таких як самоконтроль, позитивна переоцінка та планування, водночас зменшуючи залежність від дезадаптивних стратегій, як-от дистанціювання чи уникнення.

3.5. Психологічні чинники тривожно-депресивних станів чоловіків призовного віку

За регресійним аналізом було проведено аналіз психологічних чинників, які визначають тривожні стани у чоловіків призовного віку (див. табл. 3.19).

Таблиця 3.19

Психологічні чинники тривожних станів у чоловіків призовного віку

Змінні	Нестанд. Коеф.	Станд. Коеф.	t	p
Тривога (константа)	82,02	3,419	23,99	0,001*
Настрій	-1,61	0,508	-3,18	0,002*
Вільний час	-1,05	0,435	-2,41	0,018*

Любов	-1,59	0,439	-3,62	0,001*
Умови проживання	-2,36	0,499	-4,73	0,001*
Самоконтроль	-1,23	0,509	-2,42	0,018*
Позитивна переоцінка	-1,62	0,451	-3,60	0,001*

Примітка - показники якості моделі $R=0,905$; $R^2=0,818$; $p<0,05$

Результати регресійного аналізу показали, що низка змінних є статистично значущими чинниками тривоги в цій групі респондентів. Високі значення коефіцієнта множинної кореляції ($R = 0,905$) та коефіцієнта детермінації ($R^2 = 0,818$) свідчать про те, що модель пояснює значну частину варіації рівня тривоги, тобто 81,8% змін рівня тривоги зумовлені досліджуваними чинниками.

Одним із найважливіших чинників, що впливають на рівень тривоги, є показник «умови проживання» (стандартизований коефіцієнт $\beta = 0,499$, $p = 0,001$). Негативний зв'язок вказує на те, що погіршення умов проживання супроводжується підвищенням рівня тривоги. Це підкреслює значущість стабільного і комфортного життєвого середовища для емоційного благополуччя чоловіків призовного віку. Значним чинником також є емоційна сфера, зокрема «настрій» ($\beta = 0,508$, $p = 0,002$), що вказує на суттєву роль емоційного стану в розвитку тривоги. Чим більш негативний настрій переживає респондент, тим вищий рівень його тривожності.

Категорії, пов'язані з міжособистісними стосунками, також мають вагомий вплив. Показник «любов» ($\beta = 0,439$, $p = 0,001$) демонструє, що зниження задоволеності у цій сфері значно корелює з підвищенням рівня тривоги. Це вказує на важливість підтримки емоційних і соціальних зв'язків для зниження тривожності. Ще одним важливим чинником є використання копінг-стратегії «позитивна переоцінка» ($\beta = 0,451$, $p = 0,001$). Негативний зв'язок свідчить про те, що зниження здатності переосмислювати ситуацію у позитивному ключі асоціюється з вищим рівнем тривоги.

Категорії «вільний час» ($\beta = 0,435$, $p = 0,018$) та «самоконтроль» ($\beta = 0,509$, $p = 0,018$) також є значущими чинниками. Зниження задоволеності

використанням вільного часу чи неможливість контролювати свої емоції та дії сприяють посиленню тривожності. Ці результати підкреслюють необхідність розвитку конструктивних підходів до управління часом та емоційною регуляцією у чоловіків призовного віку.

Рівень тривоги у чоловіків призовного віку є багатофакторним і залежить від поєднання емоційних, соціальних, особистісних та поведінкових характеристик. Ці дані свідчать про потребу у всебічній підтримці, спрямованій на покращення умов проживання, розвитку емоційної стабільності, зміцнення соціальних зв'язків та вдосконалення навичок саморегуляції.

Було досліджено психологічні чинники, які впливають на депресивні стани у чоловіків призовного віку (див. табл. 3.20).

Таблиця 3.20

Психологічні чинники депресивних станів у чоловіків призовного віку

Змінні	Нестанд. Коеф.	Станд. Коеф.	t	p
Депресія (константа)	63,90	4,941	12,93	0,001*
Вільний час	-1,77	0,648	-2,74	0,008*
Любов	-3,41	0,621	-5,50	0,001*
Фінансове благополуччя	1,78	0,835	2,13	0,036*
Конфронтація	-2,62	0,832	-3,15	0,002*
Позитивна переоцінка	-1,52	0,763	-1,99	0,050*

Примітка - показники якості моделі $R=0,719; R^2=0,517; p<0,05$

Результати регресійного аналізу засвідчили, що низка змінних є статистично значущими у моделі, яка пояснює 51,7% варіації рівня депресії ($R^2 = 0,517$). Це свідчить про те, що половина змін у рівнях депресії може бути пояснена розглянутими чинниками, які мають як емоційну, так і соціальну природу.

Одним із найважливіших чинників депресивних станів є показник «любов» (стандартизований коефіцієнт $\beta = 0,621, p = 0,001$). Негативний

зв'язок свідчить про те, що зниження задоволеності міжособистісними стосунками та емоційною близькістю асоціюється з підвищенням рівня депресії. Це підкреслює важливість якісних стосунків та емоційної підтримки в запобіганні депресивним станам. Ще одним значущим чинником є задоволеність використанням «вільного часу» ($\beta = 0,648$, $p = 0,008$). Низька оцінка цієї категорії вказує на обмежені можливості для відпочинку, що може сприяти посиленню емоційного виснаження та почуття незадоволеності життям, що, у свою чергу, впливає на розвиток депресії.

Також важливим чинником є стратегія «конфронтація» ($\beta = 0,832$, $p = 0,002$). Негативний зв'язок демонструє, що низьке використання цієї копінг-стратегії пов'язане з більш високим рівнем депресії. Це може свідчити про те, що респонденти, які уникають активного протистояння проблемам, частіше переживають депресивні стани, оскільки не використовують ефективних способів зниження стресу. Схожі результати були виявлені для стратегії «позитивна переоцінка» ($\beta = 0,763$, $p = 0,050$), де менш активне застосування цієї стратегії також асоціюється із вищими рівнями депресії. Позитивна переоцінка дозволяє переосмислювати складні ситуації та знаходити в них нові перспективи, і її недостатність може призводити до загострення депресивного стану.

Водночас єдиним позитивним чинником у моделі є «фінансове благополуччя» ($\beta = 0,835$, $p = 0,036$). Позитивний зв'язок вказує на те, що респонденти з вищим рівнем депресії демонструють нижчу задоволеність своїм фінансовим станом. Ця категорія може бути пов'язана з почуттям стабільності та впевненості в майбутньому, а її зниження асоціюється зі стресом, що сприяє поглибленню депресії.

Результати аналізу підкреслюють багатофакторну природу депресивних станів у чоловіків призовного віку, які обумовлені як особистісними, так і соціальними аспектами. Найважливішими є чинники, пов'язані з емоційними стосунками, вільним часом, фінансовою стабільністю та ефективним використанням адаптивних копінг-стратегій.

3.6. Практичні рекомендації щодо профілактики тривожно-депресивних станів чоловіків призовного віку

Профілактика тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку є важливою складовою їх психічного здоров'я та соціальної адаптації. Для ефективної профілактики слід вирішити різноманітні аспекти, які впливають на психологічний стан молодих людей. По-перше, необхідно створити інформаційно-освітні програми, які підвищують обізнаність про тривожно-депресивні стани та їхні симптоми. Це дозволяє чоловікам не лише виявляти ознаки тривоги та депресії у себе та інших, а й знати, коли варто звернутися за професійною допомогою і хто її може надати.

По-друге, важливо сприяти розвитку здорових копінг-стратегій, щоб чоловіки ефективно справлялися зі стресовими ситуаціями. Тренінги з управління стресом можуть включати вивчення релаксаційних технік, медитації та дихальних вправ, які зменшують рівень тривоги та покращують емоційний фон. Розвиток емоційного інтелекту також є важливим, адже він дозволяє краще розуміти власні емоції і реагувати на них адекватно.

Системна фізична активність може служити додатковим методом профілактики тривожно-депресивних станів. Регулярні заняття спортом не тільки покращують фізичне здоров'я, а й сприяють виробленню ендорфінів, які покращують настрій і знижують рівень стресу. Спільні спортивні заходи також можуть зміцнити соціальні зв'язки між людьми, що позитивно впливає на їхнє психоемоційне самопочуття.

Створення підтримуючого елемента соціального середовища є ще одним числом профілактики. Наявність близьких стосунків, вміння поділитися переживаннями та отримувати підтримку від друзів і родини можуть суттєво знизити ризик розвитку тривожно-депресивних станів. Проведення регулярних зустрічей, спільних заходів та участі в групових активностях сприяє формуванню здорових соціальних зв'язків.

Крім того, важливо забезпечити доступ до професійної психологічної допомоги. Психологічна підтримка може включати консультування, психотерапію або групову терапію, що дозволяє чоловікам відкрито обговорювати своє переживання та отримувати рекомендації з управління емоціями. Професійна допомога може бути особливо важливою в критичних ситуаціях, коли індивідуальна стійкість може бути під загрозою.

Останнім, але не меншим фактором є розвиток навичок планування та організації особистого часу. Чоловіки повинні навчитися ефективно керувати своїми обов'язками та зобов'язаннями, щоб уникати перевантажень і стресу. Вміння планувати своє життя, встановлювати переваги і досягати цілей може допомогти зменшити відчуття безвиході та безпорадності, які часто супроводжують тривожно-депресивні стани.

Таким чином, профілактика тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку вимагає комплексного підходу, що включає освіту, розвиток здорових стратегій адаптації, підтримку фізичної активності, зміцнення соціальних зв'язків, доступ до психологічної допомоги та розвиток навичок планування. Ці рекомендації можуть суттєво покращити психоемоційний стан молодих чоловіків, сприяючи їх успішній адаптації до життя в умовах служби та повсякденних викликів.

Висновки до третього розділу

У ході емпіричного дослідження вдалося встановити низку важливих закономірностей, що стосуються тривожно-депресивних станів у чоловіків призовного віку, їхніх зв'язків із якістю життя, використанням копінг-стратегій та впливу соціально-психологічних чинників. Результати аналізу показали, що тривога і депресія є поширеними емоційними станами серед чоловіків цієї групи, причому третина респондентів демонструє високі рівні тривожності та депресивних проявів. Варіативність інтенсивності цих станів пов'язана з віковими особливостями: молодші респонденти частіше

демонструють вищий рівень тривоги, тоді як у старших більш виражені депресивні стани.

Було підтверджено, що високий рівень тривоги негативно впливає на всі аспекти якості життя, включаючи фізичний стан, настрій, повсякденну активність, соціальні зв'язки та фінансове благополуччя. Депресивні прояви також системно погіршують суб'єктивну оцінку якості життя, хоча їхній вплив є дещо менш вираженим порівняно з тривожними станами. Найсильніший негативний зв'язок між тривогою та депресією було виявлено з такими аспектами, як настрій, задоволеність життям і міжособистісні стосунки.

Аналіз копінг-стратегій засвідчив, що чоловіки призовного віку здебільшого використовують конструктивні механізми подолання стресу, такі як самоконтроль, планування розв'язання проблем та позитивна переоцінка. Однак із підвищенням рівня тривоги та депресії частота застосування цих стратегій значно зменшується, водночас зростає використання дезадаптивних підходів, як-от дистанціювання та втечання. Це свідчить про порушення здатності ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями у респондентів із високими рівнями тривожно-депресивних станів.

Було визначено низку психологічних чинників, що впливають на тривогу та депресію. Для тривоги найбільший вплив мають показники умов проживання, емоційного настрою, використання вільного часу, рівня самоконтролю та позитивної переоцінки. У випадку депресії основними чинниками є міжособистісні стосунки, фінансове благополуччя та використання копінг-стратегії конфронтації. Негативний вплив зниження цих показників вказує на необхідність цілеспрямованої роботи зі зміцнення емоційної стійкості, соціальної підтримки та адаптивних стратегій подолання стресу.

Отримані результати підкреслюють необхідність комплексного підходу до профілактики та терапії тривожно-депресивних станів серед чоловіків

призовного віку. Зокрема, слід розробляти програми психологічної підтримки, які б враховували індивідуальні та вікові особливості, сприяли розвитку адаптивних копінг-стратегій і покращували емоційне та соціальне благополуччя цієї групи респондентів.

ВИСНОВКИ

1. Тривожно-депресивний стан є комплексним психоемоційним конструктом, який поєднує симптоми тривоги та депресії, що взаємно підсилюють їх та негативно впливають на психічне здоров'я особистості. Вони формуються під впливом індивідуальних (тривожність, схильність до негативного мислення), соціальних (міжособистісні конфлікти, соціальна ізоляція) та біологічних факторів, а також тригерів, таких як стресові події. Особистісні розлади, зокрема прикордонний чи нарцисичний, ускладнюють перебіг і терапію цих станів через труднощі емоційної регуляції. Соціальна підтримка, як-от зв'язки з родиною чи терапевтичними групами, знижує ризик і сприяє покращенню емоційного стану. Ефективними терапевтичними методами є когнітивно-поведінкова та діалектична поведінкова терапія, що розвивають навички емоційної регуляції та адаптації до стресу, дозволяючи зменшити інтенсивність тривожно-депресивних станів і покращити якість життя.

2. Проведений аналіз продемонстрував, що тривожно-депресивні стани у чоловіків призовного віку характеризуються високою варіативністю проявів, які залежать від емоційного стану, соціальної підтримки, а також використання адаптивних та дезадаптивних копінг-стратегій. Встановлено, що високий рівень тривожності та депресії часто супроводжується використанням дезадаптивних стратегій уникнення й дистанціювання, що лише поглиблює емоційний дискомфорт. Важливим аспектом формування цих станів є зниження здатності до позитивної переоцінки ситуації, недостатня соціальна підтримка, а також втрата здатності до емоційної саморегуляції, що підтверджує їхній зв'язок із особистісними розладами.

3. Порівняння респондентів за віковими групами виявило значущі відмінності в рівнях тривоги та депресії. Молодші респонденти (25–44 років) демонструють вищий рівень тривоги, тоді як старші (45–60 років) – вищий рівень депресії. Ці відмінності пов'язані з різним впливом соціальних і

життєвих факторів на емоційний стан респондентів. Крім того, молодші респонденти частіше використовують стратегії, орієнтовані на соціальну підтримку, тоді як старші тяжіють до позитивної переоцінки. Дані підтверджують вікові особливості впливу стресу на формування тривожно-депресивних станів.

4. Отримані результати свідчать про наявність системного негативного зв'язку між рівнями тривоги, депресії та якістю життя. Високий рівень тривоги суттєво знижує показники якості життя у фізичній, емоційній, соціальній та матеріальній сферах. Аналогічно, депресія впливає на погіршення міжособистісних стосунків, зменшує задоволеність використанням вільного часу та емоційною стабільністю. Найсильніший негативний зв'язок спостерігається між тривожністю, депресією та загальним показником якості життя, що вказує на необхідність усунення емоційних дисбалансів для підвищення життєвого комфорту.

5. Аналіз показав, що тривога та депресія суттєво впливають на вибір копінг-стратегій. Високий рівень тривожності супроводжується зниженням використання конструктивних стратегій, таких як самоконтроль, планування розв'язання проблем та позитивна переоцінка, а також зростанням застосування дезадаптивних підходів, таких як дистанціювання й уникнення. Подібний вплив депресії проявляється у зниженні активності та мотивації до ефективного подолання стресу, що підтверджує необхідність розвитку здорових механізмів адаптації для зменшення проявів тривожно-депресивних станів.

6. Результати регресійного аналізу свідчать, що психологічними чинниками тривоги є незадоволеність умовами проживання, негативний емоційний стан, зниження соціальної підтримки, відсутність конструктивних копінг-стратегій, таких як самоконтроль і позитивна переоцінка. Депресивні стани, у свою чергу, значною мірою обумовлені незадоволеністю міжособистісними стосунками, недостатнім використанням активних

підходів до вирішення проблем та емоційною втомою. Погіршення фінансового благополуччя також сприяє посиленню депресивних проявів.

7. Профілактичні заходи повинні включати:

- розробку інформаційно-освітніх програм із підвищення обізнаності про тривожно-депресивні стани та способи їх подолання;
- впровадження тренінгів із розвитку конструктивних копінг-стратегій, релаксаційних технік і саморегуляції;
- організацію регулярної фізичної активності та заходів, спрямованих на зміцнення соціальних зв'язків;
- забезпечення доступу до професійної психологічної допомоги для вирішення емоційних проблем;
- навчання ефективному плануванню особистого часу для зниження ризику емоційного перевантаження.

Розроблені рекомендації сприятимуть зниженню рівня тривожності та депресії, покращенню якості життя та загальної адаптації чоловіків призовного віку до життєвих викликів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Копчак, О. О. (2018). Сучасні уявлення про патогенез і лікування тривожних розладів. *Міжнародний неврологічний журнал*, 2(96), 45–51.
2. Сартаков, О. А. (н.д.). Поєднання тривоги та депресії: чому іноді лікування не допомагає? *Український медичний журнал*. з <https://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-241623-poyednannya-trivogi-ta-depresi-ychomu-inodi-likuvannya-ne-dopomagaye> (дата звернення: 04.10.2024).
3. Abdallah, C. G., Coplan, J. D., Jackowski, A., et al. (2013). A pilot study of hippocampal volume and N-acetylaspartate (NAA) as response biomarkers in riluzole-treated patients with GAD. *European Neuropsychopharmacology*, 23(4), 276–284
4. Andreatini, R., Sartori, V. A., Seabra, M. L., & Leite, J. R. (2002). Effect of valepotriates (valerian extract) in generalized anxiety disorder: A randomized placebo-controlled pilot study. *Phytotherapy Research*, 16(7), 650–654.
5. Baldwin, D. S., Ajel, K., Masdrakis, V. G., Nowak, M., & Rafiq, R. (2013). Pregabalin for the treatment of generalized anxiety disorder: An update. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 883–892.
6. Bandelow, B., Baldwin, D., Abelli, M., et al. (2016). Biological markers for anxiety disorders, OCD and PTSD - a consensus statement. Part I: Neuroimaging and genetics. *World Journal of Biological Psychiatry*, 17(5), 321–365.
7. Bandelow, B., Baldwin, D., Abelli, M., et al. (2017). Biological markers for anxiety disorders, OCD and PTSD: A consensus statement. Part II: Neurochemistry, neurophysiology and neurocognition. *World Journal of Biological Psychiatry*, 18(3), 162–214.
8. Bandelow, B., Chouinard, G., Bobes, J., et al. (2010). Extended-release quetiapine fumarate (quetiapine XR): A once-daily monotherapy effective

in generalized anxiety disorder. Data from a randomized, double-blind, placebo- and active-controlled study. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *13*(3), 305–320.

9. Bandelow, B., Lichte, T., Rudolf, S., Wiltink, J., & Beutel, M. E. (2014). The diagnosis of and treatment recommendations for anxiety disorders. *Deutsche Ärzteblatt International*, *111*(27–28), 473–480.

10. Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *17*(3), 327–335.

11. Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *19*(2), 93–106.

12. Bandelow, B., Reitt, M., Rover, C., et al. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: A meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, *30*(4), 183–192.

13. Bankier, B., Barajas, J., Martinez-Rumayor, A., & Januzzi, J. L. (2008). Association between C-reactive protein and generalized anxiety disorder in stable coronary heart disease patients. *European Heart Journal*, *29*(18), 2212–2217.

14. Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., et al. (2009). Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: A multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, *373*(9665), 746–758.

15. Connolly, K. R., & Thase, M. E. (2012). Emerging drugs for major depressive disorder. *Expert Opinion on Emerging Drugs*, *17*(1), 105–126.

16. Cooper, A. J., Narasimhan, S., Rickels, K., & Lohoff, F. W. (2013). Genetic polymorphisms in the PACAP and PAC1 receptor genes and treatment response to venlafaxine XR in generalized anxiety disorder. *Psychiatry Research*, *210*(3), 1299–1300.

17. Cooper, A. J., Rickels, K., & Lohoff, F. W. (2013). Association analysis between the A118G polymorphism in the OPRM1 gene and treatment response to venlafaxine XR in generalized anxiety disorder. *Human Psychopharmacology*, *28*(3), 258–262.

18. Copeland, W. E., Shanahan, L., Worthman, C., et al. (2012). Generalized anxiety and C-reactive protein levels: A prospective, longitudinal analysis. *Psychological Medicine*, *42*(12), 2641–2650.
19. Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., et al. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(2), 130–140.
20. Cusack, B., Nelson, A., & Richelson, E. (1994). Binding of antidepressants to human brain receptors: Focus on newer generation compounds. *Psychopharmacology*, *114*, 559–564.
21. Etkin, A., Prater, K. E., Schatzberg, A. F., et al. (2009). Disrupted amygdalar subregion functional connectivity and evidence of a compensatory network in generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, *66*(12), 1361–1372.
22. Fu, J., Peng, L., & Li, X. (2016). The efficacy and safety of multiple doses of vortioxetine for generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *12*, 951–959.
23. National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: Management*. NICE.
24. Hilbert, K., Pine, D. S., Muehlhan, M., et al. (2015). Gray and white matter volume abnormalities in generalized anxiety disorder by categorical and dimensional characterization. *Psychiatry Research*, *234*(3), 314–320.
25. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, *36*(5), 427–440.
26. Jacobs, B. P., Bent, S., Tice, J. A., Blackwell, T., & Cummings, S. R. (2005). An internet-based randomized, placebo-controlled trial of kava and valerian for anxiety and insomnia. *Medicine (Baltimore)*, *84*(4), 197–207.
27. Kasper, S., Anghelescu, I., & Dienel, A. (2015). Efficacy of orally administered Silexan in patients with anxiety-related restlessness and disturbed

sleep: A randomized, placebo-controlled trial. *European Neuropsychopharmacology*, 25(11), 1960–1967.

28. Kasper, S., Gastpar, M., Muller, W. E., et al. (2014). Lavender oil preparation Silexan is effective in generalized anxiety disorder: A randomized, double-blind comparison to placebo and paroxetine. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 17(6), 859–869.

29. Kasper, S., Herman, B., Nivoli, G., et al. (2009). Efficacy of pregabalin and venlafaxine XR in generalized anxiety disorder: Results of a double-blind, placebo-controlled 8-week trial. *International Clinical Psychopharmacology*, 24(2), 87–96.

30. Kasper, S., Volz, H. P., Dienel, A., & Schlafke, S. (2016). Efficacy of Silexan in mixed anxiety-depression: A randomized, placebo-controlled trial. *European Neuropsychopharmacology*, 26(2), 331–340.

31. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., et al. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.

32. Khan, A., Joyce, M., Atkinson, S., et al. (2011). A randomized, double-blind study of once-daily extended release quetiapine fumarate (quetiapine XR) monotherapy in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(4), 418–428.

33. Khazaie, H., Resaie, L., Payam, N. R., & Najafi, F. (2015). Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with fluoxetine, sertraline, and trazodone: A randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, 37, 40–45.

34. Koh, K. B., & Lee, B. K. (1998). Reduced lymphocyte proliferation and interleukin-2 production in anxiety disorders. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 479–483.

35. Li, X., Zhu, L., Su, Y., & Fang, S. (2017). Short-term efficacy and tolerability of venlafaxine extended release in adults with generalized anxiety

- disorder without depression: A meta-analysis. *PLoS ONE*, *12*(10), e0185865. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185865>
36. Lohoff, F. W., Aquino, T. D., Narasimhan, S., et al. (2013). Serotonin receptor 2A (HTR2A) gene polymorphism predicts treatment response to venlafaxine XR in generalized anxiety disorder. *Pharmacogenomics Journal*, *13*(1), 21–26.
37. Lohoff, F. W., Narasimhan, S., & Rickels, K. (2013). Interaction between polymorphisms in serotonin transporter (SLC6A4) and serotonin receptor 2A (HTR2A) genes predict treatment response to venlafaxine XR in generalized anxiety disorder. *Pharmacogenomics Journal*, *13*(5), 464–469.
38. Makovac, E., Meeten, F., Watson, D. R., et al. (2015). Neurostructural abnormalities associated with axes of emotion dysregulation in generalized anxiety. *NeuroImage: Clinical*, *10*, 172–181.
39. Maron, E., & Nutt, D. (2017). Biological markers of generalized anxiety disorder. *MedSci Dialogues: Clinical Neuroscience*, *19*, 147–157.
40. Mathew, S. J., Mao, X., Coplan, J. D., et al. (2004). Dorsolateral prefrontal cortical pathology in generalized anxiety disorder: A proton magnetic resonance spectroscopic imaging study. *American Journal of Psychiatry*, *161*(6), 1119–1121.
41. Molendijk, M. L., Bus, B. A., Spinhoven, P., et al. (2012). Gender specific associations of serum levels of brain-derived neurotrophic factor in anxiety. *World Journal of Biological Psychiatry*, *13*(7), 535–543.
42. Monk, C. S., Telzer, E. H., Mogg, K., et al. (2008). Amygdala and ventrolateral prefrontal cortex activation to masked angry faces in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, *65*(5), 568–576.
43. Moon, C. M., & Jeong, G. W. (2017). Abnormalities in gray and white matter volumes associated with explicit memory dysfunction in patients with generalized anxiety disorder. *Acta Radiologica*, *58*(3), 353–361.

44. Moon, C. M., & Jeong, G. W. (2015). Alterations in white matter volume and its correlation with clinical characteristics in patients with generalized anxiety disorder. *Neuroradiology*, *57*(11), 1127–1134
45. Moon, C. M., Kang, H. K., & Jeong, G. W. (2015). Metabolic change in the right dorsolateral prefrontal cortex and its correlation with symptom severity in patients with generalized anxiety disorder: Proton magnetic resonance spectroscopy at 3 Tesla. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *69*(7), 422–430.
46. Moreira, F. P., Fabião, J. D., Bittencourt, G., & et al. (2015). The Met allele of BDNF Val66Met polymorphism is associated with increased BDNF levels in generalized anxiety disorder. *Psychiatric Genetics*, *25*(5), 201–207.
47. Morrissette, D. A., & Stahl, S. M. (2015). Modulating the serotonin system in the treatment of major depressive disorder — ERRATUM. *NS Spectrum*, *20*(4), 452–453.
48. Muscatello, M. R., Spina, E., Bandelow, B., & Baldwin, D. S. (2012). Clinically relevant drug interactions in anxiety disorders. *Human Psychopharmacology*, *27*(3), 239–253.
49. Narasimhan, S., Aquino, T. D., Hodge, R., et al. (2011). Association analysis between the Val66Met polymorphism in the brain-derived neurotrophic factor (BDNF) gene and treatment response to venlafaxine XR in generalized anxiety disorder. *Neuroscience Letters*, *503*(3), 200–202.
50. Narasimhan, S., Aquino, T. D., Multani, P. K., et al. (2012). Variation in the catechol-O-methyltransferase (COMT) gene and treatment response to venlafaxine XR in generalized anxiety disorder. *Psychiatry Research*, *198*(1), 112–115.
51. Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A., & Castonguay, L. G. (2013). Worry and generalized anxiety disorder: A review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*, 275–297.

52. Pae, C. U., Wang, S. M., Han, C., et al. (2015). Vortioxetine, a multi-modal antidepressant for generalized anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *64*, 88–98.
53. Pallanti, S., Tofani, T., Zanardelli, M., et al. (2014). BDNF and Artemin are increased in drug-naïve non-depressed GAD patients: Preliminary data. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *18*(4), 255–260.
54. Perlis, R. H., Fijal, B., Dharia, S., & Houston, J. P. (2013). Pharmacogenetic investigation of response to duloxetine treatment in generalized anxiety disorder. *Pharmacogenomics Journal*, *13*(3), 280–285.
55. Rubio, G., & Lopez-Ibor, J. J. (2007). Generalized anxiety disorder: A 40-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *115*(5), 372–379.
56. Rubio, G., & Lopez-Ibor, J. J. (2007). What can be learnt from the natural history of anxiety disorders? *European Psychiatry*, *22*(2), 80–86.
57. Schienle, A., Ebner, F., & Schifer, A. (2011). Localized gray matter volume abnormalities in generalized anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *261*(4), 303–307.
58. Schweizer, E., Rickels, K., De Martinis, N., Case, G., & Garcia-Espana, F. (1998). The effect of personality on withdrawal severity and taper outcome in benzodiazepine dependent patients. *Psychological Medicine*, *28*(3), 713–720.
59. Stahl, S. M., Lee-Zimmerman, C., Cartwright, S., & Morrissette, D. A. (2013). Serotonergic drugs for depression and beyond. *Current Drug Targets*, *14*(5), 578–585.
60. Stahl, S. M. (2009). Mechanism of action of trazodone: A multifunctional drug. *CNS Spectrums*, *14*, 536–546.
61. Steudte-Schmiedgen, S., Wichmann, S., Stadler, T., et al. (2017). Hair cortisol concentrations and cortisol stress reactivity in generalized anxiety disorder, major depression, and their comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, *84*, 184–190.

62. Thanacoody, H. K., & Thomas, S. H. (2005). Tricyclic antidepressant poisoning: Cardiovascular toxicity. *Toxicology Reviews*, 24(3), 205–214.
63. Tiihonen, J., Kuikka, J., Räsänen, P., et al. (1997). Cerebral benzodiazepine receptor binding and distribution in generalized anxiety disorder: A fractal analysis. *Molecular Psychiatry*, 2(6), 463–471.T
64. Tofani, T., Mannelli, L. D., Zanardelli, M., et al. (2015). An immunologic profile study in drug-naive generalized anxiety non-depressed patients: A pilot study. *European Neuropsychopharmacology*, 25(suppl. 2), S226.
65. Woelk, H., & Schlafke, S. (2010). A multi-center, double-blind, randomized study of the lavender oil preparation Silexan in comparison to lorazepam for generalized anxiety disorder. *Phytomedicine*, 17(2), 94-99.
66. World Health Organization. (n.d.). *ICD-10 Chapter V (F) classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
67. Yoshinaga, N., Matsuki, S., Niitsu, T., et al. (2016). Cognitive behavioral therapy for patients with social anxiety disorder who remain symptomatic following antidepressant treatment: A randomized, assessor-blinded, controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(4), 208–217. <https://doi.org/10.1159/000444666>
68. Zou, C., Ding, X., Flaherty, J. H., & Dong, B. (2013). Clinical efficacy and safety of fluoxetine in generalized anxiety disorder in Chinese patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1661–1670. <https://doi.org/10.2147/NDT.S54296>
69. A test for determining a personality disorder. (2023). *Individual Differences Research*. Retrieved from <https://www.idrlabs.com/ua/personality-style/test.php>
70. Betancourt, T. S., Keegan, K., Farrar, J., & Brennan, R. T. (2020). The intergenerational impact of war on mental health and psychosocial wellbeing: Lessons from the longitudinal study of war-affected youth in Sierra Leone. *Conflict and Health*, 14, 1–8.

71. BF Caritas Lubny. (2023). *About us*. Facebook. <https://www.facebook.com/people/BF-Caritas-Lubny/100063675715039/?sk=about>
72. Bochelyuk, V. Y., & Panov, M. S. (2021). Psychological consequences of a pandemic for modern Ukrainian society as a socio-psychological problem. *Habitus*, 21, 109–113
73. Coombs, N. C., Meriwether, W. E., Caringi, J., & Newcomer, S. R. (2021). Barriers to healthcare access among U.S. adults with mental health challenges: A population-based study. *SSM – Population Health*, 15, 1–8.
74. Forstner, A. J., Awasthi, S., & Wolf, C. (2021). Genome-wide association study of panic disorder reveals genetic overlap with neuroticism and depression. *Molecular Psychiatry*, 26(8), 4179–4190.
75. Georgieva, I., Lepping, P., Bozev, V., Lickiewicz, J., Pekara, J., Wikman, S., Loseviča, M., Raveesh, B. N., Mihai, A., & Lantta, T. (2021). Prevalence, new incidence, course, and risk factors of PTSD, depression, anxiety, and panic disorder during the COVID-19 pandemic in 11 countries. *Healthcare*, 9(6), 1–18.
76. Hoff, A., Poulsen, R. M., Fisker, J., Hjorthøj, C., Rosenberg, N., Nordentoft, M., Bojesen, A. B., & Eplöv, L. F. (2022). Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with depression or anxiety: Results from a three-arm, parallel randomised trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 79(2), 134–142.
77. World Health Organization. (2023). *ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information*. <https://icd.who.int/en>
78. Kabantseva, A. V. (2022). Technology of providing medical and psychological assistance to the population whose mental health has been damaged. *Scientific Bulletin of the Uzhhorod National University. Series: Psychology*, 2, 41–45.

79. Lynall, M. E., Soskic, B., Hayhurst, J., Schwartzentruber, J., Levey, D. F., Pathak, G. A., Polimanti, R., Gelernter, J., Stein, M. B., Trynka, G., Clatworthy, M. R., & Bullmore, E. (2022). Genetic variants associated with psychiatric disorders are enriched at epigenetically active sites in lymphoid cells. *Nature Communications*, *13*, 1–15.
80. Onishchenko, N., & Kazakova, E. (2021). Psychological peculiarities of perception of the situation surrounding the COVID-19 pandemic. *Disaster and Crisis Psychology Problems*, *2*(2), 6–18.
81. Ministry of Health Care of Ukraine. (2022). *Order No. 1600: On approval of the Procedure for providing psychiatric care by a mobile multidisciplinary team*. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1102>
82. Pomohaibo, V. M., Berezan, O. I., & Petrushov, A. V. (2021). Genetics of paranoid personality disorder. *Psychology and Personality*, *2*(20), 198–211.
83. Schneeberger, A. R., & Schwartz, B. J. (2018). The Swiss mental health care system. *Psychiatric Services*, *69*(2), 126–128.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала оцінки якості життя, розроблена О.С. Чабаном

Шкала оцінки якості життя (©Чабан О. С.)

Інструкція: Згадайте, будь-ласка, ті події, що відбувались із вами за останні 30 днів. Враховуючі їх, наскільки ви були задоволені таким із нижчепереліченого. Вкажіть ту кількість балів, яка підходить найбільше, від 0 до 10), де:

0 — зовсім не задоволений(а)

1—3 — більш незадоволений, ніж задоволений(а)

4—6 — посередньо

7—9 — більш задоволений(а), ніж незадоволений(а)

10 — надзвичайно задоволений(а).

1. Своїм фізичним станом?

0 ▶ 1 ▶ 2 ▶ 3 ▶ 4 ▶ 5 ▶ 6 ▶ 7 ▶ 8 ▶ 9 ▶ 10

2. Настроєм?

0 ▶ 1 ▶ 2 ▶ 3 ▶ 4 ▶ 5 ▶ 6 ▶ 7 ▶ 8 ▶ 9 ▶ 10

3. Проведенням вільного часу?

0 ▶ 1 ▶ 2 ▶ 3 ▶ 4 ▶ 5 ▶ 6 ▶ 7 ▶ 8 ▶ 9 ▶ 10

4. Любов'ю, сексуальною активністю?

0 ▶ 1 ▶ 2 ▶ 3 ▶ 4 ▶ 5 ▶ 6 ▶ 7 ▶ 8 ▶ 9 ▶ 10

5. Повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)?

0 ▶ 1 ▶ 2 ▶ 3 ▶ 4 ▶ 5 ▶ 6 ▶ 7 ▶ 8 ▶ 9 ▶ 10

6. Соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями)?

0 ▶ 1 ▶ 2 ▶ 3 ▶ 4 ▶ 5 ▶ 6 ▶ 7 ▶ 8 ▶ 9 ▶ 10

7. Фінансовим благополуччям?

0 ▶ 1 ▶ 2 ▶ 3 ▶ 4 ▶ 5 ▶ 6 ▶ 7 ▶ 8 ▶ 9 ▶ 10

8. Умовами проживання?

0 ▶ 1 ▶ 2 ▶ 3 ▶ 4 ▶ 5 ▶ 6 ▶ 7 ▶ 8 ▶ 9 ▶ 10

9. Роботою, навчанням, іншою зайнятістю?



10. Загальний рівень задоволеності життям?



Шкалу заповнює особа, яка проходить обстеження, самостійно.

Мінімальна кількість балів — 0, максимальна — 100.

Рівень якості життя:

дуже низький — до 56 балів включно,

низький — від 57 до 66 включно,

середній — від 67 до 75 включно,

високий — від 76 до 82 включно,

дуже високий — від 83 балів.

Опитувальник копінг-стратегій, розроблений Р. Лазарусом та С. Фолкманом

1. зосереджується (ась) на тому, що мені потрібно було робити далі, - на наступному кроці.
2. Починав (а) щось робити, знаючи, що це все одно не буде працювати; головне - робити хоч що-небудь.
3. Намагався (ась) схилити вищестоящих до того, щоб вони змінили свою думку.
4. Говорив (а) з іншими, щоб більше дізнатися про ситуацію.
5. Критикував (а) і докоряв (а) себе.
6. Намагався (ась) не спалювати за собою мости, залишаючи все, як воно є.
7. Сподівався (ась) на диво.
8. упокорюється (ась) з долею: буває, що мені не щастить.
9. Вів (а) себе, як ніби нічого не сталося.
10. Намагався (ась) не означити своїх почуттів.
11. Намагався (ась) побачити в ситуації щось позитивне.
12. Спав (а) більше, ніж звичайно.
13. Зривав (а) свою досаду на тих, хто накликав на мене проблеми.
14. Шукав (а) розуміння та співчуття у кого-небудь.
15. У мені виникла потреба виразити себе творчо.
16. Намагався (ась) забути все це.
17. Чи звертався (лася) за допомогою до фахівців.
18. Змінювався (ась) або зростав (ла) як особистість в позитивну сторону.
19. Вибачався (ась) або намагався (лася) якось все загладити.
20. Складав (а) план дій і слідував (а) йому.
21. Намагався (ась) дати якийсь вихід своїм почуттям.
22. Чи розумів (а), що я сам викликав цю проблему.
23. Набирався (ась) досвіду в цій ситуації.
24. Говорив (а) з ким-небудь, хто міг конкретно допомогти в цій ситуації.
25. Намагався (ась) поліпшити своє самопочуття їжею, випивкою, палінням.
26. Ризикував (а) де тільки можна.

27. Намагався (ась) не працювати занадто активно.
28. Поспішно довірявся (ась) першому почуттю.
29. Знаходив (а) нову віру в щось.
30. Знову відкривав (а) для себе щось важливе в житті.
31. Щось міняв (а) так, що все залагоджує.
32. У цілому уникав (а) спілкування з людьми.
33. Чи не допускав (а) це до себе, намагався (лася) особливо про це не замислюватися.
34. Питав (а) ради у родича чи друга, яких поважав (а).
35. Намагався (ась), щоб інші не дізналися, як погано йдуть справи.
36. Відмовлявся (ась) сприймати цю справу занадто серйозно.
37. Говорив (а) з ким-то про те, що я відчуваю.
38. Стояв (а) на своєму і боровся (лася) за те, чого хотів.
39. зганяти (а) це на інших людях.
40. Користувався (ась) минулим досвідом, мені вже доводилося потрапляти в таке становище.
41. Знав (а), що треба робити і подвоював (а) свої зусилля, щоб все налагодити.
42. Відмовлявся (ась) вірити, що це дійсно відбулося.
43. Я давав (а) собі обіцянки, що наступного разу все буде по-іншому.
44. Знаходив (а) пару інших способів вирішення проблеми.
45. Намагався (ась), щоб мої емоції не надто заважали мені в інших справах.
46. Щось міняв (а) в собі.
47. Хотів (а), щоб все це швидше якось утворилося або скінчилося.
48. Представляв (а) собі, фантазував (а), як все це могло б обернутися.
49. Молився.
50. прокручувати (а) в розумі, що мені сказати або зробити.
51. Думав (а) про те, як би в даній ситуації діяв чоловік, яким я захоплююся, і намагався (лася) наслідувати його.

питання	ніколи	рідко	іноді	часто
6				
7				
8				
9				
10				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				

питання	ніколи	рідко	іноді	часто
1				
2				
3				
4				
5				

Шкала тривоги Бека

	0.Зовсім не турбує	1.Злегка турбує	2.Середньо турбує	3.Дуже турбує
1.Відчуття оніміння та поколювання в тілі				
2.Відчуття жару				
3.Тремтіння в ногах				
4.Неможливість розслабитись				
5.Страх, що станеться найгірше				
6.Головокружіння				
7.Прискорене серцебиття				
8.Нестійкість, нестабільність				
9.Відчуття жаху, це кінець				
10.Дратівливість				
11.Тремтіння в руках				
12.Відчуття задухи				
13.Нерівна хода				
14.Страх втрати контролю				
15.Труднощі з диханням				
16.Страх смерті				
17.Переляк				
18.Шлунково-кишкові розлади				
19.Непритомність				
20.Прилив крові до обличчя				
21.Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою)				

0–5 норма

6-8 легкий рівень тривоги

9-18 середній рівень тривоги

Більше 19 балів – високий рівень тривоги