

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
Навчально-науковий інститут управління, психології та безпеки
Кафедра загальної та соціальної психології

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ
ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ В ЧАС ВІЙНИ**

Кваліфікаційна робота
здобувачки вищої освіти
першого рівня ДФН
спеціальності 053 Психологія
Марії НОВОТАРСЬКОЇ

Науковий керівник:
завідувач кафедри загальної та
соціальної психології, доктор
психологічних наук, професор
Зоряна КОВАЛЬЧУК

Рецензент
кандидат психологічних наук,
доцент
Олена ВАВРИНІВ

Кваліфікаційна робота допущена до захисту
«__» _____ 2026 р., протокол № ____
Завідувач кафедри загальної та соціальної психології
доктор психологічних наук, професор
_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

АНОТАЦІЯ

Новотарська М. Психологічні особливості психоемоційних станів дорослого населення в час війни. У роботі досліджено особливості психоемоційних станів дорослих у умовах воєнного часу та визначено чинники, що впливають на їх формування і перебіг. Здійснено теоретичний аналіз підходів до вивчення депресії, тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності, а також особистісних характеристик – екстраверсії–інтроверсії та нейротизму. Проведено емпіричне дослідження із використанням стандартизованих психодіагностичних методик, що дозволило виявити рівні прояву негативних психоемоційних станів та їх взаємозв'язки. Встановлено статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками за показниками депресії, тривожності, фрустрації та ригідності, а також підтверджено наявність кореляційних зв'язків між депресивними станами і низкою негативних психічних проявів та нейротизмом. Виявлено, що депресивні стани мають комплексний характер і тісно пов'язані з іншими емоційними порушеннями. На основі отриманих результатів розроблено рекомендації щодо профілактики негативних психоемоційних станів дорослих у часі війни, які передбачають комплексний і диференційований підхід із урахуванням індивідуальних та статевих особливостей.

Ключові слова: психоемоційні стани, депресія, тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність, нейротизм, стресостійкість, воєнний стрес, психологічна підтримка.

ABSTRACT

Novotarska M. Psychological features of psychoemotional states of the adult population during wartime. The paper investigates the features of psychoemotional states of adults in wartime conditions and identifies factors that influence their formation and course. A theoretical analysis of approaches to the study of depression, anxiety, frustration, aggressiveness, rigidity, as well as personality characteristics – extraversion–introversion and neuroticism – was carried out. An empirical study was conducted using standardized psychodiagnostic methods, which allowed to identify the levels of manifestation of negative psychoemotional states and their relationships. Statistically significant differences between men and women in terms of depression, anxiety, frustration and rigidity were established, and the presence of correlations between depressive states and a number of negative mental manifestations and neuroticism was also confirmed. It was found that depressive states are complex in nature and are closely related to other emotional disorders. Based on the results obtained, recommendations were developed for the prevention of negative psychoemotional states in adults during wartime, which provide for a comprehensive and differentiated approach taking into account individual and sexual characteristics.

Keywords: psycho-emotional states, depression, anxiety, frustration, aggressiveness, rigidity, neuroticism, stress resistance, war stress, psychological support.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ЩОДО ДОСЛІДЖЕНЬ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ДОРΟΣЛИХ ОСІБ	9
1.1. Проблема психоемоційних станів в науковій літературі	9
1.2. Особливості прояву негативних психоемоційних станів українців у час війни	20
Висновок до розділу 1.	31
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ДОРΟΣЛИХ ОСІБ В УКРАЇНІ	33
2.1. Обґрунтування дослідницького інструментарію	33
2.2. Аналіз отриманих результатів	38
2.3. Рекомендації щодо профілактики негативних психоемоційних станів дорослих у часі війни	55
Висновок до розділу 2.	59
ВИСНОВКИ	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	

ВСТУП

Актуальність дослідження. Актуальність дослідження психологічних особливостей психоемоційних станів дорослого населення в умовах війни зумовлена масштабними соціальними трансформаціями, які відбуваються внаслідок тривалого збройного конфлікту. Війна як надзвичайна ситуація створює комплексний вплив на всі рівні життєдіяльності людини – від базового відчуття безпеки до системи цінностей і життєвих орієнтирів. У цих умовах психоемоційні стани набувають не лише індивідуального, а й суспільного значення, оскільки від них залежить рівень адаптації, функціонування та стійкості населення в цілому.

Сучасні дослідження засвідчують значне поширення психоемоційних порушень серед дорослого населення, яке проживає в умовах війни. Зокрема, фіксується високий рівень посттравматичних стресових розладів (15–30% серед осіб, які перебували в зоні бойових дій), тривожних (20–40%) та депресивних розладів (18–32%). Такі дані вказують на системний характер психологічних змін та потребу у глибокому вивченні їхніх особливостей, динаміки та механізмів формування.

Водночас психоемоційні стани дорослого населення в умовах війни характеризуються не лише клінічними проявами, а й широким спектром субклінічних реакцій, таких як підвищена тривожність, дратівливість, агресивність, зниження когнітивної продуктивності та емоційного благополуччя. Ці стани можуть не досягати рівня психічного розладу, проте істотно впливають на якість життя, професійну діяльність, міжособистісні стосунки та здатність до прийняття рішень.

Особливої актуальності дослідження набуває у зв'язку з тим, що психоемоційні реакції на війну мають пролонгований характер і можуть трансформуватися у хронічні форми дистресу, включаючи ПТСР, адаптаційні та психосоматичні розлади. Крім того, невідреаговані емоції, зокрема гнів та страх, можуть призводити до вторинних соціальних наслідків, таких як міжособистісні

конфлікти та насильство. Це підкреслює необхідність своєчасного виявлення та психологічного супроводу відповідних станів.

Таким чином, дослідження психологічних особливостей психоемоційних станів дорослого населення в умовах війни є науково та соціально значущим. Воно спрямоване на поглиблення розуміння механізмів адаптації до екстремальних умов, визначення факторів ризику та ресурсів психічної стійкості, а також розробку ефективних підходів до психологічної допомоги. У сучасному контексті це дослідження має не лише теоретичне, а й практичне значення для забезпечення психічного здоров'я населення та відновлення суспільства в післявоєнний період.

Проблематика психоемоційних станів населення в умовах війни активно досліджується українськими науковцями, однак ці дослідження мають різні фокуси і не формують поки що цілісної інтегративної моделі.

Передусім вагомий внесок зробили представники академічної психології, зокрема школа Сергій Максименко та науковці Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. У їхніх роботах війна розглядається як фактор трансформації особистості, досліджуються процеси адаптації, резилієнтності та подолання тривалого стресу, а також психологічна допомога у кризових ситуаціях. У цьому контексті акцент робиться на розвитку особистості в екстремальних умовах і ресурсах психологічної стійкості.

Окремий напрям представлений клініко-психологічними та психіатричними дослідженнями (В. Огоренко, Г. Кожина та ін.), де основна увага зосереджена на патологічних та прикордонних станах: посттравматичному стресовому розладі, тривожних і депресивних порушеннях, а також механізмах їх діагностики та корекції. У цьому підході психоемоційні стани розглядаються через призму психічного здоров'я і клінічних проявів.

Соціально-психологічний напрям представлений дослідженнями стресових станів населення в умовах війни (зокрема, роботи соціологів і психологів щодо масових переживань тривоги, страху, невизначеності). Такі дослідження аналізують вплив війни на різні групи населення, включаючи

вимушено переміщених осіб, цивільних у зоні бойових дій та населення в тилу . У цьому контексті психоемоційні стани розглядаються як суспільний феномен, пов'язаний із соціальними умовами та колективним досвідом.

Також окремі дослідження (Ю. Костюк, О. Ложачевська та ін.) фокусуються на предикторах психоемоційних станів, таких як страх війни, соціальна підтримка, ізоляція, медіаекспозиція, що впливають на формування ПТСР і рівень стресу . Цей напрям дозволяє зрозуміти фактори ризику та ресурси адаптації, але часто обмежується окремими змінними без комплексного аналізу.

Водночас, незважаючи на значний обсяг досліджень, низка аспектів залишається недостатньо вивченою. По-перше, бракує системного аналізу саме психоемоційних станів дорослого населення як цілісної структури, що включає як клінічні, так і субклінічні прояви. По-друге, недостатньо досліджено динаміку цих станів у часі – як вони змінюються в умовах пролонгованої війни. По-третє, обмежено вивчено взаємозв'язок між психоемоційними станами і повсякденним функціонуванням (робота, сім'я, соціальні ролі). По-четверте, мало досліджень, що інтегрують індивідуальний, міжособистісний і соціальний рівні аналізу в єдину модель. Саме ці прогалини визначають наукову новизну та практичну значущість обраної теми дослідження.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні психологічних особливостей психоемоційних станів дорослого населення в умовах війни, а також у виявленні їхньої структури, динаміки, детермінант і взаємозв'язку з адаптаційними процесами та повсякденним функціонуванням особистості. У межах цієї мети передбачається визначення специфіки проявів психоемоційних станів, встановлення факторів ризику та ресурсів психологічної стійкості, а також окреслення практичних підходів до їх психологічної корекції та підтримки.

Об'єктом дослідження є психоемоційна сфера дорослого населення в умовах воєнного часу як складна система переживань, що відображає реакцію особистості на екстремальні життєві обставини та включає широкий спектр

емоційних станів, зокрема тривогу, страх, напруження, пригніченість, агресію та інші афективні прояви.

Предметом дослідження виступають психологічні особливості психоемоційних станів дорослого населення в умовах війни, зокрема їх структурні характеристики, рівні вираженості, динаміка змін у часі, детермінанти (індивідуально-психологічні, соціальні та ситуаційні чинники), а також їхній вплив на адаптаційні механізми, поведінкові стратегії та якість життєдіяльності особистості.

Методологічна основа дослідження ґрунтується на поєднанні системного, діяльнісного та особистісно-орієнтованого підходів, що дозволяє розглядати психоемоційні стани дорослого населення як багаторівневий феномен, інтегрований у структуру особистості та обумовлений контекстом екстремальної життєвої ситуації. Системний підхід забезпечує аналіз психоемоційних станів як цілісної динамічної системи, що включає емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти. Діяльнісний підхід дозволяє розкрити зв'язок між психоемоційними станами та регуляцією діяльності особистості в умовах війни, зокрема особливості прийняття рішень, виконання соціальних ролей та професійного функціонування. Особистісно-орієнтований підхід акцентує увагу на індивідуальній варіативності переживань, ресурсах адаптації та механізмах психологічної стійкості.

Теоретичне підґрунтя дослідження становлять положення сучасної психології стресу та копінгу (R. Lazarus, S. Folkman), концепції психічної стійкості та резилієнтності (A. Masten, G. Bonanno), а також підходи до розуміння травматичного досвіду та його наслідків у межах кризової та травматичної психології (B. van der Kolk, J. Herman). У вітчизняному контексті методологічною опорою є праці С. Д. Максименка щодо розвитку особистості в складних умовах, дослідження емоційної регуляції (О. В. Чебикін), а також підходи до психологічної допомоги в кризових ситуаціях, що розробляються сучасними українськими науковцями. Важливим є інтегративний характер

дослідження, який передбачає поєднання клініко-психологічного, соціально-психологічного та особистісного рівнів аналізу.

Методичний інструментарій дослідження передбачає використання валідизованих психодіагностичних методик для оцінки психоемоційних станів та адаптаційних ресурсів, зокрема шкал тривожності, депресивності, стресу, психологічної стійкості та соціальної підтримки. Також застосовуються методи статистичної обробки даних (кореляційний, факторний аналіз, критерії порівняння вибірок), що дозволяє виявити структурні зв'язки між показниками та визначити ключові чинники формування психоемоційних станів у досліджуваній групі.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів для розробки та вдосконалення програм психологічної підтримки дорослого населення в умовах війни. Виявлені закономірності та детермінанти психоемоційних станів можуть бути застосовані у діяльності практичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників та фахівців кризової допомоги для ранньої діагностики ризикових станів, профілактики психічних розладів та підвищення рівня психологічної стійкості.

Крім того, результати дослідження можуть бути використані у підготовці та підвищенні кваліфікації фахівців психологічного профілю, зокрема у навчальних курсах з кризової психології, психології стресу та травми. Практичні рекомендації, розроблені на основі дослідження, можуть бути інтегровані у програми психосоціальної підтримки населення, а також у діяльність освітніх, медичних та реабілітаційних установ, що працюють з особами, які переживають наслідки воєнного стресу.

Структурою нашої роботи є вступ, два розділи, висновки до розділів, список використаних джерел.

РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ЩОДО ДОСЛІДЖЕНЬ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ДОРΟΣЛИХ ОСІБ

1.1. Проблема психоемоційних станів в науковій літературі

Актуальність проблеми психоемоційних станів у науковій літературі зумовлена тим, що цей феномен займає центральне місце у структурі психічного функціонування особистості, виступаючи інтегративним показником її адаптації до середовища. У сучасній психології психоемоційні стани розглядаються як динамічні системи переживань, що відображають взаємодію особистості з життєвими обставинами та визначають особливості її поведінки, когнітивної оцінки ситуації та способів реагування. Згідно з транзакційною моделлю стресу, психоемоційні реакції формуються як результат оцінки ситуації як загрозової чи ресурсно недостатньої, що безпосередньо впливає на стан благополуччя людини. Це визначає необхідність їхнього глибокого теоретичного осмислення.

У науковій літературі сформувалося кілька підходів до розуміння психоемоційних станів. З одного боку, вони трактуються як ситуативні емоційні реакції, пов'язані з актуальними впливами середовища, з іншого — як відносно стійкі характеристики психічної регуляції, що відображають індивідуальні особливості особистості. Окремі дослідження підкреслюють їхню багатокomпонентну структуру, яка включає афективний, когнітивний і поведінковий рівні, а також їхній зв'язок із такими конструктами, як стрес, тривожність, резилієнтність і копінг. Така теоретична різноманітність підходів свідчить про складність феномену та відсутність єдиної узгодженої концепції.

Постановка проблеми зумовлена тим, що, незважаючи на значний обсяг досліджень, у науковій літературі зберігається фрагментарність у трактуванні психоемоційних станів. Відсутність єдиного підходу до їх визначення, класифікації та структурної організації ускладнює порівняння результатів різних досліджень і обмежує можливості побудови цілісної теоретичної моделі. Крім того, більшість робіт або зосереджена на окремих станах (тривога, стрес,

депресія), або розглядає їх у вузьких контекстах, що не дозволяє виявити системні закономірності функціонування психоемоційної сфери.

Окремим аспектом проблеми є недостатня інтеграція різних рівнів аналізу психоемоційних станів – від психофізіологічного до соціально-психологічного. Хоча існують дослідження, які пов'язують психоемоційні стани з біологічними маркерами або поведінковими реакціями, вони не формують єдиної моделі, що враховує взаємодію внутрішніх і зовнішніх чинників. Це обмежує розуміння механізмів їх формування та динаміки.

Таким чином, наукова проблема полягає у необхідності системного осмислення психоемоційних станів як цілісного психологічного феномену, уточнення їхнього понятійного апарату, структури та функцій, а також у визначенні закономірностей їх формування і змін у різних умовах життєдіяльності. Розв'язання цієї проблеми є необхідною передумовою для подальших емпіричних досліджень і розробки ефективних підходів до психологічної діагностики та допомоги.

Якщо опиратися на актуальні українські та міжнародні емпіричні дослідження 2024–2026 років, психоемоційний спектр дорослого населення в Україні має чітко окреслену структуру. Це не один стан, а комплекс переживань, який формується під впливом тривалого стресу, невизначеності та травматичного досвіду.

Передусім домінуючим є стан хронічної тривоги. За даними репрезентативних досліджень, симптоми тривожності фіксуються у понад 60% дорослого населення, причому значна частина людей переживає тривогу щоденно. Йдеться не про ситуативну реакцію, а про стійкий фоновий стан, який пов'язаний із постійною загрозою, невизначеністю майбутнього та дефіцитом контролю над подіями. У клінічному вимірі це часто набуває форм генералізованої тривоги, підвищеної настороженості, очікування небезпеки.

Другий великий кластер – депресивні стани і апатія. За різними вибірками, від 20% до понад 50% населення демонструє симптоми депресії, а близько третини людей прямо вказують на стан постійної апатії. У психологічному змісті

це проявляється як емоційне виснаження, втрата інтересу, зниження енергії, відчуття безсилля. Важливо, що ці стани часто не досягають клінічного рівня, але формують субклінічну масову дезадаптацію.

Третя група – стани сильного та хронічного стресу. Понад половина дорослого населення переживає інтенсивний стрес, а 87% мали щонайменше одну значущу стресову подію за рік. Це формує феномен кумулятивної травматизації, коли психіка перебуває у тривалому режимі мобілізації. У частини людей це переходить у посттравматичні симптоми, поширеність яких сягає 15–40% залежно від вибірки .

Окремо варто виділити страх як базовий афект, що лежить під багатьма іншими станами. У дослідженнях він проявляється не лише як реакція на безпосередню загрозу, а як екзистенційний страх – за життя, близьких, майбутнє. Саме він лежить в основі тривоги, гіперконтролю, напруження та часто – агресивних реакцій.

Поряд із цим фіксуються переживання втрати, горя та екзистенційної дезорієнтації. Українське населення одночасно проживає декілька криз – втрат, міграцій, руйнування життєвих планів, що супроводжується почуттям смутку, безпорадності, внутрішньої нестабільності. Це формує специфічний фон «тривалої нестабільності», де люди функціонують, але без відчуття психологічної опори.

Також характерними є дратівливість і підвищена агресивність як вторинні реакції на хронічне напруження. У межах адаптаційної моделі це розглядається як фаза виснаження після тривалого стресу, коли ресурси регуляції знижуються, і поведінка стає більш імпульсивною.

Таким чином, сучасний психоемоційний стан дорослого населення України можна описати як поєднання хронічної тривоги, стресу, депресивних проявів, страху, втрати та емоційного виснаження. Це не окремі симптоми, а системна конфігурація, яка відображає життя в умовах пролонгованої небезпеки і невизначеності.

Депресія розглядається як тяжке психічне порушення, що чинить комплексний вплив на емоційну сферу, когнітивні процеси, поведінкові реакції та соматичний стан людини. У науковій літературі існує кілька підходів до пояснення її природи, зокрема психоаналітичний, когнітивний, біологічний, стресовий і соціальний.

Депресивний стан (від лат. *depressio* – пригнічення), за визначенням Самюеля Пфайфера, є афективним станом, для якого характерні негативний емоційний фон, зміни у мотиваційній сфері, когнітивних уявленнях і загальна поведінкова пасивність. На суб'єктивному рівні він проявляється переживанням пригніченості, смутку, відчаю, а також суттєвим зниженням потягів, мотивації та вольової активності (С. Пфайфер [25, с. 23]).

У межах психоаналітичного підходу, запропонованого Зигмундом Фрейдом, депресія інтерпретується як наслідок несвідомого внутрішнього конфлікту, що формується у зв'язку з переживанням втрати або емоційної депривації в дитинстві. Такий конфлікт зумовлює формування несвідомих поведінкових патернів, які підвищують вразливість до депресії у дорослому віці (А. Соляник [20, с. 53]).

Когнітивний підхід акцентує увагу на ролі дисфункційних мисленневих схем. Особи з депресією схильні до формування негативних уявлень про себе, навколишній світ і майбутнє, що веде до переживання безпорадності та безнадійності (J. Beck [49, с. 33]).

Представники біологічного напряму підкреслюють значення генетичних факторів, нейромедіаторного дисбалансу та гормональних змін. Генетична схильність може підвищувати ризик розвитку депресії, тоді як порушення у функціонуванні нейротрансмітерів безпосередньо впливає на емоційний стан і регуляцію настрою (Ю. Абрамов, Є. Грінченко [1, с. 530]).

Згідно з теорією стресу, тривала дія стресових чинників може провокувати розвиток депресії через зміни у фізіологічних механізмах і нейрохімічних процесах. Хронічний стрес супроводжується підвищеною продукцією гормонів,

що впливають на емоційну регуляцію (Ш. Сабо, К. Сабо, О. Заячківська [24, с. 45]).

Соціальна теорія розглядає депресію як результат впливу зовнішніх соціальних факторів, зокрема ізоляції, втрати значущих стосунків або досвіду дискримінації. Такі умови сприяють формуванню почуття самотності, безнадії та зниження самооцінки, що підвищує ризик розвитку депресивних станів (Л. Рем [23, с. 75]).

Інтегративний підхід об'єднує ці перспективи, розглядаючи депресію як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Такий підхід дозволяє більш повно пояснити складність цього феномену та врахувати багаторівневу природу його виникнення.

Депресія є багатофакторним психічним станом з різноманітними механізмами розвитку. Аналіз різних теоретичних моделей сприяє глибшому розумінню її природи та створює підґрунтя для вибору ефективних стратегій профілактики і корекції. Інтегративний підхід, що враховує комплексну взаємодію біологічних, психологічних і соціальних аспектів, вважається найбільш обґрунтованим у практиці роботи з депресивними станами [32, с. 178].

Депресивні стани істотно впливають на якість життя людини, її соціальне функціонування та професійну діяльність. У зв'язку з цим дослідження в цій сфері спрямовані на вивчення симптоматики, визначення факторів ризику та розробку ефективних підходів до психологічної допомоги і відновлення психічного благополуччя.

А. Корб у праці «У пастці депресії» розглядає депресію як поширене психічне порушення, що впливає на різні сфери життєдіяльності людини. Автор аналізує її крізь призму багатофакторності, підкреслюючи роль генетичних, біологічних і середовищних чинників як основних предикторів ризику. Особливу увагу він приділяє значенню своєчасного виявлення депресивних станів, а також їх профілактиці і корекції як способам попередження більш тяжких наслідків для психічного здоров'я (А. Корб [15, с. 133]).

М. Мюллер у книзі «Якщо ви пережили психотравмуючу подію» акцентує на зв'язку між травматичним досвідом і розвитком депресивної симптоматики. Автор показує, що пережиті психотравми можуть виступати тригером формування депресивних станів, а також описує підходи до психологічної допомоги, спрямовані на їх подолання і профілактику у осіб, які мають досвід травматизації (М. Мюллер [20, с. 18]).

О. Радченко у своїх дослідженнях звертається до теорії стресу Г. Сельє, розкриваючи її значення для розуміння механізмів виникнення депресії. Автор підкреслює, що тривалий стрес впливає на адаптаційні ресурси організму, поступово виснажуючи їх, що створює передумови для формування депресивних проявів. Такий підхід дозволяє розглядати депресію як результат порушення процесів адаптації (О. Радченко [22, с. 29]).

Л. Рем у своїй роботі «Депресія» аналізує як біологічні, так і психологічні механізми розвитку цього стану. У дослідженні також розглядаються різні підходи до корекції та профілактики, зокрема психотерапевтичні інтервенції, що спрямовані на стабілізацію емоційного стану та підвищення рівня функціонування особистості (Л. Рем [23, с. 60]).

Війна як фактор соціальної дезорганізації та тривалого стресу має значний вплив на психічне здоров'я населення і виступає одним із ключових чинників розвитку депресивних станів. Емпіричні дані свідчать, що як чоловіки, так і жінки можуть демонструвати депресивну симптоматику після переживання воєнних подій, при цьому її прояви варіюють залежно від соціокультурного контексту, гендерних особливостей і індивідуальних ресурсів.

Теорія стресу Г. Сельє дозволяє пояснити ці процеси через механізм виснаження адаптаційних резервів організму в умовах тривалого напруження. У такому контексті депресія розглядається як наслідок тривалого перевантаження систем регуляції. Сучасні українські дослідження, зокрема робота В. Станчишина (2022), підтверджують, що війна супроводжується широким спектром емоційних порушень, серед яких депресивні стани є одними з найбільш поширених. Це пов'язано як із безпосереднім впливом травматичних подій, так і

з тривалим переживанням невизначеності, втрат і страху перед майбутнім (В. Станчишин [27, с. 122]).

Аналіз підходів до моніторингу психічного здоров'я після військових подій, здійснений у дослідженні Ю. Абрамова та Є. Грінченка (2005), акцентує на ключовій ролі раннього виявлення, профілактики та корекції депресивних і пов'язаних із ними психічних порушень. Автори підкреслюють, що своєчасна діагностика і реагування на психологічні труднощі після війни істотно зменшують їхні наслідки та полегшують процес адаптації до змінених умов життя (Ю. Абрамов, Є. Грінченко [1, с. 530]).

У монографії О. Блінова (2016) розкрито психологічні особливості осіб, які пережили бойові дії. Автор зазначає, що бойова травма часто виступає фактором розвитку посттравматичного стресового розладу, депресії та інших форм психічної дезадаптації. Водночас наголошується на необхідності врахування індивідуально-психологічних характеристик при розробці програм психологічної підтримки, корекції та профілактики (О. Блінов [3, с. 246]).

Депресія як психічний стан привертає значну увагу дослідників через свою поширеність і соціальну значущість. За визначенням М. Варія ([4, с. 1007]), вона проявляється зниженим настроєм, втратою інтересу до діяльності, апатією, а також порушеннями сну і апетиту. У контексті війни цей стан набуває особливої актуальності, оскільки інтенсивні стресові впливи можуть як провокувати його виникнення, так і загострювати вже наявні симптоми. У працях М. Варія, М. Козяра та М. Коваля (2003) підкреслюється, що бойові дії мають виражений вплив на психіку людини, а посттравматичний стресовий розлад часто супроводжується депресивною симптоматикою (А. Корб [15, с. 133]).

Важливим чинником, який слід враховувати в умовах війни, є інформаційно-психологічний вплив. У статті М. Діденка та О. Зелінської (2022) розглядається роль пропаганди та дезінформації у формуванні психоемоційних реакцій населення. Автори доводять, що інформаційний тиск здатен посилювати тривожність і депресивні переживання, що обумовлює потребу у системній психологічній підтримці в умовах воєнного часу (М. Діденко [8, с. 211–214]).

Узагальнюючи підходи до вивчення психічних станів в екстремальних умовах, слід зазначити, що українські дослідники, зокрема О. Тімченко, акцентують на підвищеному ризику розвитку депресії, ПТСР та інших порушень у осіб, які пережили травматичні події війни. У їхніх роботах підкреслюється необхідність комплексного підходу до оцінки психоемоційного стану та організації психологічної допомоги (О. Тімченко, Ю. Широбоков [29, с. 42]).

Узагальнення наукових джерел дозволяє дійти висновку, що депресія є багатофакторним психічним станом, розвиток якого обумовлений поєднанням стресових впливів, психотравмуючого досвіду та соціальних чинників. Усвідомлення цих детермінант відкриває можливості для вдосконалення стратегій профілактики та психологічної корекції. Важливим є раннє виявлення депресивних проявів і застосування комплексних підходів допомоги, включно з психотерапією, що сприяє покращенню якості життя і психічного благополуччя осіб (М. Malliaro [34, с. 6]).

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, депресія належить до найбільш поширених психічних розладів у світі та становить серйозний виклик для системи громадського здоров'я. Станом на 2020 рік приблизно 280 мільйонів людей віком від 15 років і старше мали депресивні розлади, що свідчить про глобальний масштаб проблеми та необхідність комплексних підходів до її вирішення.

Водночас суттєву роль у формуванні депресії відіграють соціально-економічні чинники. Особи з низьким рівнем доходу, безробітні або ті, хто проживає в умовах підвищеної небезпеки, мають вищу ймовірність розвитку депресивних станів. Це пов'язано з обмеженим доступом до ресурсів, недостатнім рівнем соціальної підтримки та підвищеним рівнем стресового навантаження, що посилює психоемоційну вразливість.

Психологічні підходи до розуміння депресії акцентують увагу на ролі когнітивних, емоційних і поведінкових чинників, які можуть сприяти її формуванню. До таких належать дисфункційні переконання, знижена самооцінка, а також досвід переживання тривалих або інтенсивних стресових

ситуацій. У межах соціальних теорій підкреслюється значення зовнішніх умов, зокрема дефіциту соціальної підтримки та впливу травматичних подій, що підвищує вразливість до розвитку депресивних станів.

У вітчизняній та зарубіжній науковій літературі проблема депресії є однією з найбільш досліджуваних. Значна кількість робіт присвячена її поширеності, причинам виникнення, механізмам розвитку, діагностиці та підходам до лікування. Це зумовлено високою частотою цього психічного порушення та його вираженим впливом на якість життя, соціальне функціонування та професійну діяльність людини.

Депресія розглядається як результат взаємодії різних груп чинників – біологічних, психологічних і соціально-економічних. У межах цього дослідження особлива увага приділяється саме соціально-економічним детермінантам, які виступають важливим контекстом формування депресивних станів.

У наукових підходах до аналізу впливу соціально-економічних факторів можна виокремити два основні напрями. Перший зосереджується на структурних умовах, таких як рівень доходу, зайнятість і соціальна нерівність. Другий досліджує психосоціальні аспекти – соціальний стрес, дискримінацію, відчуття ізоляції та відчуження.

Структурні фактори, зокрема бідність, безробіття та соціальна нерівність, суттєво підвищують ризик розвитку депресії. Бідність асоціюється з хронічним стресом, обмеженим доступом до ресурсів і погіршенням фізичного здоров'я, що створює передумови для психоемоційної дезадаптації. Втрата роботи часто супроводжується переживанням невизначеності, безнадії та тривоги. Соціальна нерівність, у свою чергу, може викликати відчуття несправедливості та соціального виключення, що також сприяє формуванню депресивних станів (О. Кокун [13, с. 265]).

Психосоціальні чинники, такі як хронічний соціальний стрес, досвід дискримінації та відчуття відчуженості, також відіграють значну роль у розвитку депресії. Тривалий стрес здатен впливати на нейромедіаторні системи мозку, що

пов'язано з появою депресивної симптоматики. Дискримінація, незалежно від її підстав, супроводжується емоційним напруженням і зниженням самооцінки. Водночас соціальна ізоляція та розрив значущих зв'язків підсилюють переживання самотності та безнадійності (О. Кокун [13, с. 265]).

Важливо враховувати, що вплив соціально-економічних факторів є диференційованим залежно від соціально-демографічних характеристик. Зокрема, жінки частіше демонструють вищий рівень депресивних проявів порівняно з чоловіками, а люди старшого віку є більш вразливими до розвитку цього стану (О. Кокун [13, с. 265]).

У процесі історичного розвитку наукових уявлень про депресію відбувалася еволюція від переважно біологічних пояснень до інтеграції психосоціальних і нейробіологічних підходів. Ранні теорії XIX–XX століття зосереджувалися на ролі спадковості та біохімічних процесів, а також на психоаналітичному поясненні депресії як наслідку несвідомих конфліктів (Н. Eysenck, G. Wilson [37, с. 75]).

У другій половині XX століття акцент змістився на дослідження поведінкових і психосоціальних механізмів. Теорії, розроблені в межах когнітивного та соціального напрямів, зокрема підходи Мейснера, Коу та Селігмана, підкреслюють значення стресових впливів, соціального контексту та когнітивних схем у формуванні депресії. Поведінкові моделі розглядають цей стан як результат неадаптивних поведінкових стратегій, що підтримують і закріплюють депресивні прояви.

У сучасних наукових підходах до вивчення депресії провідне місце займає біопсихосоціальна модель, яка розглядає цей стан як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Значний внесок у розуміння механізмів депресії забезпечують нейробіологічні дослідження, спрямовані на вивчення нейромедіаторних систем, нейронних мереж і структур мозку (М. Корольчук [16, с. 400]).

Методологія дослідження депресії є комплексною і включає кілька взаємодоповнюючих напрямів. Клінічні дослідження зосереджені на питаннях

діагностики, симптоматики, класифікації та підходів до корекції і профілактики. Епідеміологічні підходи дозволяють аналізувати поширеність, етіологію та фактори ризику. Психологічні дослідження вивчають когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти, тоді як нейробіологічні методи, включаючи нейровізуалізацію, нейропсихологічне тестування і молекулярно-генетичні підходи, спрямовані на виявлення механізмів розвитку цього стану.

Теоретичний аналіз наукових джерел свідчить, що у вітчизняній традиції тривалий час домінував біомедичний підхід до розуміння депресії, який робив акцент переважно на фармакотерапії і меншою мірою враховував психосоціальні аспекти та психотерапевтичні інтервенції. Натомість сучасний етап характеризується розширенням психологічних підходів і впровадженням таких методів, як когнітивно-поведінкова терапія та арт-терапія. У зарубіжній науці біопсихосоціальна модель давно є домінуючою, а психосоціальні інтервенції, зокрема когнітивно-поведінкова та міжособистісна терапія, широко застосовуються у практиці. Паралельно відбувається активний розвиток нейробіологічних досліджень.

Депресія визначається як складний психічний розлад, що істотно впливає на якість життя і соціальне функціонування людини. Її дослідження охоплює як біологічні, так і психосоціальні аспекти, що обумовлено багатофакторною природою цього стану. Усвідомлення цієї багатовимірності створює підґрунтя для розробки більш ефективних стратегій корекції та профілактики.

У науковому дискурсі депресія аналізується з різних позицій. В українських дослідженнях значна увага приділяється психосоціальним детермінантам, таким як стрес, психотравма, сімейні конфлікти. Західні підходи більшою мірою акцентують на біологічних механізмах, включаючи генетичні фактори та нейрохімічні процеси. Така різноспрямованість підходів відображає складність феномену і потребу у комплексному його осмисленні.

Серед психотерапевтичних підходів найбільш поширеними є когнітивно-поведінкова терапія та міжособистісна терапія. Когнітивно-поведінковий підхід спрямований на зміну дисфункційних переконань і неадаптивних поведінкових

патернів, тоді як міжособистісна терапія фокусується на вирішенні конфліктів у стосунках і покращенні комунікативних стратегій. Емпіричні дослідження підтверджують ефективність цих підходів у зменшенні симптомів депресії та підвищенні якості життя пацієнтів (А. Веракіс [6, с. 415]).

Разом з тим, ефективність психотерапевтичних втручань може обмежуватися низкою чинників, серед яких недостатня мотивація клієнта, обмежений доступ до фахової допомоги та культурні особливості. У деяких соціокультурних контекстах стигматизація психічних розладів знижує готовність звертатися по допомогу. Крім того, культурні відмінності можуть зумовлювати використання альтернативних форм підтримки.

Поряд із традиційними психотерапевтичними підходами, досліджуються також додаткові методи впливу, зокрема фізична активність, медитативні практики та йога. Фізичні вправи сприяють вивільненню ендорфінів, що позитивно впливає на емоційний стан, тоді як медитація і йога допомагають знижувати рівень стресу і підвищувати здатність до саморегуляції.

Окрему увагу у дослідженнях приділено гендерним відмінностям у прояві депресії. Дані свідчать, що жінки мають вищу схильність до розвитку цього стану, а також демонструють специфічні особливості його перебігу. Врахування цих відмінностей є важливим для підвищення точності діагностики та ефективності психокорекційних заходів.

Отже, депресія є складним багатовимірним феноменом, що потребує інтегративного підходу до її вивчення та практичного впливу. Врахування біологічних, психологічних, соціальних і гендерних чинників дозволяє підвищити ефективність діагностики, корекції та профілактики цього стану і сприяє покращенню якості життя осіб, які з ним стикаються.

1.2. Особливості прояву негативних психоемоційних станів українців у час війни

Актуальність вивчення особливостей прояву негативних психоемоційних станів українців у час війни зумовлена тривалим характером воєнного впливу,

який трансформує не лише об'єктивні умови життя, а й внутрішню психічну організацію особистості. Війна виступає хронічним стресогенним фактором, що порушує базове відчуття безпеки, стабільності та передбачуваності, внаслідок чого формується специфічний спектр психоемоційних реакцій. На відміну від короткочасних кризових ситуацій, сучасний воєнний контекст характеризується пролонгованістю та кумулятивністю впливу, що обумовлює формування тривалих негативних станів, які інтегруються у повсякденне функціонування людини.

У науковому дискурсі фіксується зростання інтересу до проблеми психоемоційних станів населення в умовах війни, однак більшість досліджень зосереджується на окремих клінічних категоріях, таких як посттравматичний стресовий розлад, депресія або тривожні розлади. Водночас поза достатньою увагою залишаються субклінічні форми негативних психоемоційних станів, які не досягають рівня психічного розладу, але мають значний вплив на якість життя, ефективність діяльності та міжособистісну взаємодію. Саме ці стани формують масовий психологічний фон суспільства в умовах війни.

Особливої актуальності набуває дослідження специфіки прояву негативних психоемоційних станів саме серед дорослого населення, оскільки ця група одночасно виконує ключові соціальні ролі – професійні, сімейні, громадянські. Поєднання високого рівня відповідальності з умовами постійного стресу створює підвищене навантаження на психіку, що може проявлятися у формі хронічної тривоги, емоційного виснаження, дратівливості, агресії, апатії та інших станів, які впливають на здатність до ефективного функціонування.

Постановка проблеми полягає в тому, що у сучасній науковій літературі відсутній цілісний опис особливостей прояву негативних психоемоційних станів українців у контексті тривалої війни як системного феномену. Існуючі дослідження часто фрагментують цю проблематику, розглядаючи окремі симптоми або вузькі групи населення, що обмежує можливість розуміння загальних закономірностей і механізмів їх формування. Крім того, недостатньо

вивчено динаміку цих станів у часі та їхній взаємозв'язок із соціальними умовами, рівнем адаптації та індивідуально-психологічними характеристиками.

Таким чином, наукова проблема полягає у необхідності системного дослідження негативних психоемоційних станів українців у час війни, з урахуванням їхньої структури, інтенсивності, динаміки та детермінант. Розв'язання цієї проблеми є важливим як для розвитку теоретичних уявлень про функціонування психіки в екстремальних умовах, так і для розробки ефективних підходів до психологічної підтримки населення в умовах воєнного часу.

Реакції чоловіків і жінок на стрес, пов'язаний із війною, мають суттєві відмінності. Зокрема, чоловіки частіше демонструють емоційну стриманість або збіднення емоційних проявів, а також схильність до вживання алкоголю та психоактивних речовин як способу регуляції напруження. Для них характерна менша готовність вербалізувати власні переживання і визнавати труднощі з психічним здоров'ям, що ускладнює своєчасну діагностику і корекцію депресивних станів. Водночас у воєнний період фіксується підвищений ризик суїцидальної поведінки серед чоловіків порівняно з жінками (М. Варій [4, с. 621]).

Жінки також зазнають значного психоемоційного навантаження в умовах війни, однак характер їхніх реакцій має іншу специфіку. Вони частіше переживають тривожність, емоційну нестабільність, апатію, а також порушення сну. Депресивні прояви у жінок нерідко набувають соматизованих форм, зокрема у вигляді головного болю, болю в спині чи розладів травлення. Разом з тим жінки частіше звертаються по психологічну допомогу, що позитивно впливає на перебіг і прогноз відновлення.

Симптоматика депресії у чоловіків і жінок також має певні відмінності. У чоловіків вона частіше проявляється у вигляді втрати інтересу до раніше значущих занять, зниження працездатності, труднощів концентрації, змін апетиту і маси тіла, підвищеної дратівливості та суїцидальних думок. У жінок переважають переживання смутку, емоційного виснаження, зниження енергії,

порушення сну, труднощі прийняття рішень і також можливі думки про смерть або самогубство.

Підходи до корекції і профілактики депресії передбачають використання психотерапевтичних інтервенцій і групових форм підтримки. Зокрема, когнітивно-поведінкова терапія та травмофокусовані підходи спрямовані на зміну дисфункційних переконань і способів реагування на стрес. Групи підтримки створюють можливість для обміну досвідом і отримання емоційної підтримки від осіб із подібним досвідом (R. Srinivasa, R. Lakshminarayana [39, с. 33]).

Важливим компонентом профілактики є підтримання здорового способу життя, який включає регулярну фізичну активність, збалансоване харчування, достатній сон і обмеження вживання алкоголю та психоактивних речовин. Такі фактори сприяють стабілізації емоційного стану і знижують ризик розвитку депресії (О. Кокун [13, с. 173]).

У контексті війни чоловіки перебувають під впливом значної кількості ризиків, що можуть сприяти розвитку депресивних станів. До них належать психотравматичний досвід, пов'язаний із бойовими діями, втрата близьких, тривалий стрес і невизначеність майбутнього. Це підвищує ймовірність розвитку посттравматичного стресового розладу і депресії. Додатковими чинниками виступають соціальні втрати – безробіття, руйнування житла, розлука з родиною та соціальна ізоляція.

Особливістю чоловічої депресії є її менш очевидні форми прояву, що ускладнює розпізнавання. Часто вона маскується агресивною або імпульсивною поведінкою, а також вживанням психоактивних речовин як способом уникнення внутрішнього дистресу. Типовими симптомами залишаються втота, зниження інтересу, порушення сну та апетиту, труднощі концентрації і суїцидальні думки.

Ефективна діагностика і корекція депресії передбачає звернення до фахівців у сфері психічного здоров'я. Використовуються клінічні інтерв'ю, оцінка емоційного стану та стандартизовані психодіагностичні інструменти. У терапевтичній роботі застосовуються підходи, зокрема когнітивно-поведінкова

та міжособистісна терапія, які спрямовані на зміну негативних переконань і покращення якості соціальних взаємин (Л. Рем [23, с. 60]).

Зміна способу життя також відіграє важливу роль у подоланні депресивних станів. Регулярна фізична активність, раціональне харчування, повноцінний сон і відмова від зловживання алкоголем та психоактивними речовинами створюють додаткові ресурси для стабілізації психоемоційного стану та відновлення психологічної рівноваги.

Соціальна підтримка з боку родини та близького оточення є одним із ключових ресурсів у процесі корекції і профілактики депресивних станів. Емоційна включеність, розуміння і прийняття з боку значущих інших сприяють зниженню відчуття ізоляції, допомагають стабілізувати емоційний фон і підтримують здатність до подолання труднощів.

Таким чином, депресія у чоловіків формується під впливом комплексу чинників, серед яких особливу роль відіграють психотравматичний досвід і соціальні труднощі. Умови повномасштабної війни підсилюють ці впливи, створюючи додаткові ризики для психічного здоров'я.

Водночас у ситуації воєнного конфлікту підвищується вразливість і жінок, для яких характерні специфічні прояви депресивних станів, що відрізняються від чоловічих. Жіноча депресія частіше має виражений емоційний і соматичний компонент.

Серед основних проявів депресії у жінок виокремлюють підвищену тривожність, емоційну нестабільність і соматичні симптоми. Тривожність може проявлятися як постійне відчуття напруження, страх за себе і близьких, панічні реакції, порушення сну. Емоційна лабільність включає коливання настрою, дратівливість, схильність до плачу, переживання внутрішньої порожнечі, втрату інтересу до діяльності, апатію і безнадійність. Соматичні прояви можуть включати хронічну втому, зниження або втрату апетиту, зміни ваги, головний і м'язовий біль, порушення травлення, а також дисфункції менструального циклу (О. Кокун [13, с. 98]).

Крім цього, для жінок характерні переживання провини, сорому, безпорадності, а також наявність суїцидальних думок чи намірів. Формування депресивних станів у жінок обумовлюється взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників. До біологічних належать гормональні зміни та генетична схильність, до психологічних – травматичний досвід, сімейні конфлікти, знижена самооцінка, а до соціальних – дискримінація, економічна нестабільність і гендерна нерівність.

В умовах війни ризик розвитку депресії у жінок зростає через тривалий стрес, прояви посттравматичного стресового розладу і загальну нестабільність життєвого середовища. Втрата близьких, руйнування звичного укладу життя та зниження рівня безпеки виступають додатковими чинниками, що підсилюють депресивну симптоматику.

Профілактика і корекція депресії у жінок передбачає застосування психотерапевтичних підходів і змін у способі життя. До ефективних методів належать когнітивно-поведінкова, сімейна та міжособистісна терапія, які спрямовані на опрацювання емоційних труднощів і покращення якості міжособистісної взаємодії. Водночас регулярна фізична активність, раціональне харчування і стабільний режим сну можуть сприяти покращенню психоемоційного стану.

Війна чинить глибокий вплив на психіку населення, змінюючи звичні соціальні структури та гендерні ролі. Це супроводжується зростанням рівня тривоги, стресу, депресивних проявів і загального психоемоційного напруження.

У традиційній соціокультурній моделі чоловіки часто сприймаються як відповідальні за захист і матеріальне забезпечення сім'ї. У воєнних умовах ці очікування посилюються, оскільки вони пов'язані з участю у бойових діях, обороні або волонтерській діяльності. Водночас не всі чоловіки мають можливість або ресурс відповідати цим очікуванням, що створює внутрішній конфлікт і підвищує рівень психологічного напруження.

Додатковим фактором є економічна нестабільність, зокрема втрата роботи внаслідок руйнування економічних процесів, що підсилює переживання

невпевненості і тривоги. Непередбачуваність подій і постійна загроза безпеці формують відчуття втрати контролю над власним життям, що супроводжується переживанням безпорадності і посилює стресові реакції.

У жінок у період воєнних дій також фіксуються суттєві трансформації психоемоційного стану, пов'язані з розширенням функціонального навантаження. Вони часто поєднують декілька ролей – догляд за сім'єю, забезпечення матеріальних потреб, участь у волонтерській діяльності, що призводить до накопичення фізичного та емоційного виснаження внаслідок хронічного перевантаження (О. Наконечна [21, с. 4]).

Воєнний контекст посилює прояви гендерної нерівності, що може супроводжуватися зростанням випадків психологічного насильства щодо жінок і дівчат. Додатковим фактором є інтенсивне переживання загрози безпеці дітей, що підвищує рівень тривожності і може виступати тригером для розвитку тривожних і депресивних розладів.

Депресивні стани є поширеною реакцією серед осіб, які перебувають у ситуації війни. Вони можуть проявлятися через стійке зниження настрою, апатію, втрату інтересу до раніше значущої діяльності, порушення сну та апетиту, відчуття виснаження і безпорадності, а також появу суїцидальних думок. Депресія має не лише психологічні, а й значні медико-соціальні наслідки, включаючи підвищення ризику самогубства (М. Варій [4, с. 621]).

У зв'язку з цим особливої ваги набуває своєчасне надання психологічної допомоги. Психологічне консультування і психотерапія спрямовані на опрацювання травматичного досвіду, зниження рівня тривоги та відновлення здатності до саморегуляції. У практичній площині це передбачає використання структурованих інтервенцій, орієнтованих на стабілізацію емоційного стану та відновлення відчуття контролю.

Отже, вплив війни на психіку має системний характер і потребує комплексного підходу до організації допомоги, який враховує гендерні особливості перебігу психоемоційних реакцій та специфіку їх прояву.

Депресія як психічний розлад суттєво знижує якість життя і рівень функціонування особистості. В умовах повномасштабних воєнних конфліктів ризик її розвитку істотно зростає під впливом поєднання стресових і соціально-економічних чинників, зокрема травматичних подій, ізоляції, втрати ресурсів і дефіциту підтримки (О. Блінов [3, с. 246]).

Хронічний стрес, що супроводжує воєнні події, виступає потужним дестабілізуючим фактором, який виснажує адаптаційні ресурси. Переживання втрат, руйнування житла, постійна загроза обстрілів формують умови для поглиблення депресивної симптоматики. Соціальна ізоляція, яка часто виникає внаслідок переміщення або руйнування соціальних зв'язків, також підвищує вразливість до депресії. Економічні труднощі, зумовлені втратою роботи чи доходу, посилюють відчуття нестабільності і безперспективності.

Водночас соціальна підтримка і збереженість сімейних зв'язків виступають захисними факторами. Наявність значущих взаємин і доступ до допомоги з боку оточення знижують імовірність розвитку депресивних станів у контексті воєнного стресу, оскільки забезпечують емоційне підкріплення, інструментальну підтримку і відчуття включеності.

Особливістю гендерних відмінностей є те, що чоловіки рідше звертаються по психологічну допомогу, що частково обумовлено соціальними нормами, які пов'язують емоційну стриманість із маскуліністю. У зв'язку з цим депресивні прояви у чоловіків можуть маскуватися через поведінкові патерни уникнення, зокрема зловживання алкоголем або психоактивними речовинами, що ускладнює своєчасну діагностику і підвищує ризики суїцидальної поведінки.

У жінок депресивна симптоматика частіше має класичний афективний профіль і проявляється через переживання смутку, тривоги, безпорадності, зміни харчової поведінки і порушення сну. Водночас більша готовність до звернення по допомогу виступає фактором, що може позитивно впливати на прогноз і ефективність психотерапевтичних втручань.

Профілактика депресивних станів у контексті воєнних дій розглядається як один із базових напрямів збереження психічного здоров'я населення. Важливу

роль у цьому процесі відіграє підтримання соціальних зв'язків, що включає регулярну комунікацію з близькими, участь у групах взаємопідтримки та обмін досвідом переживання кризових ситуацій. Така взаємодія створює умови для емоційного розвантаження і знижує рівень ізоляції (D. Devoe [35, с. 20]).

У наукових дослідженнях також акцентується на гендерних відмінностях у переживанні депресії. Зокрема, за даними А. Веракіса та Ю. Завалевського, чоловіки частіше демонструють тенденцію до соматизації депресивних станів, тобто виражають психоемоційні труднощі через тілесні симптоми, тоді як жінки більш схильні до вербалізації власних переживань. Це має значення для діагностичного процесу і визначає специфіку психотерапевтичного втручання (А. Веракіс, Ю. Завалевський [6, с. 415]).

Епідеміологічні дані свідчать про більшу поширеність депресії серед жінок порівняно з чоловіками, приблизно у співвідношенні 2:1. Така різниця зумовлена комплексною взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників. Найбільш вразливим періодом є молодий дорослий вік, коли особа стикається з інтенсивними життєвими змінами та підвищеним рівнем стресу.

Фактори розвитку депресії мають багатовимірний характер. Біологічні механізми включають гормональні коливання, генетичну детермінованість і порушення нейромедіаторних систем. Психологічні чинники пов'язані з травматичним досвідом, зниженою самооцінкою і дисфункційними когнітивними схемами. Соціальні детермінанти охоплюють стресові умови, дискримінацію, економічні труднощі. При цьому реакції чоловіків і жінок на ці чинники мають відмінності. Жінки частіше зазнають травматизації, пов'язаної з насильством, що підвищує ризик депресії, тоді як чоловіки частіше стикаються з професійною нестабільністю і соціальним тиском, що також виступає значущим фактором ризику (Ю. Абрамов, Є. Грінченко [1, с. 530]).

Клінічні прояви депресії мають як спільні, так і диференційовані характеристики залежно від статі. У жінок частіше спостерігаються тривожність, почуття провини, порушення харчової поведінки, когнітивні труднощі, зниження інтересу до діяльності та суїцидальні ідеї. У чоловіків депресія частіше

супроводжується дратівливістю, виснаженням, зниженням лібідо, зловживанням психоактивними речовинами, ризикованою поведінкою і суїцидальними думками.

Важливим чинником, що опосередковує переживання депресії, є вплив гендерних стереотипів. Соціальні очікування щодо маскулінності передбачають емоційну стриманість і самостійне подолання труднощів, що може призводити до заперечення симптомів і відкладеного звернення по допомогу. Водночас стереотипізація жіночої емоційності може спричиняти недооцінювання тяжкості стану або його редукцію до менш значущих категорій, що впливає на точність діагностики і вибір терапевтичної стратегії (Т. Кириленко [12, с. 256]).

Отже, урахування комплексу чинників, що детермінують розвиток депресії, а також гендерної специфіки її перебігу є необхідною умовою побудови ефективних програм корекції і профілактики. Це дозволяє зменшити негативний вплив воєнного контексту на психічне здоров'я населення та підвищити рівень психологічної адаптації.

Війна як екстремальна ситуація виступає потужним стресогенним фактором, який впливає на психічне функціонування особистості. У цьому контексті значення набувають індивідуально-психологічні характеристики, що визначають особливості реагування на стрес. До таких належать психічна стійкість, оптимістичні очікування, емоційна гнучкість і наявність підтримувального соціального середовища, які можуть знижувати ризик розвитку депресивних станів і сприяти більш ефективному подоланню кризових переживань (R. Srinivasa and R. Lakshminarayana [39, с. 32]).

Психологічна стійкість розглядається як інтегративна особистісна характеристика, що забезпечує ефективну адаптацію до мінливих умов і підтримання емоційної регуляції у ситуаціях підвищеної напруженості. Особи з вираженими оптимістичними установками схильні інтерпретувати складні обставини як тимчасові, що підвищує їхню здатність до конструктивного подолання стресу. Емоційна гнучкість, у свою чергу, пов'язана зі здатністю варіювати інтенсивність і якість емоційних реакцій залежно від контексту, що є

важливим ресурсом у ситуаціях воєнного напруження. Значущим захисним фактором виступає також наявність підтримувального соціального середовища – сім'ї, друзів або референтної групи, що сприяє зниженню рівня стресу та підтримує психологічну стабільність.

Емпіричні дані свідчать про наявність гендерних відмінностей у способах реагування на стрес і формуванні депресивних проявів. Чоловіки частіше демонструють тенденцію до емоційного уникнення, заперечення власних переживань і компенсаторних форм поведінки, зокрема вживання алкоголю або інших психоактивних речовин, а також схильність до ризикованих дій. Жінки, натомість, більшою мірою орієнтовані на пошук емоційної підтримки, але водночас частіше переживають тривожні стани.

У воєнному контексті ці відмінності можуть посилюватися за рахунок специфічних соціальних очікувань і ролей. Чоловіки можуть переживати провину, пов'язану з неможливістю відповідати ролі захисника або з оцінкою власної участі у бойових діях. Жінки, своєю чергою, можуть відчувати провину за неможливість забезпечити дітям відчуття безпеки і стабільності, що підсилює внутрішнє напруження (М. Варій [4, с. 1007]).

Аналіз ролі особистісних характеристик у структурі психічного здоров'я в умовах війни спрямований на обґрунтування ефективних стратегій психосоціальної підтримки і профілактики депресивних станів. Урахування таких характеристик дозволяє своєчасно ідентифікувати групи підвищеного ризику та диференціювати підходи до надання допомоги.

Отже, в умовах воєнного стресу особистісні ресурси виступають ключовими детермінантами адаптації і подолання кризових переживань. Їх урахування створює підґрунтя для розроблення цілеспрямованих програм психосоціальної допомоги, орієнтованих на підтримання психічного здоров'я населення та оптимізацію процесів відновлення після травматичних подій.

Висновок до розділу 1.

Проведений теоретичний аналіз проблеми психоемоційних станів у контексті воєнних подій дозволяє констатувати, що сучасна наукова думка розглядає депресію та інші негативні психоемоційні стани в межах біопсихосоціальної парадигми, яка враховує взаємодію індивідуально-психологічних, біологічних і соціальних чинників. Умови війни істотно трансформують цю взаємодію, посилюючи дію стресогенних факторів і знижуючи адаптаційні ресурси особистості.

Встановлено, що психоемоційні стани населення в умовах війни характеризуються підвищеним рівнем тривожності, емоційного виснаження, депресивних проявів і порушень саморегуляції. Хронічний стрес, травматичний досвід, соціально-економічна нестабільність і руйнування звичних соціальних зв'язків виступають ключовими предикторами розвитку цих станів. Водночас наявність соціальної підтримки та збережених міжособистісних зв'язків виконує функцію захисного фактора.

Аналіз літератури засвідчує наявність виражених гендерних відмінностей у переживанні та прояві депресивних станів. Чоловіки частіше демонструють тенденцію до зовнішньої поведінкової реакції, включаючи агресію, ризиковану поведінку та зловживання психоактивними речовинами, а також мають нижчу готовність до звернення по психологічну допомогу. Жінки, своєю чергою, більш схильні до інтеріоризованих форм реагування, що проявляються у вигляді тривоги, емоційної лабільності, соматизації та підвищеної чутливості до стресу.

Виявлено, що гендерні ролі та соціокультурні очікування виступають значущим медіатором психоемоційних реакцій, визначаючи як спосіб переживання стресу, так і моделі звернення по допомогу. У воєнних умовах ці ролі посилюються, що призводить до додаткового психологічного навантаження і формування специфічних внутрішніх конфліктів.

Особливе значення у процесі адаптації до воєнного стресу мають особистісні ресурси, зокрема психологічна стійкість, оптимістичні когнітивні установки, емоційна гнучкість і здатність до підтримання соціальних зв'язків.

Високий рівень цих характеристик асоціюється з кращою регуляцією емоційного стану та зниженням ризику розвитку депресивних розладів.

Отже, результати теоретичного аналізу підтверджують необхідність комплексного підходу до вивчення та подолання негативних психоемоційних станів у населення в умовах війни. Такий підхід має враховувати поєднання стресогенних чинників, гендерної специфіки їх прояву та роль особистісних ресурсів, що створює основу для розроблення ефективних програм психосоціальної підтримки і профілактики психічних порушень.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ДОРΟΣЛИХ ОСІБ В УКРАЇНІ

2.1. Обґрунтування дослідницького інструментарію

Емпіричне дослідження здійснювалося в умовах повномасштабної військової агресії проти України, починаючи з 01.03.2024 року. У дослідженні взяли участь респонденти віком від 18 до 60 років і старше.

Загальна вибірка включала 50 осіб, з яких 27 становили чоловіки та 23 – жінки.

Збір емпіричних даних проводився із застосуванням онлайн-інструменту Google Forms, що забезпечило зручність організації опитування та подальшої обробки результатів. Частина учасників виявляла виражену зацікавленість у результатах дослідження, що свідчило про наявність внутрішньої мотивації до самопізнання, зокрема щодо рівня депресивних проявів і стресової вразливості в умовах воєнного стану. Така зацікавленість була пов'язана з власним переживанням негативного психологічного впливу, що виник з початку повномасштабного вторгнення.

У межах емпіричного дослідження застосовувався комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на виявлення особливостей психоемоційного стану респондентів.

1. Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI) є стандартизованим психодіагностичним інструментом, розробленим Aaron T. Beck для кількісної оцінки вираженості депресивної симптоматики. Вона широко застосовується у клінічній та дослідницькій практиці як валідний і надійний метод скринінгу та моніторингу депресивних станів.

Методика базується на когнітивній моделі депресії, відповідно до якої ключову роль у формуванні та підтриманні депресивних станів відіграють дисфункційні когнітивні установки, негативні автоматичні думки та спотворене сприйняття себе, світу і майбутнього. Структура шкали відображає ці

компоненти через оцінку афективних, когнітивних, мотиваційних і соматичних проявів депресії.

Класична версія інструменту, BDI-II, містить 21 пункт, кожен із яких представляє окремий симптом або групу симптомів депресії, зокрема пригнічений настрій, песимізм, почуття провини, самознецінення, суїцидальні думки, втомлюваність, порушення сну та апетиту. Кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою від 0 до 3 балів відповідно до інтенсивності прояву симптомів за останні два тижні.

Загальний бал формується шляхом сумування відповідей і може варіюватися від 0 до 63. Інтерпретація результатів здійснюється за такими орієнтовними діапазонами: 0–13 балів – відсутність або мінімальні прояви депресії, 14–19 – легкий рівень, 20–28 – помірний рівень, 29–63 – виражений депресивний стан. Ці порогові значення можуть незначно варіювати залежно від адаптації інструменту та дослідницького контексту.

Методика характеризується високими показниками внутрішньої узгодженості (Cronbach's α зазвичай перевищує 0,85) та достатньою конструктною і критеріальною валідністю, що підтверджено численними міжнародними дослідженнями. Вона чутлива до змін у психоемоційному стані, що дозволяє використовувати її для оцінки ефективності психотерапевтичних та психофармакологічних втручань.

У контексті емпіричного дослідження шкала депресії Бека дозволяє отримати об'єктивізовану оцінку рівня депресивних проявів у респондентів, виявити групи підвищеного ризику та проаналізувати зв'язок депресії з іншими психоемоційними характеристиками, зокрема стресостійкістю та особистісними ресурсами.

2. Шкала стресостійкості Коннора–Девідсона (Connor–Davidson Resilience Scale, CD-RISC) у скороченій версії CD-RISC-10 є валідизованим психодіагностичним інструментом для оцінки рівня психологічної стійкості як здатності особистості ефективно адаптуватися до стресових і травматичних впливів. Методика була розроблена Kathryn M. Connor та Jonathan R. T. Davidson

і отримала широке застосування в клінічній, консультативній і науково-дослідній практиці.

Концептуально шкала ґрунтується на уявленні про стійкість як динамічну систему психологічних ресурсів, що забезпечують регуляцію емоційних станів, збереження цілеспрямованості, здатність до відновлення після труднощів і підтримання адаптивного функціонування в умовах невизначеності. CD-RISC-10 є короткою формою оригінальної 25-пунктної шкали і зосереджена на ключових аспектах резильєнтності.

Методика включає 10 тверджень, які відображають такі компоненти, як здатність витримувати стрес, гнучкість у зміні поведінкових стратегій, почуття контролю над ситуацією, віра у власні сили, наполегливість у досягненні цілей та здатність до відновлення після негативного досвіду. Респонденти оцінюють кожне твердження за 5-бальною шкалою Лайкерта від 0 до 4, де 0 означає «зовсім не відповідає», а 4 – «майже завжди відповідає моєму стану».

Сумарний бал варіює в межах від 0 до 40 і відображає загальний рівень стресостійкості: вищі значення інтерпретуються як більший рівень психологічної стійкості та краща здатність до адаптації в складних умовах. Шкала не має жорстко фіксованих клінічних порогів, однак дозволяє здійснювати порівняльний аналіз між групами та відслідковувати динаміку змін у процесі психологічного втручання.

CD-RISC-10 характеризується високими психометричними показниками. У різних вибірках коефіцієнт внутрішньої узгодженості зазвичай становить $\alpha = 0,80-0,90$, що свідчить про надійність інструменту. Конструктна валідність підтверджується зв'язками зі шкалами тривоги, депресії та посттравматичного стресу, а також показниками благополуччя і адаптації.

У межах емпіричного дослідження застосування CD-RISC-10 дозволяє оцінити рівень індивідуальної стресостійкості респондентів, виявити ресурси психологічної адаптації та встановити взаємозв'язки між стійкістю і вираженістю депресивних або тривожних проявів у контексті переживання воєнного стресу.

3. Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» є адаптованим варіантом методики, розробленої Hans Jürgen Eysenck, і використовується для комплексної оцінки актуальних психоемоційних станів особистості. Інструмент широко застосовується у прикладних психологічних дослідженнях та практиці консультування як засіб первинної діагностики дезадаптивних емоційних реакцій.

Методика ґрунтується на уявленні про взаємозв'язок базових емоційних станів і поведінкових реакцій, що формують індивідуальний стиль реагування на стресові ситуації. Вона дозволяє оцінити чотири ключові параметри: рівень тривожності як індикатор внутрішньої напруженості та очікування загрози; фрустрацію як реакцію на перешкоди у досягненні значущих цілей; агресивність як схильність до ворожих або імпульсивних поведінкових проявів; ригідність як ступінь психічної інертності та труднощів у зміні поведінкових стратегій.

Опитувальник складається з серії тверджень, що описують різні аспекти емоційного та поведінкового реагування. Респондент оцінює ступінь їх відповідності власному стану, зазвичай у форматі бінарних відповідей або за шкалою типу Лайкерта залежно від варіанту адаптації. Обробка результатів передбачає підрахунок балів за кожною з чотирьох шкал із подальшою інтерпретацією рівня вираженості відповідних станів.

Інтерпретація результатів здійснюється диференційовано. Високі показники тривожності свідчать про підвищену емоційну напруженість, схильність до переживання невизначеності та очікування негативних подій. Підвищений рівень фрустрації вказує на зниження толерантності до перешкод і ризик дезорганізації поведінки у складних ситуаціях. Високі значення за шкалою агресивності можуть відображати імпульсивність, дратівливість і схильність до конфліктних реакцій. Ригідність проявляється у труднощах адаптації до нових умов, негнучкості мислення та поведінки.

Методика має достатні психометричні характеристики для використання в дослідницьких цілях. Її валідність підтверджується узгодженістю з іншими інструментами, що вимірюють тривожність, агресивність і емоційну

нестабільність, а також чутливістю до змін психоемоційного стану під впливом стресових факторів.

У межах емпіричного дослідження застосування даного опитувальника дозволяє комплексно оцінити структуру психоемоційних станів респондентів, виявити домінуючі реакції на стрес та проаналізувати їх взаємозв'язок із рівнем депресивних проявів і стресостійкістю в умовах воєнного контексту.

4. Тест-опитувальник Г. Айзенка – Eysenck Personality Inventory (EPI) є стандартизованим інструментом для оцінки базових параметрів особистості, розробленим Hans Jürgen Eysenck у межах його факторно-аналітичної теорії особистості. Методика широко використовується в наукових дослідженнях і практиці психологічної діагностики для визначення індивідуальних особливостей емоційної регуляції та поведінкового стилю.

Концептуально EPI ґрунтується на двох основних вимірах особистості – екстраверсії–інтроверсії та нейротизму. Екстраверсія відображає спрямованість особистості на зовнішній світ, соціальну активність, потребу у взаємодії, тоді як інтроверсія пов'язана з орієнтацією на внутрішній досвід, стриманістю та зниженим рівнем соціальної стимуляції. Нейротизм характеризує рівень емоційної стабільності, схильність до тривожності, емоційної реактивності та нестійкості.

Структурно опитувальник складається з 57 тверджень, на які респондент відповідає у форматі «так» або «ні». До складу методики входять три шкали: шкала екстраверсії–інтроверсії, шкала нейротизму та шкала «брехні» (L-шкала), що дозволяє оцінити ступінь соціальної бажаності відповідей і контролювати достовірність отриманих результатів.

Обробка результатів передбачає підрахунок балів за кожною шкалою з подальшою інтерпретацією. Високі показники за шкалою екстраверсії вказують на відкритість, комунікативність, імпульсивність і прагнення до стимуляції, тоді як низькі значення свідчать про інтровертованість, стриманість і орієнтацію на внутрішній світ. Високий рівень нейротизму пов'язаний із підвищеною емоційною лабільністю, тривожністю, схильністю до негативних афективних

станів, тоді як низькі значення характеризують емоційну стабільність і стійкість до стресу.

Психометричні характеристики методики підтверджують її надійність і валідність у різних вибірках. Внутрішня узгодженість шкал зазвичай знаходиться у межах $\alpha = 0,70-0,85$, а факторна структура відповідає теоретичній моделі особистості Айзенка. Наявність шкали контролю достовірності підвищує точність інтерпретації результатів.

У межах емпіричного дослідження використання ЕРІ дозволяє визначити індивідуально-психологічні особливості респондентів, зокрема рівень емоційної стабільності та спрямованість особистості, а також проаналізувати їх взаємозв'язок із проявами депресії, тривожності та стресостійкістю в умовах воєнного стресу. Це створює можливість більш диференційованого підходу до інтерпретації отриманих даних і подальшого планування психокорекційних заходів.

2.2. Аналіз результатів дослідження

Ми проаналізували дані методики Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI) та можемо представити результати на рис. 2.1. За результатами опитування в жіночій групі зафіксовано наявність більш виражених депресивних проявів: помірний рівень депресії виявлено у 1 особи (4,3%), а важкий рівень – також у 1 особи (4,3%). У чоловічій вибірці помірна депресія діагностована у 1 респондента (3,7%), при цьому випадків важкої депресії не зафіксовано.

Водночас серед чоловіків переважають низькі рівні депресивних проявів: відсутність депресії встановлено у 16 осіб (59,3%), легкий рівень – у 10 осіб (37,04%). У жіночій групі ці показники нижчі щодо відсутності депресії – 10 осіб (43,38%), але дещо вищі для легкого рівня – 11 осіб (47,83%).

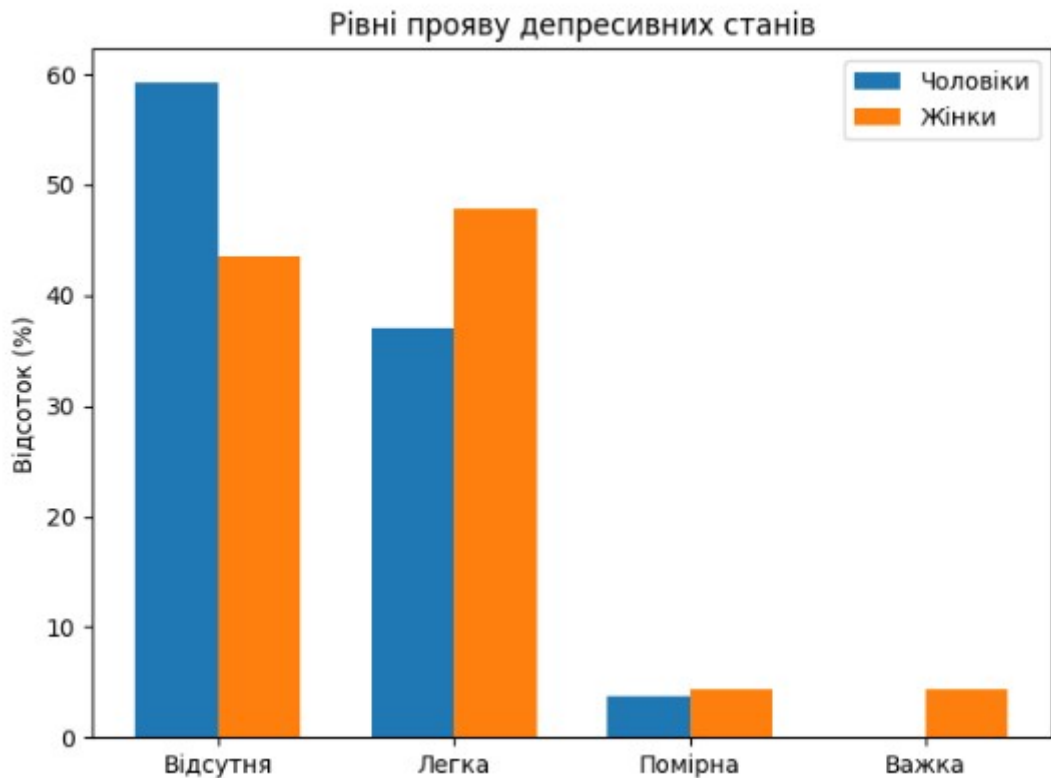


Рис. 2.1. Рівні прояву депресивних станів за шкалою депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI)

Отримані результати демонструють наявність певних відмінностей у рівнях депресивних проявів серед чоловіків і жінок. Хоча в обох групах фіксується присутність депресивних станів різного ступеня вираженості, у жіночій вибірці цей показник є дещо вищим. Таку тенденцію доцільно розглядати у контексті впливу комплексу соціальних, культурних і психологічних факторів, що детермінують стан психічного здоров'я.

Жінки можуть виявляти більшу вразливість до депресивних станів у зв'язку з підвищеним рівнем хронічного стресу, зумовленого поєднанням соціальних ролей і очікувань. Зокрема, поєднання професійної зайнятості з виконанням значного обсягу сімейних обов'язків формує додаткове навантаження, що може виснажувати психічні ресурси та сприяти розвитку депресивних реакцій. Крім того, більша відкритість у вираженні емоцій і готовність вербалізувати внутрішні переживання можуть впливати на вищу виявлюваність депресивної симптоматики у жінок.

У чоловіків, навпаки, наявні соціальні норми і очікування можуть обмежувати відкритість щодо власного емоційного стану та знижувати готовність звертатися по психологічну допомогу. Це частково пояснює вищу частку випадків відсутності або легких форм депресії у чоловічій вибірці. Орієнтація на традиційні уявлення про маскулінність може сприяти пригніченню емоційних реакцій і уникненню обговорення психологічних труднощів, що створює ризик недооцінки реального рівня депресивних станів.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості їх використання для розроблення диференційованих програм психологічної підтримки, орієнтованих на специфіку різних соціальних груп. Зокрема, актуальним є створення інтервенцій, спрямованих на зниження рівня стресу і підтримку психічного здоров'я жінок з урахуванням їхніх рольових навантажень. Такий підхід може сприяти зменшенню вираженості депресивних проявів і підвищенню загального рівня психологічного благополуччя.

Для жінок доцільними є програми розвитку навичок саморегуляції та стресостійкості. Це можуть бути тренінгові формати, спрямовані на управління стресом, практики релаксації, включаючи медитацію і тілесно-орієнтовані підходи, а також організація груп підтримки, що створюють безпечний простір для обміну досвідом і отримання емоційної підтримки. Такі інтервенції сприяють зниженню рівня емоційного напруження та покращенню психічного стану.

Для чоловіків важливим напрямом є формування умов, що стимулюють відкритість у вираженні емоцій і підвищують готовність до звернення по допомогу. Це можуть бути освітні та просвітницькі заходи, спрямовані на зниження стигматизації психічних труднощів, а також створення середовищ, у яких чоловіки можуть безпечно обговорювати власні переживання без ризику соціального осуду. Подібні підходи сприятимуть ранньому виявленню депресивних станів і підвищенню ефективності допомоги.

Результати дослідження мають значення і для фахівців у сфері психічного здоров'я. Усвідомлення того, що жінки демонструють більшу схильність до депресивних проявів, дозволяє більш точно планувати психотерапевтичні

інтервенції з урахуванням специфіки їхніх переживань. Водночас важливо розробляти підходи, що активізують залучення чоловіків до процесу обговорення власного психічного стану та отримання професійної підтримки.

Загалом отримані дані підкреслюють необхідність урахування гендерного чинника у психологічних дослідженнях і практиці. Вони свідчать про те, що особливості емоційного реагування та психічного функціонування значною мірою залежать від поєднання біопсихосоціальних і соціокультурних детермінант. Відповідно, психотерапевтичні та профілактичні програми мають бути адаптовані до цих відмінностей для підвищення їх ефективності.

У цілому результати можуть слугувати теоретичною і емпіричною основою для подальших досліджень, спрямованих на вивчення впливу гендерних і соціокультурних факторів на розвиток депресивних та інших психічних станів. Це відкриває можливості для створення більш адресних і ефективних моделей психологічної допомоги, орієнтованих на різні групи населення та специфіку їх життєвого контексту.

Наступні результати за методикою Коннора-Девідсона ми зобразили на рис. 2.2.

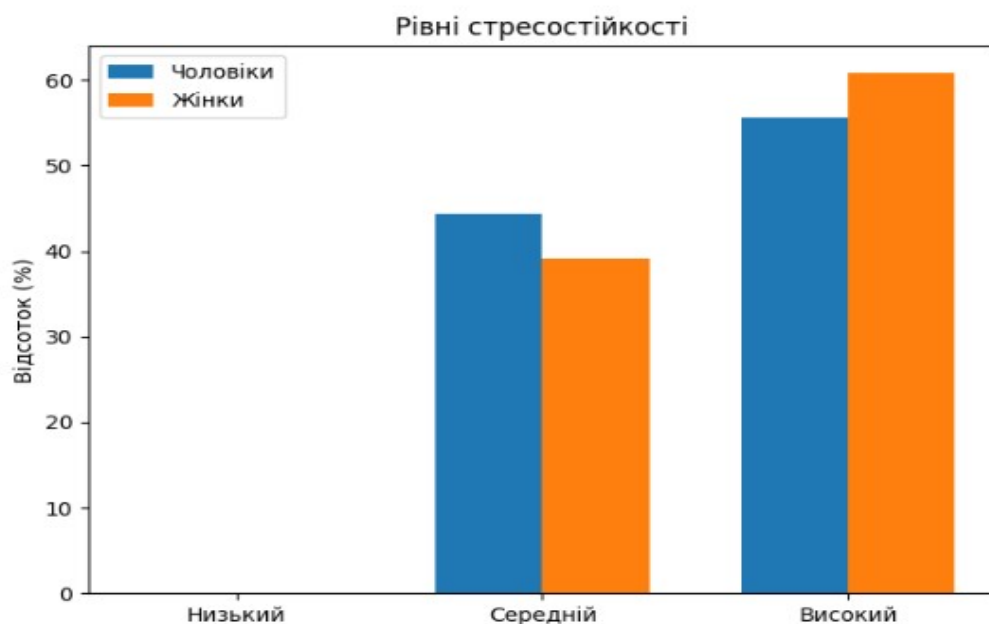


Рис. 2.2. Рівень стресостійкості за методикою Коннора-Девідсона

Отримані результати демонструють, що серед жінок частіше фіксується високий рівень стресостійкості – 60,9%, тоді як у чоловіків цей показник

становить 55,6%. Показники середнього рівня розподілилися наступним чином: 44,4% у чоловічій вибірці та 39,1% у жіночій. Водночас у жодного з учасників дослідження не було зафіксовано низького рівня стресостійкості.

Аналіз цих даних дає підстави стверджувати, що в умовах повномасштабного вторгнення росії в Україну представники обох статей були змушені мобілізувати внутрішні ресурси та адаптуватися до нових життєвих обставин, що супроводжувалося підвищенням рівня стресостійкості. При цьому у жінок простежується дещо вища частка високого рівня цієї якості, що може вказувати на більш ефективні механізми адаптації до психотравмуючих умов і здатність до подолання труднощів. Середні показники в обох групах залишаються відносно помірними, однак відсутність низького рівня стресостійкості свідчить про загалом достатній адаптаційний потенціал вибірки.

Такі результати доцільно розглядати у контексті широкомасштабної кризи, пов'язаної з військовими подіями. Ситуація тривалого стресу та невизначеності стимулює активізацію адаптаційних механізмів незалежно від статі, змушуючи осіб шукати ефективні стратегії подолання труднощів, трансформувати поведінкові патерни та переглядати способи організації повсякденного життя.

Вищий рівень стресостійкості серед жінок може бути пов'язаний із більш розвиненими навичками емоційної регуляції та використанням соціально орієнтованих копінг-стратегій. Зокрема, активніше залучення до мереж соціальної підтримки, підтримка міжособистісних зв'язків та обмін переживаннями з близькими можуть виступати важливими ресурсами зниження напруження та стабілізації емоційного стану.

Чоловіки, своєю чергою, частіше орієнтуються на інструментальні способи подолання стресу, зосереджуючись на вирішенні конкретних завдань і контролі ситуації. Їхня здатність до швидкого прийняття рішень у критичних умовах та прагнення до дії можуть підтримувати стабільність функціонування навіть у складних обставинах. Разом із тим, відсутність низького рівня стресостійкості у вибірці як чоловіків, так і жінок, свідчить про високий загальний рівень адаптивності в умовах екстремального середовища.

Важливу роль у формуванні таких показників відіграють і соціокультурні чинники. Для українського суспільства характерні виражені практики взаємопідтримки, солідарності та колективної взаємодії, які особливо посилюються в періоди криз. Культура взаємодопомоги та орієнтація на спільне подолання труднощів сприяють підвищенню психологічної витривалості населення.

У цьому контексті вивчення рівнів стресостійкості в різних соціальних групах має прикладне значення для розробки цільових програм психологічної підтримки. Такі програми можуть включати тренінги з розвитку навичок управління стресом, формування емоційної саморегуляції, а також створення та підтримку груп взаємодопомоги.

Ключовим принципом ефективності таких втручань має бути диференційований підхід, який враховує специфіку переживання стресу чоловіками та жінками. Для жінок доцільними можуть бути інтервенції, спрямовані на посилення емоційної стійкості та соціальної підтримки, тоді як для чоловіків – програми розвитку навичок практичного вирішення проблем і прийняття рішень у стресових ситуаціях.

Окрім прикладного рівня, отримані результати мають значення і для формування державної політики у сфері психічного здоров'я. Усвідомлення особливостей реагування різних груп населення на стресові чинники дає змогу розробляти більш ефективні стратегії підтримки, профілактики та реабілітації, що враховують як статеві, так і соціокультурні детермінанти.

Таким чином, результати дослідження підкреслюють необхідність урахування статевих відмінностей у науковому аналізі психоемоційних процесів і практичній діяльності фахівців. Емоційні реакції та адаптаційні механізми формуються під впливом як біологічних, так і соціокультурних чинників, що обумовлює потребу в адаптації психологічних інтервенцій до специфіки різних груп населення.

У перспективі ці дані можуть слугувати підґрунтям для подальших досліджень, спрямованих на більш глибоке розуміння взаємодії статевих і

соціокультурних факторів у формуванні психологічної стійкості та поведінкових реакцій. Це, у свою чергу, дозволить розробити більш ефективні програми психосоціальної підтримки, що сприятимуть підвищенню рівня психічного благополуччя та якості життя населення в умовах тривалих кризових впливів.

На основі результатів методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований результат Г. Айзенка) ми представимо результати на рис. 2.3.

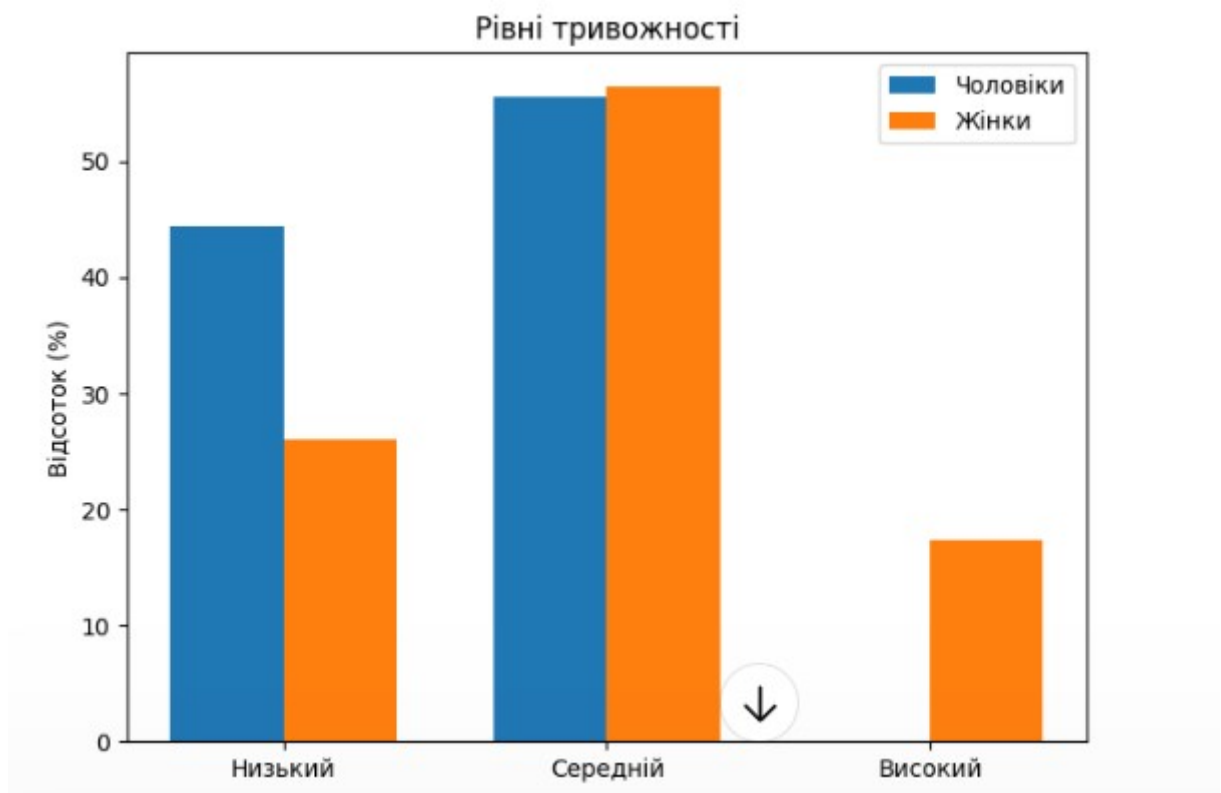


Рис. 2.3. Рівні тривожності за методикою «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований результат Г. Айзенка)

Отримані емпіричні дані за шкалами тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності засвідчили диференційований розподіл показників у групах чоловіків і жінок.

У чоловічій вибірці за шкалою тривожності низький рівень зафіксовано у 12 осіб (44,4%), середній – у 15 осіб (55,6%), при цьому високі значення відсутні. Аналогічна тенденція спостерігається і за шкалою фрустрації: 12 осіб (44,4%) мають низький рівень, 15 осіб (55,6%) – середній, високий рівень не виявлений. За показниками агресивності низький рівень встановлено у 7 осіб (25,9%),

середній – у 18 осіб (66,7%), високий – у 2 осіб (7,4%). Щодо ригідності, 12 чоловіків (44,4%) характеризуються низьким рівнем, 15 осіб (55,6%) – середнім, тоді як високі показники відсутні.

У групі жінок за шкалою тривожності низький рівень виявлено у 6 осіб (26,1%), середній – у 13 осіб (56,5%), високий – у 4 осіб (17,4%). За шкалою фрустрації 8 жінок (34,8%) демонструють низький рівень, 13 осіб (56,5%) – середній, 2 особи (8,7%) – високий. Аналіз агресивності показав, що 10 жінок (43,5%) мають низький рівень, 12 осіб (52,2%) – середній, 1 особа (4,3%) – високий. За шкалою ригідності 7 жінок (30,4%) характеризуються низьким рівнем, 14 осіб (60,9%) – середнім, 2 особи (8,7%) – високим.

Порівняльний аналіз свідчить про наявність певних відмінностей між групами. Зокрема, у чоловіків частіше фіксується низький рівень тривожності та фрустрації, тоді як у жінок більш поширеними є середні та підвищені значення цих показників. Така тенденція може відображати відмінності у способах переживання стресу та його усвідомлення.

Щодо агресивності, домінуючим у обох групах є середній рівень, однак у жінок більша частка осіб із низькими показниками (43,5% проти 25,9% у чоловіків), що може вказувати на менш інтенсивні агресивні реакції. Водночас високий рівень агресивності присутній у представників обох груп, але його частка є меншою серед жінок (4,3% порівняно з 7,4% у чоловіків), що може свідчити про більш виражений контроль імпульсивних реакцій.

Загалом отримані результати відображають специфіку психоемоційного реагування чоловіків і жінок у стресових умовах, що проявляється у різному співвідношенні рівнів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності і має враховуватися при інтерпретації даних та плануванні психологічних інтервенцій.

Аналіз показників ригідності засвідчує, що як у чоловічій, так і в жіночій вибірці домінує середній рівень цієї характеристики, який охоплює понад половину респондентів. Водночас у жінок частіше фіксуються високі значення ригідності, що може відображати більшу схильність до стабільних когнітивних схем і меншої варіативності поведінкових реакцій. Така тенденція може бути

пов'язана з впливом соціально закріплених рольових очікувань, які орієнтують жінок на дотримання усталених норм і регуляторних моделей поведінки, що, своєю чергою, обмежує гнучкість у змінних умовах.

Отримані результати вказують на необхідність диференційованого підходу до побудови психологічних інтервенцій для чоловіків і жінок. Зокрема, для чоловіків, у яких частіше виявляються вищі рівні агресивності, доцільними є програми, спрямовані на розвиток навичок саморегуляції, контролю імпульсивних реакцій та управління агресивними тенденціями. Для жінок, які більшою мірою демонструють підвищені показники тривожності та ригідності, ефективними можуть бути інтервенції, орієнтовані на зниження психоемоційного напруження, розвиток впевненості та розширення репертуару адаптивних стратегій.

Узагальнення результатів підкреслює значущість урахування статевих відмінностей у дослідженні психоемоційних станів і в практичній роботі з ними. Емоційні та поведінкові реакції значною мірою детермінуються як біологічними, так і соціокультурними чинниками, що зумовлює необхідність адаптації психологічних програм підтримки до специфіки різних груп.

У цьому контексті психологічні інтервенції доцільно розглядати не лише як засіб редукції тривожності чи агресивності, але і як інструмент розвитку загальної психологічної гнучкості та адаптивності. Для чоловіків, які можуть демонструвати достатній рівень стійкості, але обмежену варіативність у поведінкових стратегіях, актуальними є підходи, спрямовані на розвиток емоційної компетентності та здатності до адаптації в нових умовах. Для жінок більш релевантними є методи, що поєднують роботу зі зниженням тривожності та розширенням поведінкової гнучкості.

Окрему увагу слід приділити застосуванню результатів у роботі з різними віковими групами, зокрема дорослими та людьми старшого віку, які можуть перебувати під впливом додаткових стресогенних факторів – змін соціальних ролей, стану здоров'я, життєвих обставин. У таких випадках програми,

орієнтовані на підвищення адаптивності та зниження ригідності, набувають особливої значущості.

Соціокультурний контекст виступає ключовим фактором у поясненні виявлених закономірностей. Нормативні очікування щодо поведінки чоловіків і жінок, притаманні конкретному суспільству, формують специфіку їхніх емоційних і поведінкових реакцій. Зокрема, у більш традиційних соціальних середовищах жінки можуть відчувати підвищений тиск щодо відповідності соціальним ролям, що впливає на рівень їхньої тривожності та ригідності.

Таким чином, результати дослідження створюють підґрунтя для подальшого поглибленого вивчення впливу статевих і соціокультурних чинників на психоемоційні характеристики та поведінкові патерни. Це дозволяє формувати більш точні й ефективні програми психологічної підтримки, адаптовані до специфіки різних груп населення, що в перспективі сприятиме підвищенню рівня психологічного благополуччя та якості життя.

Отже, отримані емпіричні дані підтверджують наявність виражених статевих відмінностей у проявах тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, що потребує їх обов'язкового врахування як у науковому аналізі, так і в практичній психологічній діяльності. Це відкриває можливості для більш точного розуміння психоемоційних процесів і побудови адресних інтервенцій, орієнтованих на реальні потреби чоловіків і жінок.

Наступні результати теста-опитувальника Айзенка ми представляємо на рис.2.4.

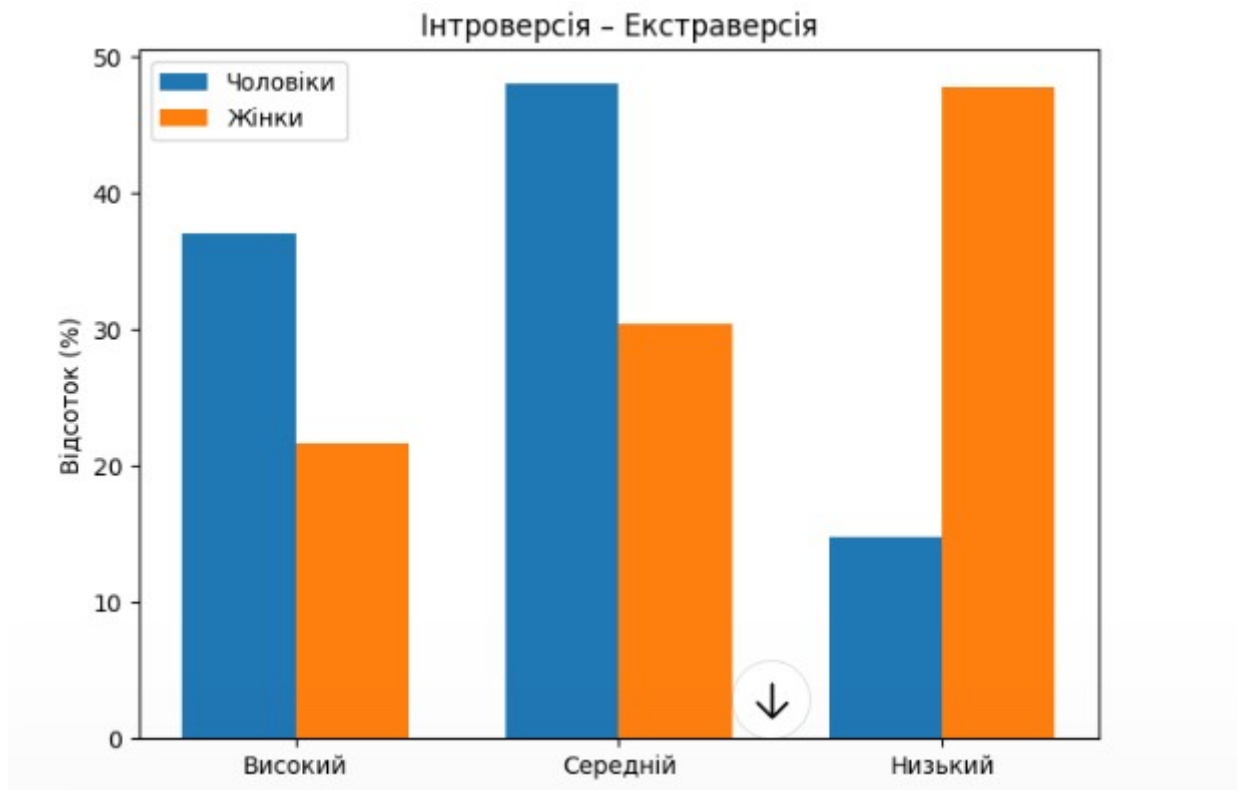


Рис. 2.4. Показники інтроверсії–екстраверсії за тестом Айзенка.

Отримані результати за шкалами «Екстраверсія – інтроверсія» та «Нейротизм» засвідчили специфічні особливості розподілу показників у чоловіків і жінок.

У чоловічій вибірці за шкалою екстраверсії високий рівень встановлено у 10 осіб (37,0%), середній – у 13 осіб (48,1%), низький – у 4 осіб (14,8%). За шкалою нейротизму 6 чоловіків (22,2%) продемонстрували високі показники, ще 6 осіб (22,2%) – середні, тоді як у більшості – 15 осіб (55,6%) – зафіксовано низький рівень.

У групі жінок за шкалою екстраверсії високий рівень виявлено у 5 осіб (21,7%), середній – у 7 осіб (30,4%), натомість низький рівень притаманний 11 особам (47,8%). За показниками нейротизму 9 жінок (39,1%) мають високий рівень, 11 осіб (47,8%) – середній, і лише 3 особи (13,0%) – низький.

Аналіз отриманих даних свідчить про необхідність урахування статевих відмінностей при інтерпретації результатів психологічних досліджень. Виявлені розбіжності вказують на відмінності у структурі особистісних характеристик, що можуть впливати на поведінкові стратегії та рівень емоційної регуляції. Зокрема,

у чоловіків переважає нижчий рівень нейротизму, що може свідчити про відносно вищу емоційну стабільність порівняно з жінками. Це підкреслює доцільність індивідуалізації психологічних інтервенцій із урахуванням специфіки статевих груп.

Водночас за шкалою екстраверсії спостерігаються виразні відмінності. Вищі показники екстраверсії серед чоловіків можуть відображати їх більшу орієнтацію на соціальну взаємодію, відкритість та активність. У кризових умовах це може сприяти залученню до міжособистісної підтримки та пошуку зовнішніх ресурсів. Натомість у жінок домінує більш виражена інтроверсія, що може проявлятися у схильності до внутрішнього аналізу переживань і зменшення соціальної активності в складних ситуаціях, що потребує специфічних підходів до психологічної допомоги.

Підвищені показники нейротизму серед жінок можуть свідчити про більшу чутливість до стресогенних впливів, підвищену тривожність та варіативність емоційних станів. Це обумовлює необхідність розробки інтервенцій, спрямованих на зміцнення емоційної регуляції та підвищення психологічної стійкості. У чоловіків, незважаючи на вищий рівень стабільності, актуальним залишається попередження накопичення напруження та емоційного виснаження в умовах тривалого стресу.

Таким чином, результати дослідження підтверджують значущість урахування статевих особливостей у психологічному аналізі. Емоційні реакції та особистісні характеристики формуються під впливом як індивідуальних, так і соціокультурних факторів, що визначає необхідність адаптації програм психологічної підтримки до специфіки різних груп населення з метою підвищення їх ефективності.

Зокрема, програми психологічної підтримки для чоловіків доцільно орієнтувати на посилення соціальної взаємодії та включення в колективні форми діяльності, що сприяють зовнішній активізації та розширенню поведінкового репертуару. Для жінок більш релевантними можуть бути інтервенції, що акцентують увагу на емоційній підтримці, психотерапевтичній роботі та

використанні технік регуляції тривожності. Така диференціація дозволяє формувати більш гнучкі й адаптивні стратегії допомоги, які враховують специфіку потреб різних статевих груп у ситуаціях тривалого стресу чи кризи.

Окрім цього, урахування виявлених відмінностей відкриває можливості для поглибленого аналізу детермінант і механізмів формування стресових реакцій та психічних порушень. Зокрема, підвищені показники нейротизму у жінок можуть бути пов'язані з комплексом чинників, серед яких соціальний тиск, очікування щодо виконання гендерних ролей, а також навантаження, пов'язане з сімейними обов'язками. Вивчення цих аспектів створює підґрунтя для розробки більш адресних заходів, спрямованих на зміцнення емоційної стійкості та підтримку психічного здоров'я жінок.

Водночас суттєвий вплив на формування виявлених відмінностей має соціокультурне середовище. Нормативні уявлення про ролі чоловіків і жінок можуть визначати особливості їх реагування на стрес і способи подолання емоційних труднощів. Зокрема, чоловіки часто перебувають під впливом очікувань щодо стриманості, самостійності та сили, що може обмежувати відкритість у вираженні емоційних переживань. Жінки, навпаки, зазвичай мають більше можливостей для емоційної експресії, проте одночасно можуть зазнавати значного тиску щодо відповідності соціальним і сімейним ролям.

Отримані результати можуть бути використані як емпірична основа для подальших досліджень, спрямованих на вивчення психологічного функціонування особистості в умовах кризових впливів. Урахування статевих особливостей при розробці психологічних інтервенцій сприяє підвищенню їх ефективності та забезпечує кращу відповідність потребам різних груп населення. Це набуває особливої актуальності в умовах повномасштабної війни, коли підтримка психічного здоров'я є критично важливою складовою збереження психологічного благополуччя.

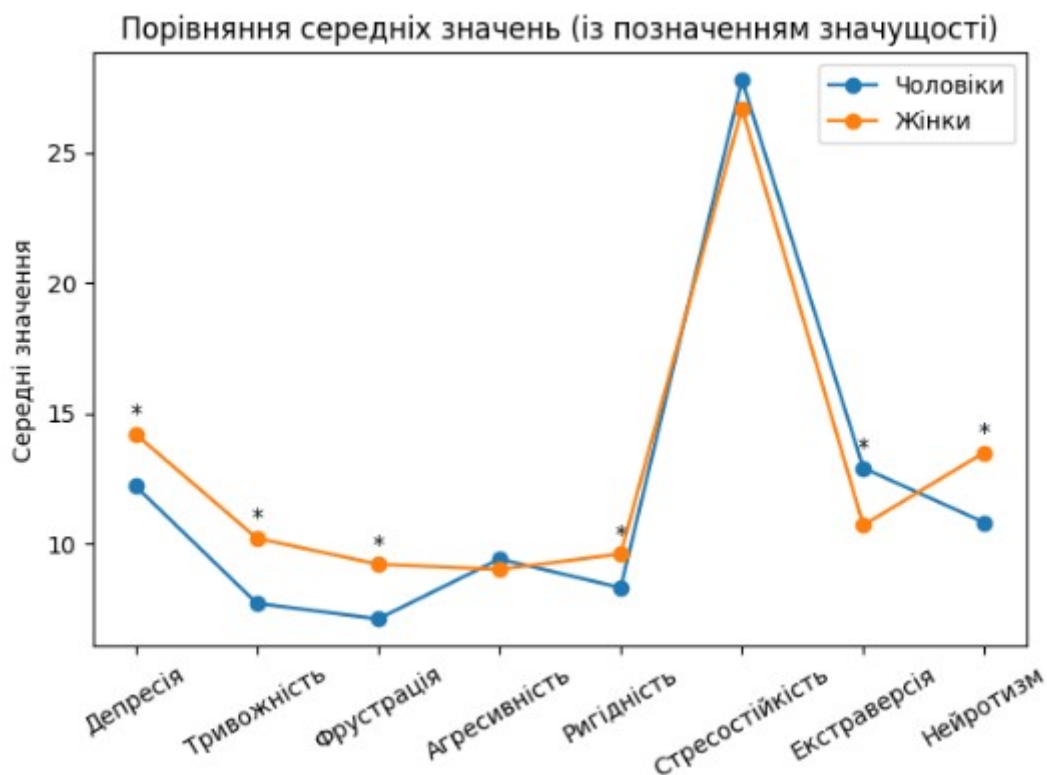
Таким чином, результати дослідження обґрунтовують необхідність диференційованого та індивідуалізованого підходу до психологічної допомоги, який враховує як статеві відмінності, так і вплив соціокультурного контексту.

Реалізація такого підходу дозволяє створювати більш ефективні програми підтримки, спрямовані на збереження та покращення психічного здоров'я різних категорій населення в умовах підвищеного стресового навантаження.

Середнє значення за шкалою депресії Бека становило 12,2 у чоловічій вибірці та 14,2 у жіночій. У зв'язку з цим було здійснено перевірку наявності відмінностей між середніми показниками депресивних станів у цих групах. Для статистичної оцінки використано t-критерій Ст'юдента, який розраховувався за формулою (2.1).

У розрахунках σ_1 та σ_2 позначають стандартні відхилення відповідних вибірок, N_1 і N_2 – їх обсяги, а M_1 і M_2 – середні значення показників у групах. Отримане емпіричне значення критерію становило $t_{\text{емп}} = 3,494$ при кількості ступенів вільності $df = N_1 + N_2 - 2 = 48$. Критичне значення при рівні значущості $p = 0,05$ дорівнює $t_{\text{крит}} = 2,011$. Оскільки емпіричне значення перевищує критичне, це свідчить про наявність статистично значущої різниці між середніми показниками депресивних станів. При цьому вищі значення зафіксовано у жінок.

Виявлення статистично значущих відмінностей у рівнях депресії між чоловіками та жінками стало підставою для подальшого аналізу інших психологічних показників. Зокрема, було проведено порівняння середніх значень стресостійкості, психоемоційних станів, а також показників екстраверсії – інтроверсії та нейротизму з метою визначення наявності чи відсутності статистично значущих міжгрупових відмінностей.



Примітка. Позначка «*» відображає шкали, де темп > крит, тобто відмінності між групами є статистично значущими.

Рис. 2.5. Середні значення депресії, тривожності, фрустрації, ригідності та агресивності, стресостійкості, екстра-інтраверсії та нейротизму із позначенням значущості

За результатами проведеного аналізу сформульовано такі узагальнення. Емпіричні значення t-критерію Ст'юдента за шкалами тривожності, фрустрації та ригідності перевищують критичний рівень при $p = 0,05$, що дає підстави констатувати наявність статистично значущих відмінностей між групами. Зокрема, встановлено, що жінки характеризуються більш вираженими показниками тривожності, фрустрації та ригідності. Водночас середні значення агресивності є вищими у чоловіків, однак ця різниця не досягає рівня статистичної значущості.

Виявлені розбіжності можуть пояснюватися взаємодією біологічних і соціокультурних детермінант. Особливості емоційного переживання та способи його вираження у чоловіків і жінок відрізняються, що відображається у структурі їхніх психологічних характеристик. У чоловіків частіше фіксуються помірні

значення тривожності, фрустрації та ригідності, тоді як у жінок більш виражені показники цих станів поєднуються з нижчим рівнем агресивності та більшою орієнтацією на соціально прийнятні форми взаємодії.

Суттєвий вплив на формування таких відмінностей має процес соціалізації та культурні нормативи. Жінки зазвичай виховуються в контексті, де підкреслюється значущість емоційної чутливості, емпатії та міжособистісної взаємодії, що може підсилювати схильність до тривожних переживань і водночас обмежувати прояви агресії. Чоловіки, своєю чергою, нерідко перебувають під впливом очікувань щодо витривалості, стриманості та контролю емоцій, що визначає специфіку їх реагування на стресові ситуації.

Разом із тим, інтерпретація отриманих результатів потребує врахування індивідуальних відмінностей та життєвого досвіду кожної особистості. Незважаючи на наявність статистично значущих тенденцій, психологічні характеристики мають варіативний характер і залежать від конкретних умов розвитку та особистих переживань, що обумовлює необхідність індивідуалізованого підходу у практичній психологічній роботі.

Додатково варто враховувати динаміку сучасних соціальних змін, зокрема трансформацію гендерних ролей і підвищення рівня гендерної рівності. Ці процеси можуть поступово змінювати характер і вираженість психологічних відмінностей між чоловіками та жінками, зменшуючи традиційні розбіжності у проявах тривожності, фрустрації та ригідності. Це підкреслює значущість урахування соціокультурного контексту при проведенні психологічних досліджень.

Таким чином, отримані результати обґрунтовують необхідність комплексного підходу до аналізу психологічних характеристик, який інтегрує біологічні та соціокультурні чинники. Такий підхід дозволяє глибше інтерпретувати природу емоційних станів і розробляти більш ефективні стратегії їх корекції та підтримки психічного здоров'я у представників обох статей.

Виявлені зв'язки між результатами депресії та інших психічних станів показано у табл. 2.1.

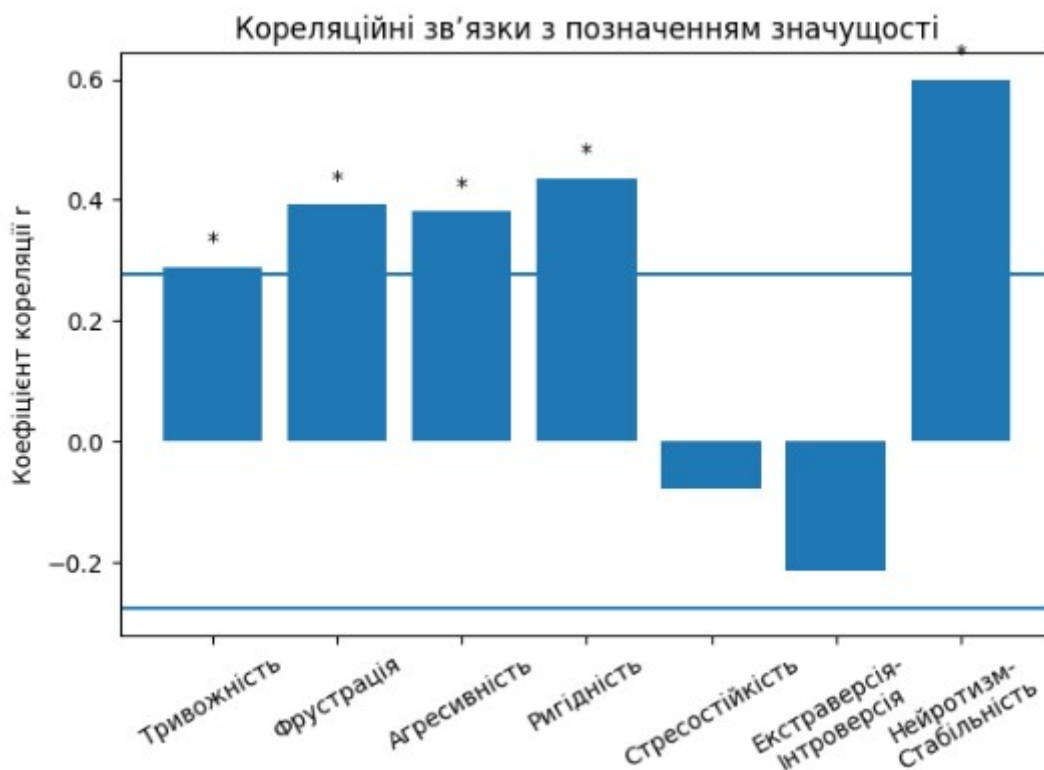


Рис. 2.6. Зв'язки між показниками депресії та інших психічних станів з лінією крит і позначенням значущих зв'язків

Отримані результати вказують на наявність статистично значущих взаємозв'язків між рівнем вираженості депресивних станів і показниками тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Це означає, що з підвищенням інтенсивності депресивної симптоматики зростають і показники інших негативних психоемоційних станів, що свідчить про їх взаємозумовлений характер.

Окремої уваги заслуговує виявлений статистично значущий зв'язок із показниками за шкалою «Нейротизм – стабільність». Високі значення депресивних проявів асоціюються з підвищеним рівнем нейротизму, що може відобразити схильність до емоційної нестабільності, імпульсивності та труднощів у регуляції афективних реакцій. Ця закономірність узгоджується з результатами кореляційного аналізу за шкалами тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, підкреслюючи комплексний характер психоемоційних порушень.

Водночас статистично значущого зв'язку між рівнем депресії та показниками інтроверсії – екстраверсії не встановлено. Це може свідчити про відносну автономність депресивних станів від даної особистісної характеристики та відсутність її визначального впливу на формування депресивної симптоматики.

Значущість кореляції між депресією та нейротизмом підкреслює доцільність врахування цієї риси особистості у процесі психологічної діагностики та побудови інтервенцій. Особи з підвищеним рівнем нейротизму можуть потребувати спеціалізованих підходів, спрямованих на стабілізацію емоційної сфери та зниження імпульсивних реакцій.

У цілому отримані дані демонструють, що депресивні стани тісно пов'язані з низкою інших негативних психічних проявів, зокрема тривожністю, фрустрацією, агресивністю та ригідністю. Це обґрунтовує необхідність комплексного підходу до їх профілактики та корекції, який передбачає врахування не лише власне депресивних симптомів, але й супутніх психоемоційних чинників.

Відсутність зв'язку між депресією та інтроверсією – екстраверсією також може вказувати на більшу роль інших детермінант, зокрема життєвих подій, стресових впливів і рівня соціальної підтримки. Це підкреслює важливість багатовимірної оцінки психологічного стану особистості з урахуванням широкого спектра індивідуальних і контекстуальних факторів.

2.3. Рекомендації щодо профілактики негативних психоемоційних станів дорослих у часі війни

Умови тривалого воєнного стресу формують специфічний контекст функціонування психіки дорослої людини, що характеризується поєднанням хронічної загрози, невизначеності, втрат та порушення звичних життєвих структур. У таких умовах значно зростає ризик розвитку негативних психоемоційних станів, зокрема тривожності, депресивних проявів, фрустрації, ригідності та агресивності. Профілактика цих станів повинна базуватися на

системному підході, який поєднує індивідуальні, міжособистісні та соціально-організаційні стратегії, а також враховує специфіку впливу воєнного середовища на психіку.

На індивідуальному рівні ключовим напрямом профілактики є формування навичок саморегуляції та психоемоційної стабілізації. У межах доказових підходів до психотерапії доцільно використовувати елементи когнітивно-поведінкової терапії, спрямовані на ідентифікацію та корекцію дезадаптивних автоматичних думок, що підтримують тривожність і депресивні стани. Важливим компонентом є навчання розрізненню фактів і інтерпретацій, що дозволяє зменшити катастрофізацію та знизити рівень тривожних очікувань. Практики когнітивної реструктуризації доцільно поєднувати з техніками регуляції уваги, зокрема вправами на заземлення, які допомагають зменшити інтенсивність афективних реакцій у ситуаціях гострого стресу.

Особливу увагу слід приділяти розвитку навичок тілесної саморегуляції. Техніки дихальної регуляції, поступового м'язового розслаблення та усвідомленого фокусування на тілесних відчуттях сприяють зниженню фізіологічного збудження, що є базовим компонентом тривожних станів. Регулярне використання таких практик дозволяє зменшити соматичні прояви стресу та підвищити загальний рівень психічної витривалості.

У контексті профілактики депресивних станів важливим є підтримання поведінкової активності. Зниження активності, уникнення діяльності та соціальної взаємодії є ключовими механізмами підтримки депресії. Тому доцільно впроваджувати елементи поведінкової активації, які передбачають планування та поступове відновлення щоденної діяльності, навіть за умов обмежених ресурсів. Це включає структурування дня, встановлення досяжних цілей і поступове розширення репертуару діяльності, що приносить суб'єктивне відчуття контролю та ефективності.

На міжособистісному рівні профілактика негативних психоемоційних станів передбачає підтримку та розвиток соціальних зв'язків. Соціальна ізоляція є значущим фактором ризику розвитку депресивних і тривожних розладів, тоді

як наявність підтримуючого соціального оточення виконує буферну функцію. В умовах війни особливого значення набуває якість комунікації, здатність до відкритого вираження емоцій та отримання підтримки без ризику стигматизації. Доцільним є навчання базовим навичкам емоційно підтримувальної комунікації, зокрема активному слуханню, емпатичному відгуку та конструктивному вираженню власних переживань.

Важливим аспектом є робота з ригідністю як характеристикою, що обмежує адаптаційні можливості особистості. Підвищена ригідність у поведінці та мисленні ускладнює пристосування до швидкозмінних умов воєнного середовища. Профілактичні заходи повинні бути спрямовані на розвиток психологічної гнучкості, що передбачає здатність змінювати стратегії поведінки відповідно до вимог ситуації. У цьому контексті ефективними є інтервенції, засновані на підходах терапії прийняття та відповідальності, які фокусуються на прийнятті неминучих аспектів досвіду та орієнтації на цінності як на основу поведінкових рішень.

У роботі з агресивністю доцільно застосовувати підходи, спрямовані на підвищення рівня усвідомлення емоційних станів та розвиток навичок їх конструктивної регуляції. Це включає ідентифікацію тригерів агресивних реакцій, аналіз послідовності «подія – інтерпретація – емоція – поведінка» та формування альтернативних способів реагування. Важливим є навчання технікам відтермінування реакції, переключення уваги та використання безпечних способів розрядки напруження.

На рівні організації психологічної допомоги в умовах війни важливим є забезпечення доступності психоосвітніх програм. Психоосвіта повинна включати інформацію про нормальні реакції на стрес, ознаки дезадаптації та способи самопомоги. Це сприяє зниженню тривоги, пов'язаної з нерозумінням власних станів, та підвищує готовність звертатися за допомогою.

Особливу увагу слід приділяти диференційованому підходу з урахуванням статевих відмінностей у психоемоційних реакціях. Виявлені у дослідженні тенденції свідчать про вищу схильність жінок до тривожності, фрустрації та

ригідності, що обґрунтовує доцільність включення в програми підтримки компонентів, спрямованих на зниження емоційної напруги, розвиток навичок регуляції тривоги та підвищення відчуття контролю. Для чоловіків, у яких можуть бути більш виражені тенденції до зовнішньої експресії напруження, важливими є інтервенції, спрямовані на усвідомлення емоцій та розвиток навичок їх конструктивного вираження.

Важливим напрямом профілактики є робота з інформаційним середовищем. Надмірне споживання новин, особливо з високим рівнем емоційного навантаження, може підсилювати тривожність і відчуття безпорадності. Рекомендованим є обмеження часу взаємодії з інформаційними джерелами, вибір перевірених джерел та формування усвідомленого підходу до споживання інформації.

У контексті тривалого стресу значущим є формування та підтримка особистісних ресурсів. До таких ресурсів належать відчуття сенсу, ціннісні орієнтації, здатність до рефлексії та наявність життєвих цілей. Робота з цими компонентами сприяє підвищенню психологічної стійкості та зменшенню ризику розвитку дезадаптивних станів. У цьому контексті ефективними є інтервенції, спрямовані на осмислення досвіду, інтеграцію травматичних подій у життєву історію та формування нових життєвих орієнтирів.

Таким чином, профілактика негативних психоемоційних станів дорослих у часі війни повинна ґрунтуватися на багаторівневому підході, що поєднує розвиток індивідуальних навичок саморегуляції, підтримку соціальних зв'язків, психоосвіту та врахування соціокультурного контексту. Комплексність і адаптивність таких заходів дозволяють знизити інтенсивність негативних психічних станів, підвищити рівень психологічної стійкості та забезпечити більш ефективне функціонування особистості в умовах тривалого стресу.

Висновок до розділу 2.

Проведене емпіричне дослідження дозволило виявити специфіку психоемоційних станів дорослих у контексті воєнного стресу та встановити статистично значущі відмінності між чоловіками і жінками за низкою показників. Отримані результати засвідчили, що депресивні стани, тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність виступають взаємопов'язаними компонентами психоемоційного реагування, формуючи цілісну систему негативних переживань, яка посилюється в умовах тривалого стресу.

Застосування t-критерію Ст'юдента дало змогу підтвердити наявність статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками за показниками депресії, тривожності, фрустрації та ригідності. Встановлено, що жінки демонструють вищі середні значення за цими шкалами, що свідчить про більшу вираженість внутрішньо спрямованих негативних емоційних станів. Водночас відмінності за шкалою агресивності не досягли рівня статистичної значущості, хоча середні значення були дещо вищими у чоловіків, що може вказувати на тенденцію до зовнішньої експресії напруження.

Результати дослідження особистісних характеристик показали, що чоловіки частіше характеризуються більш вираженою екстраверсією та нижчим рівнем нейротизму, тоді як у жінок спостерігається вища частка інтроверсії та підвищений рівень нейротизму. Це вказує на відмінності у способах переживання та регуляції емоційних станів: чоловіки більш схильні до зовнішньої активності та соціальної взаємодії, тоді як жінки частіше орієнтуються на внутрішню рефлексію та можуть демонструвати більшу емоційну вразливість.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність статистично значущих зв'язків між рівнем депресії та показниками тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності та нейротизму. Це дозволяє розглядати депресивні стани не як ізольоване явище, а як складову більш широкого комплексу психоемоційних порушень. Водночас відсутність значущого зв'язку між депресією та шкалою

екстраверсії–інтроверсії свідчить про те, що ці особистісні параметри не є визначальними для формування депресивної симптоматики.

Інтерпретація отриманих результатів у контексті соціокультурних умов воєнного часу дозволяє припустити, що виявлені відмінності частково обумовлені особливостями соціалізації та гендерними ролями, які впливають на способи емоційного реагування та регуляції поведінки. Підвищена тривожність, фрустрація та ригідність у жінок можуть бути пов'язані з більшою орієнтацією на відповідальність за міжособистісні взаємини та сімейні ролі, тоді як у чоловіків тенденція до зовнішньої експресії напруження може проявлятися через агресивні реакції або підвищену поведінкову активність.

На основі емпіричних результатів було розроблено рекомендації щодо профілактики негативних психоемоційних станів, які ґрунтуються на багаторівневому підході. Вони передбачають розвиток навичок саморегуляції, когнітивної реструктуризації та поведінкової активації на індивідуальному рівні, підтримку соціальних зв'язків і формування ефективної комунікації на міжособистісному рівні, а також впровадження психоосвітніх програм і забезпечення доступності психологічної допомоги на рівні соціальних інституцій.

Окремий акцент зроблено на необхідності врахування статевих відмінностей при розробці інтервенцій. Для жінок доцільним є посилення компонентів, спрямованих на зниження тривожності, підвищення психологічної гнучкості та стабілізацію емоційного стану. Для чоловіків важливими є підходи, що сприяють усвідомленню емоцій, розвитку навичок їх конструктивного вираження та запобіганню дезадаптивним формам реагування.

Таким чином, результати емпіричного дослідження та сформульовані на їх основі рекомендації підтверджують необхідність комплексного, диференційованого та контекстуально чутливого підходу до профілактики негативних психоемоційних станів у дорослих в умовах війни. Це створює підґрунтя для підвищення ефективності психологічної допомоги та сприяє збереженню психічного благополуччя в умовах тривалого стресового впливу.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження було спрямоване на вивчення особливостей психоемоційних станів дорослих у контексті тривалого воєнного стресу та визначення чинників, що зумовлюють їх варіативність. Теоретичний аналіз наукових підходів до розуміння депресії, тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності дозволив розглянути ці феномени як взаємопов'язані складові психічного реагування на стресові події, що формуються під впливом як індивідуально-психологічних, так і соціокультурних детермінант.

Емпірична частина дослідження підтвердила, що в умовах воєнного часу психоемоційна сфера дорослої людини характеризується підвищеною напруженістю та внутрішньою нестабільністю. Встановлено, що депресивні прояви мають системний характер і пов'язані з іншими негативними психічними станами, зокрема тривожністю, фрустрацією, агресивністю та ригідністю. Це дозволяє розглядати депресію не як ізольований симптомокомплекс, а як елемент більш широкої структури дезадаптивного реагування.

Статистичний аналіз засвідчив наявність значущих відмінностей між чоловіками та жінками за рядом показників. Жінки характеризуються вищими рівнями депресії, тривожності, фрустрації та ригідності, що свідчить про більшу вираженість внутрішньо спрямованих емоційних переживань. Чоловіки, у свою чергу, демонструють відносно вищі показники агресивності, хоча ці відмінності не мають статистичної значущості, а також характеризуються більшою емоційною стабільністю та схильністю до екстраверсії. Виявлені особливості можуть бути інтерпретовані через призму гендерної соціалізації та відмінностей у способах емоційної регуляції.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність статистично значущих взаємозв'язків між депресивними станами та показниками тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності та нейротизму, що свідчить про інтегрованість цих характеристик у єдину систему психоемоційного реагування. Водночас відсутність значущого зв'язку між депресією та показниками екстраверсії–інтроверсії дозволяє зробити висновок про другорядну роль цього

особистісного параметра у формуванні депресивних проявів у досліджуваній вибірці.

На основі отриманих емпіричних даних було розроблено рекомендації щодо профілактики негативних психоемоційних станів, які передбачають комплексний підхід, що включає розвиток навичок саморегуляції, підвищення психологічної гнучкості, підтримку соціальних зв'язків, психоосвіту та адаптацію інтервенцій до індивідуальних і статевих особливостей. Особлива увага приділяється необхідності врахування соціокультурного контексту та умов воєнного середовища, які суттєво впливають на психічне функціонування особистості.

Отримані результати мають теоретичне та практичне значення, оскільки поглиблюють уявлення про структуру психоемоційних станів у дорослих в умовах війни та створюють підґрунтя для розробки більш адресних і ефективних програм психологічної підтримки. Водночас результати дослідження окреслюють перспективи подальших наукових пошуків, пов'язаних із вивченням динаміки психоемоційних станів у тривалому часовому вимірі, а також із аналізом впливу додаткових факторів, таких як соціальна підтримка, досвід травматичних подій та індивідуальні стратегії подолання стресу.

Таким чином, мета дослідження досягнута, поставлені завдання виконані, а отримані результати підтверджують доцільність комплексного підходу до аналізу та профілактики негативних психоемоційних станів дорослих у сучасних умовах воєнного часу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Абрамов Ю.О., Грінченко Є.М. Моніторинг надзвичайних ситуацій: Підручник. Харків: Вид-во АЦЗУ, 2005. 530 с.
2. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук, В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
3. Блінов О.А. Психологія бойової психічної травми: монографія. Київ: вид-во Талком, 2016. 246 с.
4. Веракіс А.І., Завалевський Ю.І. Основи психології: навч. посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Р.И.Ф., 2015. 415 с.
5. Гончаренко С. Український педагогічний словник. К., 1997
6. Діденко М., Зелінська О. Інформаційно-психологічний вплив на людей під час війни. Вісник студентського наукового товариства ДонНУ імені Василя Стуса. 2022. Том 1. № 14. С. 211–214.
7. Екстремальна психологія: підручник. Київ: ТОВ «Август Трейд», без дати видання. 52 с.
8. Карамушка Л. М., Снігур Ю. С Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2020. Том I : Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. Вип. 55. 100 с.
9. Карамушка Л.М., Креденцер О.В., Терещенко К.В., Лагодзінська В.І. , Івкін В.М., Ковальчук О.С., Українська Асоціація організаційних психологів та психологів праці: довідник Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.
10. Кириленко Т.С. Психологія: емоційна сфера особистості. Київ: Либідь, 2007. 256 с.
11. Ковальчук З.Я., Вавринів О.С. Емоційне вигорання і психічне здоров'я в умовах тривалої загрози: чи є деформація Я-концепції вторинним наслідком бойового стресу? Журнал «Перспективи та інновації науки». Видавнича група «Наукові перспективи», 2026. № 3(61). С. 3528-3537.

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-3\(61\)-3528-3537](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-3(61)-3528-3537)

12. Ковальчук З.Я. Психоемоційна напруженість як предиктор змін Я-концепції та субклінічних порушень психічного здоров'я в умовах війни. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2026. № 1 (69). С. 141-153. <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2026-69-1-141-153>
13. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності. Київ: Міленіум, 2004. 265 с.
14. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.
15. Корб А. У пастці депресії. Київ: Наш формат, 2022. С. 133.
16. Корольчук М.С. Психофізіологія діяльності. Київ: Ельга, Ніка Центр, 2003. 400 с.
17. Кресан О.Д. Переживання та усвідомлення людиною травматичних і кризових ситуацій. Ніжин: Зб. наук. праць, 2020. С. 86-109.
18. Кресан О.Д. Психологічні особливості переживання та усвідомлення особистістю життєвих подій. К., 2017. 288 с.
19. Медична психологія. Вінниця: Нова Книга, 2008. 520 с.
20. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію. Львів: Свічадо, 2017. С. 18.
21. Наконечна О. Стрес. Психологічна травма. Методи саморегуляції. Львів, 2022. С. 4.
22. Радченко О.М. Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини [Електронний ресурс]. Доступно: <https://health-ua.com/article/71356-teorya-stresu-ta-filosofsk-poglyadigansasel-znachennya-dlya-suchasno-meditcin> .
23. Рем Л. Депресія. Львів: Галицька видавнича спілка, 2019. С. 60.

24. Сабо Ш., К. Сабо, Заячківська О. Стрес: від Ганса Сельє до сьогодні. Львів: ЛНУДГ Наукове товариство ім. Шевченка, 2019. С. 79.
25. Самюель Пфайфер Депресія. Хвороба сучасності, 2017. С. 23.
26. Соляник А.О. Психологічні особливості прояву депресивних станів у жінок в умовах вимушеної міграції. Запоріжжя: ЗНУ, 2023. 53 с.
27. Станчишин В. Емоційні гойдалки війни. Київ: Віхола, 2022. С. 122.
28. Таблиці функцій та критичних точок розподілів./Укладач: М.М. Горонескуль. Х.: КЦЗУ, 2009. 90с.
29. Тімченко О.В., Ю.М. Ширококов Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців– учасників антитерористичної операції: монографія Х.: НУЦЗУ, 2017 42с.
30. Шевченко Р. М. Психологічні умови розвитку стресостійкості жінок – державних службовців : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2020. 22 с.
31. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR), , 2022, Washington, 178, 179.
32. Beck J. Cognitive therapy: basics and beyond. – NY: Guilford Press, 1995.
33. Depression, Resilience and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Asylum-seeker War Refugees. PubMed Central. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8116095/> .
34. Devoe D. Viktor Frankl's Logotherapy: The Search For Purpose and Meaning. URL: <http://www.inquiriesjournal.com/articles/660/viktor-frankls-logotherapy-the-search-for-purpose-and-meaning>. (дата звернення: (07.03.2024)
35. Explanatory models and help-seeking for symptoms of PTSD and depression among Syrian refugees. ScienceDirect. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953621002215?via%3Dihub#bib37>
36. Eysenck H. , G. Wilson The Experimental Study of Freudian Theories, 1973 Willmer Brothers Limited Birkenhead p. 75
37. Lavdas M., E. Guribye, G. M. Sandal “Of course, you get depression in this

situation”: Explanatory Models (EMs) among Afghan refugees in camps in Northern Greece. BMC Psychiatry. URL: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-023-04613-2> .

38. Srinivasa R. and R. Lakshminarayana Mental health consequences of war: brief review of research findings. PubMed Central. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1472271/>

39. Yuryeva L., V. Ogorenko, A. Shornikov, V. Kokashynskiy Relationships between binge eating disorder, anxiety and depression in medical students during military conflict. Psychosomatic Medicine and General Practice. URL: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/355> .