Міністерство освіти і науки України

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»

Кафедра практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій

До захисту допущено

кафедрою практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій

протокол №____від _____

завідувач кафедри _____Наталія КУЧЕРЕНКО

(підпис) (ім'я, прізвище)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

здобувача освіти першого(бакалаврського) рівня вищої
освіти (першого (бакалаврського) / другого (магістерського))

Психологічні особливості тривожних розладів у молоді під час воєнного стану

Спеціальність (спеціалізація) 053 Психологія
(код та найменування спеціальності; спеціалізації спеціальності)

Освітня програма Практична психологія
(назва освітньої програми)

Здобувач _____ Аміна ЛЮБАРСЬКА

(підпис) (ім'я, прізвище)

Науковий керівник _____ Ганна КАЗАРОВА

(підпис) (ім'я, прізвище)

Харків – 2026

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія» Кафедра практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Завідувач кафедри

Наталія КУЧЕРЕНКО
(ім'я, прізвище)

(підпис)
«__» _____2026 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
здобувача першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
(першого (бакалаврського) / другого (магістерського))
Любарська Аміна Вікторівна
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача)
Спеціальність (спеціалізація): 053 Психологія
(код та найменування спеціальності; спеціалізації спеціальності)
Освітня програма: Практична психологія
(назва освітньої програми)

1. Тема роботи: «Психологічні особливості тривожних розладів у молоді під час воєнного стану»

керівник роботи Казарова Ганна Миколаївна, кандидат психологічних наук, доцент
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)
затверджені наказом по Університету від «___» грудня 2025 року, №_____

2. Строк подання здобувачем роботи: «___» травня 2026 року
3. Вихідні дані до роботи: робота складається з вступу, двох розділів, висновків до першого та другого розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи
4. Перелік питань, які потрібно розробити: Знайти теоретичні джерела та інформацію стосовно психологічних особливостей

тривожних розладів у молоді. З’ясувати, які існують особливості та механізми впливу воєнного стану на психічне здоров'я молоді. Провести емпіричне дослідження для вивчення психологічних особливостей тривожних розладів у молоді під час воєнного стану (методики, вибірка, аналіз результатів). Створити методичні рекомендації щодо психокорекції та профілактики тривожних розладів у молоді в умовах воєнного стану (для психологів, соціальних працівників).

5. План роботи

№ з/п	Назва етапів роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Визначення теми дослідження, підбір методик, складання плану		
2.	Визначення мети, формулювання завдань, узгодження методик		
3.	Робота над організацією емпіричного дослідження, пошук респондентів		
4.	Проведення експериментального дослідження		
5.	Аналіз та обробка отриманих результатів, статистичні розрахунки		
6.	Інтерпретація отриманих результатів, висновки та рекомендації		
7.	Фінальне оформлення дипломної роботи		

6. Дата видачі завдання: «16» грудня 2025 року

Керівник роботи_____ _____

(підпис) (ім’я, прізвище)

Здобувач вищої освіти _____ _____

(підпис) (ім’я, прізвище)

РЕФЕРАТ

Дипломна робота містить: 54 сторінки, 1 рисунок, 5 таблиць, 21 літературне джерело.

Об'єкт дослідження: тривожність у молоді під час воєнного стану.

Предмет дослідження: прояви тривожних розладів у молоді під час воєнного стану.

Мета дослідження: здійснити теоретичний аналіз та емпіричне дослідження психологічних особливостей проявів тривожних розладів у молоді під час воєнного стану.

Основні завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення тривожності та тривожних розладів.

2. Визначити особливості прояву тривожності у молоді в умовах війни.

3. Провести емпіричне дослідження психологічних особливостей тривожних розладів у молоді, перебуваючої в умовах воєнного стану.

4. Розробити практичні рекомендації щодо психологічної підтримки молоді з ознаками тривожних розладів в умовах воєнного стану.

Наукова новизна дослідження полягає у виявленні психологічних особливостей тривожних розладів у молоді під час воєнного стану. Уточнено рівень вираженості тривожних станів та виявлено схильність до проявів посттравматичного стресу, що розширює уявлення про психоемоційний стан молоді в умовах війни.

Практична значущість дослідження полягає в можливості використання його результатів у практиці психологічної допомоги молоді з підвищеним рівнем тривожності в умовах війни.

Ключові слова: психологічні особливості, тривожність, воєнний

стан, молодь, тривожні розлади, дослідження, посттравматичний стрес, психоемоційний стан, хронічний стрес, депресія.

ABSTRACT

The thesis includes: 54 pages, 1 figure, 5 tables, 21 literary sources.

Object of the study: anxiety in youth during martial law.

Subject of the study: manifestations of anxiety disorders in youth during martial law.

Purpose of the study: to conduct a theoretical analysis and empirical research into the psychological characteristics of anxiety disorders in youth during martial law.

The main objectives of the study:

1. To analyze theoretical approaches to the study of anxiety and anxiety disorders.

2. To determine the features of the manifestation of anxiety in youth under martial law.

3. To conduct an empirical study of the psychological characteristics of anxiety disorders in young people living in martial law (diagnosis of the level of anxiety, depression, and susceptibility to PTSD).

4. To develop practical recommendations for psychological support for youth with signs of anxiety disorders in martial law.

Scientific novelty of the study lies in the identification of psychological characteristics of anxiety disorders among youth during martial law. The severity of anxiety states has been clarified, and a tendency toward manifestations of post-traumatic stress has been revealed, which expands understanding of the psycho-emotional condition of young people in wartime conditions.

Practical significance of the study lies in the potential application of its results in the practice of providing psychological support to youth with elevated levels of anxiety in wartime conditions.

Keywords: psychological characteristics, anxiety, martial law, youth, anxiety disorders, research, post-traumatic stress, psycho-emotional state, chronic stress, depression.

ЗМІСТ

ВСТУП..... 7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У МОЛОДІ..... 10

1.1 Поняття тривожності та тривожних розладів у психології 10

1.2 Види та основні прояви тривожних розладів..... 11

1.3 Психологічні особливості молоді, пов'язані з переживанням тривоги та стресу..... 14

1.4 Вплив воєнного стану на психоемоційний стан особистості 19

1.5 Особливості прояву тривожності у молоді в умовах війни..... 22

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ..... 24

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У МОЛОДІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ..... 26

2.1 Організація та методи дослідження 26

2.2 Опис використаних психодіагностичних методик..... 27

2.3 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження..... 30

2.4 Практичні рекомендації щодо зниження рівня тривожності у молоді…… 35

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ..... 38

ВИСНОВКИ..... 40

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... 42

ДОДАТКИ..... 44

ВСТУП

Актуальність теми. Молодь як соціально-демографічна група є найбільш вразливою до деструктивного впливу хронічного стресу, зумовленого загрозою життю, невизначеністю майбутнього та вимушеною зміною звичного способу життя. Особливо зараз, в умовах триваючого воєнного стану в Україні, ментальне здоров'я стало одним із найбільш пріоритетних напрямів психологічних досліджень [1]. Тривожність розглядається як психологічна основа формування тривожних розладів, тому дослідження її проявів дозволяє виявити ризики розвитку тривожної патології.

Сучасна молодь опинилася в епіцентрі подій, які докорінно руйнують базове відчуття безпеки - фундаментальну потребу для гармонійного розвитку особистості [2]. Цей факт потребує особливої уваги. Якщо раніше тривожність розглядалася переважно як внутрішній конфлікт або вікова особливість, то сьогодні вона є прямою відповіддю на зовнішні екстремальні виклики. Постійні повітряні тривоги, вимушена міграція, втрата звичного соціального кола та розрив родинних зв'язків створюють підґрунтя для формування стійких тривожних станів, які без належної корекції можуть трансформуватися у глибокі депресивні розлади або ПТСР.

Об'єкт дослідження – тривожність у молоді під час воєнного стану.

Предмет дослідження - прояви тривожних розладів у молоді під час воєнного стану.

Мета дослідження - здійснити теоретичний аналіз та емпіричне дослідження психологічних особливостей проявів тривожних розладів у молоді під час воєнного стану.

Основні завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення тривожності та тривожних розладів.

2. Визначити особливості прояву тривожності у молоді в умовах війни.

3. Провести емпіричне дослідження психологічних особливостей тривожних розладів у молоді, перебуваючої в умовах воєнного стану.

4. Розробити практичні рекомендації щодо психологічної підтримки молоді з ознаками тривожних розладів в умовах воєнного стану.

Методи дослідження: Однією з методик використаних у роботі стала Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), запропонована Zigmond та Snaith ще у 1983 році. Інструмент спочатку створювався для потреб загальної медицини, але з часом набув популярності й у психологічних дослідженнях. Він складається з 14 запитань, які розподілені на дві частини: сім питань оцінюють тривогу, ще сім - депресію.

Для більш комплексного аналізу була використана коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР, яка дає змогу оперативно виявити симптоми психологічного напруження, зокрема пов’язані з травматичним досвідом [4].

Шкала депресії Бека (BDI), яка використовується для більш детального вимірювання вираженості депресивної симптоматики [5]. Вибір методики обґрунтовується високим зв’язком тривожних та депресивних симптомів у стресових умовах воєнного стану. Підвищені показники за шкалою Бека розглядаються як маркер емоційного неблагополуччя, що супроводжує тривожні розлади.

Характеристика вибірки: У дослідженні взяли участь 30 респондентів. Вибірку склала молодь віком від 19 до 29 років, яка перебувала на території України на період з 24 лютого 2022 року. Такий віковий діапазон обрано з огляду на те, що саме цей період характеризується активними життєвими змінами, формуванням професійної та особистісної ідентичності, а також підвищеною чутливістю до стресових факторів [6].

Тестування проходило у онлайн форматі. Вибірка формувалася за принципом доступності (добровільної участі респондентів).

Наукова новизна одержаних результатів: В роботі здійснено комплексне дослідження рівня тривоги, депресії та посттравматичних проявів у молоді віком від 19 до 29 років із використанням сучасних психодіагностичних методик. Отримані результати дозволяють розширити уявлення про особливості психоемоційного стану молоді в умовах війни. Також уточнено рівень вираженості тривожних і депресивних станів у досліджуваній вибірці та виявлено тенденції до проявів посттравматичного стресу, що має значення для подальших психологічних досліджень.

Практичне значення: Основні положення і висновки одержаних у процесі результатів дослідження можуть використовуватися у діяльності практичних психологів, що спрямована на розвиток психологічної стійкості молоді в умовах воєнного стану.

Структура роботи: Робота містить вступ, два основні розділи, висновки до кожного з розділів, загальні висновки до дипломної роботи, список використаних джерел та додатки. Перший розділ містить теоретичні основи досліджуваної проблеми. У другому розділі було організовано та проведено емпіричне дослідження, а також аналіз та інтерпретація його результатів. Наприкінці подано висновки та сформульовано практичні рекомендації.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У МОЛОДІ

1.1 Поняття тривожності та тривожних розладів у психології

Психологи трактують тривожність як багатовимірне утворення. З одного боку, вона здатна мобілізувати людину в ситуації загрози, з іншого - може блокувати її активність і порушувати повсякденне функціонування. Тому важливо розрізняти два близьких, але не однакових поняття: тривогу як тимчасовий стан і тривожність як стійку рису особистості.

Емоція, яка виникає у відповідь на неясну загрозу - часто саме так описують тривогу. На відміну від страху, який має конкретне джерело (наприклад страх тварин, висоти чи темряви), тривога не має чіткості. Людині важко пояснити чому саме їй неспокійно. Такий стан може виникати перед іспитом, публічним виступом або в новій ситуації. Якщо тривога виникає часто і з незначних приводів - говорять про підвищену тривожність [7].

Тривожність як властивість особистості означає схильність людини сприймати багато життєвих ситуацій як загрозливі. Навіть якщо об’єктивної небезпеки немає. Деякі дослідники, наприклад американський психолог Ч. Спілбергер [2], запропонували розділяти ситуативну тривожність (реакцію на конкретні обставини) та особистісну тривожність (стабільну характеристику). Люди з високою особистісною тривожністю часто відчувають напругу навіть тоді, коли реальна небезпека відсутня.

Чи є межа між нормальною тривожністю та патологією? Ця межа не завжди є чіткою. Коли тривога стає надто інтенсивною, тривалою або виникає без видимої причини, це може свідчити про тривожний розлад. У сучасній міжнародній класифікації хвороб (МКХ-11) [8] до таких розладів відносять панічний розлад, генералізований тривожний розлад, соціофобію

та інші види фобій. Основними ознаками є постійне занепокоєння, проблеми зі сном, прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння рук.

Сучасна західна психологія пояснює тривожні розлади через три групи факторів. По-перше, це біологія (спадковість, робота нейромедіаторів). По-друге, психологія (особливості мислення, схильність перебільшувати загрозу). По-третє, соціальне середовище (події в дитинстві, стиль виховання). Всі ці фактори діють разом.

Тривожність може бути різною. Вона може бути як нормальним механізмом саморегуляції, так і основою для розвитку психічних розладів. Для практики важливо вміти відрізняти норму від патології та враховувати індивідуальні особливості людини. Крім того, варто пам'ятати, що один і той самий рівень тривожності може мати різне значення для різних людей - те що для одного є мобілізуючим фактором, для іншого стає дезорганізуючим. З цієї причини діагностика тривожних станів вимагає комплексного підходу: не тільки цифр, а й аналізу життєвої ситуації.

1.2 Види та основні прояви тривожних розладів

У сучасній психіатричній та психологічній практиці тривожні розлади розглядаються як гетерогенна група станів, що мають спільний симптоматичний стрижень (патологічна тривога), але відрізняються за механізмами виникнення, об'єктом спрямованості та особливостями перебігу. Систематизація цих розладів подана в міжнародних класифікаційних системах - Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) [8] та Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів (DSM-5) [9]. Відповідно до цих класифікацій, виокремлюють кілька основних типів тривожних розладів.

Серед усіх тривожних розладів найчастіше діагностують генералізований тривожний розлад. Його головна риса - постійне, розлите

відчуття занепокоєння яке не прив'язане до конкретних обставин, а охоплює різні сфери життя: роботу, здоров'я, сімейні стосунки, фінанси. Щоб поставити цей діагноз, симптоми мають турбувати людину щонайменше пів року. Зазвичай це супроводжується м'язовою напругою, проблемами зі сном, швидкою втомлюваністю, дратівливістю та неуважністю. За даними статистики, ГТР зустрічається приблизно у 7% населення, а жінки стикаються з ним у 2-3 рази частіше, ніж чоловіки.

Другою категорією є панічний розлад. Його основна ознака це раптові, непередбачувані напади гострого страху, які наростають протягом кількох хвилин. У цей момент людина може відчувати сильне серцебиття, нестачу повітря, біль у грудях, тремтіння, запаморочення та панічний страх втратити контроль або навіть померти. Крім самих атак, розлад підтримується так званою «тривогою очікування» - постійним страхом, що напад ось-ось повториться, і це відчуття само по собі серйозно порушує звичне життя людини.

Наступний, третій тип - агорафобія. Цей розлад полягає у вираженому страху опинитися в ситуаціях або місцях, з яких, як здається людині, може бути важко втекти або де неможливо отримати допомогу у разі раптового погіршення стану. Найчастіше це стосується натовпу, громадського транспорту, черг або перебування на самоті поза домом. У найважчих випадках людина взагалі перестає виходити з дому. Часто агорафобію супроводжує панічний розлад, але іноді вона з'являється сама по собі.

Соціальний тривожний розлад (соціофобія) - четвертий різновид. Соціофобія це стійкий страх опинитися в центрі уваги або зазнати осуду з боку інших людей. Людина уникає публічних виступів, приймання їжі в присутності інших, участі в розмовах. Якщо точніше, то будь-яких дій, які можуть супроводжуватися зніяковінням. Фізичні прояви можуть включати почервоніння обличчя, тремтіння рук, нудоту, інтенсивне потовиділення.

П'ятою категорією виступають специфічні (ізольовані) фобії. Вони обмежуються чітко окресленими об'єктами або ситуаціями: страх висоти (акрофобія), страх замкненого простору (клаустрофобія), страх тварин, страх крові чи ін'єкцій тощо. Специфічні фобії є найпоширенішим типом тривожних розладів, вони зазвичай виникають у дитячому віці й можуть зберігатися роками. Легкий страх є нормальним, але розладом це вважається коли страх стає дуже сильним та панічним, коли людина уникає ситуацій, де може зіштовхнутися з цим і якщо це має великий вплив на повсякденне життя.

До групи тривожних розладів також належать тривожний розлад розлуки (характеризується надмірним страхом відокремлення від значущих осіб, раніше вважався суто дитячим, але нині визнається й у дорослих) та селективний мутизм (стійка нездатність розмовляти в певних соціальних ситуаціях за збереженої мовної здатності в інших умовах).

Щодо основних проявів тривожних розладів, їх прийнято поділяти на три групи:

1. Психічні (емоційні). До них належать постійне відчуття занепокоєння, напруження, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, порушення сну (важке засинання, поверхневий сон).

2. Фізичні (соматичні). Вони зумовлені гіперактивацією вегетативної нервової системи: прискорене серцебиття, пітливість, тремор, задишка, біль у грудях, нудота, запаморочення, сухість у роті, часте сечовипускання.

3. Поведінкові. Включають передусім уникнення - стійке ухиляння від ситуацій або об'єктів, що викликають тривогу. Саме уникнення, хоча й дає тимчасове полегшення, з часом закріплює розлад і суттєво обмежує повсякденне життя людини.

Тривожні розлади нерідко виникають одночасно з іншими психічними розладами, зокрема з депресією, іншими тривожними розладами або розладами вживання психоактивних речовин. Це робить

діагностику більш складною та потребує комплексного підходу до оцінки стану пацієнта.

1.3 Психологічні особливості молоді, пов'язані з переживанням тривоги та стресу

Вивчення психологічних особливостей молоді в контексті переживання тривоги та стресу є одним із найбільш актуальних завдань сучасної психологічної науки, оскільки саме цей віковий період характеризується інтенсивними особистісними, професійними та соціальними трансформаціями. У сучасній психології віковий діапазон 18-29 років виокремлюється в окрему стадію розвитку, яка отримала назву «дорослішання» (emerging adulthood). Цей період, вперше описаний американським дослідником Дж. Арнеттом [6], суттєво відрізняється як від підліткового віку, так і від власне дорослості. У своїй монографії Арнетт [10] деталізує ці характеристики, зазначаючи, що саме в цей період відбувається формування професійної та особистісної ідентичності, а також що сучасна молодь визначає дорослість через психологічні критерії, а не через зовнішні соціальні маркери. Психологічний розвиток у цьому віці також характеризується завершенням формування вищих психічних функцій. Нейробіологічні дослідження [11] свідчать, що префронтальна кора головного мозку, відповідальна за планування, контроль імпульсів та оцінку довгострокових наслідків, продовжує дозрівати до 25 років. Молодість як специфічний етап онтогенезу традиційно пов'язується із процесами активного самовизначення, сепарації від батьківської родини, пошуку власної ідентичності, побудови кар'єри та формування стабільних міжособистісних стосунків. Усі ці нормативні завдання розвитку самі по собі є потужними джерелами психоемоційного напруження, а в поєднанні з екстремальними макросоціальними чинниками, такими як воєнний стан,

вони набувають кумулятивного ефекту. Як наслідок, тривога та стрес стають не просто тимчасовими емоційними реакціями на окремі подразники, а перманентним тлом життєдіяльності сучасної молоді, суттєво деформуючи процеси її соціальної адаптації та особистісного становлення.

Специфіка переживання стресу в молодому віці полягає у високій сензитивності до зовнішніх оцінок, схильності до максималізму та лабільності нервової системи. Наукові дослідження свідчать, що молоді люди гостріше реагують на ситуації невизначеності, оскільки їхній життєвий досвід ще не має достатньої кількості сформованих і перевірених часом копінг-стратегій для подолання масштабних криз. Коли звичні життєві орієнтири руйнуються, виникає феномен блокування життєвого проектування, за якого молода людина втрачає здатність планувати майбутнє навіть на середньострокову перспективу. Оскільки провідною потребою цього віку є проектування життєвого шляху, неможливість передбачити завтрашній день викликає хронічний когнітивний дисонанс, який трансформується у високу особистісну та ситуативну тривожність. Цей стан супроводжується постійним очікуванням негативних подій, що виснажує адаптаційний потенціал особистості та призводить до психоемоційного вигорання вже на ранніх етапах дорослішання.

Аналізуючи когнітивні особливості переживання тривоги молоддю, слід відзначити поширеність таких мисленнєвих спотворень, як катастрофізація та чорно-біле мислення. У стані тривалого стресу молоді люди схильні перебільшувати масштаби потенційних загроз та недооцінювати власні ресурси для їх подолання. Це призводить до виникнення нав’язливих думок, постійного ментального жування одних і тих самих тривожних сценаріїв, що блокує продуктивне мислення та знижує ефективність у навчальній чи професійній діяльності. Крім того, сучасне інформаційне середовище, у якому молодь перебуває майже безперервно, створює ефект вторинної травматизації через надмірне споживання

негативного контенту. Постійне гортання стрічки новин, відоме як думскролінг, виступає псевдокопінгом: намагаючись отримати контроль над ситуацією через інформацію, молода людина насправді лише посилює власну безпорадність та підживлює тривожні стани, що з часом можуть набувати ознак клінічних розладів.

Емоційна сфера молоді під впливом хронічного стресу зазнає суттєвих деформацій, які часто виявляються у формі емоційних гойдалок - від глибокої апатії та депресивних настроїв до спалахів неконтрольованої агресії чи дратівливості. Високий рівень тривоги блокує здатність до емоційної саморегуляції, через що повсякденні рутинні проблеми починають сприйматися як непереборні перешкоди. Особливе місце у структурі переживань посідає почуття провини, яке у молоді під час війни часто набуває форми провини вцілілого або провини за недостатню ефективність. Молоді люди, порівнюючи свій внесок у подолання суспільної кризи із досягненнями інших, формують у собі синдром самозванця, що руйнує самооцінку та викликає хронічне незадоволення собою. Цей внутрішній конфлікт посилює особистісну тривожність, створюючи замкнене коло, з якого особистість не може вийти без зовнішньої професійної підтримки.

Поведінкові прояви тривоги та стресу у молоді є досить диверсифікованими й часто мають деструктивний або саморуйнівний характер. Однією з найбільш поширених стратегій поведінки у стані стресу є соціальна ізоляція та уникнення міжособистісних контактів. Незважаючи на те, що молодий вік орієнтований на активну соціалізацію, висока тривога змушує індивіда замикатися у власному просторі, мінімізувати спілкування з однолітками та близькими, що позбавляє його природного джерела психологічної підтримки. З іншого боку, спостерігається і протилежна тенденція - надмірна компульсивна активність, коли молода людина завантажує себе роботою чи волонтерством до повного фізичного

виснаження, намагаючись таким чином втекти від усвідомлення травматичної реальності. Обидва ці варіанти поведінки свідчать про порушення механізмів психологічної адаптації та нездатність інтегрувати стресовий досвід у структуру власного Я.

Також увагу слід приділити соматизації тривожних станів, яка у молодіжному віці має високу вираженість через інтенсивний взаємозв'язок між психічною та телесною сферами в період завершення фізіологічного дозрівання. Хронічний стрес та невиражена емоційна напруга трансформуються у стійкі психосоматичні розлади, серед яких найчастіше фіксуються порушення сну, розлади харчової поведінки, хронічний головний біль, синдром подразненого кишечника та вегетативні дисфункції. Безсоння, поверхневий сні або нічні жахи стають постійними супутниками тривожної молоді, що позбавляє організм можливості повноцінного фізичного та психічного відновлення. Розлади харчування, такі як компульсивне переїдання на тлі тривоги або навпаки нервова анорексія як спроба повернути контроль бодай над власним тілом, чітко маркують глибину дезадаптаційних процесів у молодіжному середовищі.

У контексті воєнного стану переживання тривоги молоддю тісно переплітається із симптоматикою посттравматичного стресового розладу або гострого стресу, що суттєво ускладнює загальну психологічну картину. Молоді люди часто стикаються із феноменом інтрузій - нав'язливих спогадів, флешбеків чи тривожних образів, які раптово виникають у свідомості та повертають їх у момент травматичної події. Це змушує особистість перебувати у стані постійної гіперактивації вегетативної нервової системи, коли будь-який різкий звук, сирена або навіть зміна освітлення викликає панічну атаку чи заціпеніння. Постійна готовність до небезпеки виснажує нервові ресурси, призводячи до стану хронічної втоми, зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті, що критично

позначається на успішності навчання у закладах вищої освіти чи продуктивності на перших робочих місцях.

Гендерні особливості переживання тривоги та стресу у молодому віці також мають свою специфіку, зумовлену як біологічними факторами, так і соціокультурними стереотипами. Дівчата та молоді жінки частіше демонструють високу вербалізовану тривожність, схильність до емоційного реагування, пошуку соціальної підтримки та соматизації тривоги через внутрішні переживання. Хлопці та молоді чоловіки, натомість, під впливом патріархальних стереотипів про мужність частіше витісняють або маскують свою тривогу під маскою агресії, дратівливості, ризикованої поведінки або вдаються до деструктивних дій, таких як зловживання алкоголем, психоактивними речовинами чи комп'ютерними іграми. Таке маскування тривожних розладів є вкрай небезпечним, оскільки заважає своєчасному діагностуванню проблеми та наданню кваліфікованої психологічної чи психотерапевтичної допомоги.

Головним чинником, що модифікує переживання стресу, є соціально-демографічний статус молодої людини, зокрема її належність до категорії внутрішньо переміщених осіб (ВПО) або тих, хто виїхав за кордон. Для внутрішньо переміщеної молоді нормативний стрес подвоюється через необхідність адаптації до нового культурного та соціального простору, втрату житла, звичного кола спілкування та матеріальних ресурсів. У цієї категорії молоді тривожність часто супроводжується кризою ідентичності та гострим почуттям відірваності від свого коріння. Водночас молодь, яка перебуває в зоні безпосередніх бойових дій, демонструє специфічне звикання до небезпеки - психологічне притуплення страху, яке є захисним механізмом психіки, але несе серйозні ризики для фізичної безпеки та веде до глибокої відтермінованої травматизації.

На завершення варто підкреслити, що тривога та стрес у молодіжному віці мають амбівалентну природу. З одного боку, помірний

рівень тривожності виступає мобілізаційним чинником, що стимулює пошукову активність, змушує адаптуватися до нових умов та шукати нестандартні рішення в кризових ситуаціях, формуючи так звану резільєнтність (життєстійкість). З іншого боку, коли стрес стає хронічним, а тривога трансформується у стійкі розлади, відбувається руйнація сфери особистості, деградація мотивації до саморозвитку та загальне зниження якості життя. Розуміння цих психологічних особливостей, своєчасне розрізнення нормативного стресу від клінічних проявів тривожних розладів є ключовою умовою для створення ефективних програм психопрофілактики, кризового консультування та психотерапевтичної підтримки сучасної молоді в умовах тривалих суспільних викликів.

1.4 Вплив воєнного стану на психоемоційний стан молоді

Воєнний стан це не просто юридичний термін. Для психології він означає комплексну стресову ситуацію, яка охоплює кілька рівнів одночасно. По-перше, це пряма загроза безпеці. Обстріли, присутність військових, заміновані території. По-друге, соціально-економічна нестабільність: втрата роботи, зниження доходів, вимушені переїзди. Окрім цього існує інформаційне навантаження: постійний потік новин про бойові дії, втрати та руйнування.

«Хронічний стрес» це одне з ключових понять що використовується для пояснення психологічних наслідків війни. Його головна відмінність від гострого стресу полягає в тривалості: він не минає за кілька днів або тижнів, а розтягується на місяці й роки. Людина не має можливості повністю відновитися між епізодами небезпеки, загроза може повернутися будь-якої миті. Саме тому хронічний стрес вважається найбільш деструктивним для психіки: він підвищує ризик тривожних розладів у 3-5 разів порівняно зі стабільними періодами життя.

У дослідженні С.М. Кондратюк [12] показано, що вплив воєнного стану проявляється на індивідуальному, груповому та суспільному рівнях. Виокремлюють декілька рівнів цього впливу:

На **індивідуальному рівні** воєнний час спричиняє появу або загострення низки симптомів. Сюди входять надмірна пильність (постійне сканування оточення на предмет потенційної небезпеки), порушення сну (неможливість заснути через страх пропустити небезпеку під час сну, нічні кошмари), надмірна реакція на гучні звуки (вибухи, постріли), уникаюча поведінка (відмова відвідувати місця скупчення людей, уникнення громадського транспорту, відмова виходити з дому) тощо. Ці реакції можуть зберігатися навіть після переїзду в порівняно безпечні райони або за кордон, що говорить про закріплення патологічної моделі поведінки.

На груповому рівні спостерігається колективна тривога, поляризація думок та зниження толерантності до невизначеності. Люди стають більш згуртованими, але водночас більш недовірливими до зовнішньої інформації.

На суспільному рівні під час війни відбуваються зміни у сприйнятті безпеки, майбутнього та сенсу життя. Війна змінює саме сприйняття реальності: руйнуються звичні життєві сценарії, зникає відчуття контролю над майбутнім, загострюється усвідомлення власної смертності.

Окремий феномен, який активно вивчають у контексті війни - вторинна травматизація [13]. Людина може переживати травму навіть якщо не перебуває в зоні бойових дій - через перегляд новин, прослуховування історій постраждалих, спілкування з біженцями. Дослідження О. Ярхо [13] показують, що навіть опосередкована робота з травматичним контентом викликає клінічно значущий рівень дистресу. За даними різних опитувань, близько 40% українців, які не були безпосередньо в зоні бойових дій, демонстрували симптоми вторинного травматичного стресу.

Ще одна вразлива категорія - внутрішньо переміщені особи та біженці. Втрата дому, розрив соціальних зв'язків, необхідність

інтегруватися в нове середовище - це додаткові стресові фактори, які значно підвищують рівень тривожності. Як зазначає Л.М. Балабанова [14], переселенці часто переживають специфічну рефлексію власного становища: гостре відчуття втрати, невизначеність майбутнього, труднощі з прийняттям нового соціального статусу.

Одним із важливих пунктів є відмінність у реакції різних вікових груп на стрес спричинений війною. Молодь, яка є об'єктом цього дослідження, реагує на війну інакше, ніж старші вікові групи [6]. З одного боку молодь має більш високу здатність до адаптації, відрізняється психологічною гнучкістю та має легкий доступ до сучасних засобів психологічної самодопомоги. З іншого ж боку, ця вікова група особливо чутлива до порушень життєвих планів (освіта, кар'єра, створення сім'ї та інше), що має особливе значення в таких важких умовах. Відкладення або неможливість реалізації нормативних завдань розвитку стає додатковим фактором для появи хронічного стресу.

Не всі психологічні зміни, спричинені воєнним станом, мають виключно негативний характер. Існує також явище посттравматичного зростання [15] - позитивних змін, які відбуваються внаслідок подолання життєвої кризи. Люди переоцінюють свої пріоритети, глибше цінують стосунки, стають більш стресостійкими, відкривають у собі нові ресурси, навчаються цінувати прості речі, які раніше здавалися буденними. Це не применшує тяжкості переживань, але показує, що психіка здатна не лише руйнуватися, а й трансформуватися, знаходити нові сенси навіть у найважчих умовах.

1.5 Особливості прояву тривожності у молоді в умовах війни

Як війна змінює психіку молодої людини? Це питання сьогодні є одним із найбільш актуальних у психології. Відповісти на нього можна за

допомогою порівняльного аналізу - зіставити дані, отримані до війни, з тими, що зібрані вже під час неї. Саме такий підхід застосувала дослідницька група під керівництвом Н.О. Федчишин, провівши масштабне опитування на базі Тернопільського національного медичного університету імені І. Горбачевського.

Дослідницька група під керівництвом Н.О. Федчишин провела опитування. Опитали 716 студентів-медиків. Серед них були представники різних вікових груп та обох статей, що зробило вибірку репрезентативною [1]. Для оцінки стану використовували стандартний діагностичний інструментарій: шкалу депресії Бека, шкалу тривоги Бека та шкалу сприйнятого стресу. Дослідники порівняли два часові зрізи: 2019 рік (ще до пандемії та до війни) і 2024 рік. Результати виявилися показовими (Табл. 1.1)

Таблиця 1.1

Динаміка показників психоемоційного стану студентської молоді у 2019 та 2024 роках (за даними Fedchyshyn et al., 2025, n=716)

Показник	**2019 рік (%)**	**2024 рік (%)**	**Різниця**
Депресія (BDI)	50,9	65,8	+14,9 п.п.
Тривога (BAI)	48,9	65,9	+17 п.п.
Стрес (PSS)	50,7	74,7	+24 п.п.
Нічні кошмари	-	86	-
Безсоння	-	49	-
Симптоми ПТСР	-	27	-

Як видно з таблиці, показники змінилися суттєво. Депресивні прояви зросли з 50,9% до 65,8% - це майже на 15 відсоткових пунктів. Ще вищий приріст дав показник тривоги: з 48,9% до 65,9%. Але найбільше «підскочив» рівень стресу - з 50,7% до 74,7%.

Окрему увагу привертають симптоми, які безпосередньо пов'язані з фізіологічними реакціями на війну. 86% респондентів скаржилися на нічні кошмари, тематично пов'язані з воєнними подіями. Майже половина опитаних (49%) мали проблеми зі сном, а 27% демонстрували симптоми, характерні для посттравматичного стресового розладу. Це свідчить про те, що війна впливає не лише на емоційну сферу, а й на глибинні фізіологічні процеси, порушуючи базові механізми відновлення організму.

Дослідники звернули увагу на те, що психічне здоров’я молодих людей які перебували поблизу зони активних бойових дій або безпосередньо брали в них участь, виявилося значно гіршим порівняно з тими, хто протягом війни проживав у відносно безпечних регіонах. Тобто психологічні наслідки війни є дозозалежними: чим більше людина стикається з війною безпосередньо, тим глибшою є її травматизація.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

У першому розділі кваліфікаційної роботи було проведено теоретичний аналіз проблеми тривожності та тривожних розладів у молоді в умовах воєнного стану. Тривожність у сучасній психології трактується як складне явище, що поєднує два рівні: ситуативний (стан, що виникає у відповідь на загрозу) та особистісний (стійка риса, що визначає схильність сприймати різні ситуації як небезпечні). Розмежування цих двох аспектів є важливим для діагностичної практики, оскільки дозволяє відокремити адаптивні форми тривожності, що мобілізують ресурси організму, від

патологічних станів, що порушують життєдіяльність. Критеріями такої диференціації є інтенсивність, тривалість та ступінь дезадаптації. Згідно з сучасними клінічними підходами та класифікацією МКХ-11 [8], до основних типів тривожних розладів, що потребують психотерапевтичного втручання, належать генералізований тривожний розлад, панічний розлад, агорафобія, соціальний тривожний розлад та специфічні фобії.

Молодіжний вік це делікатний період, коли легко розвиваються тривожні розлади через високий рівень тривожності, пошук власної ідентичності та необхідність прийняття важливих життєвих рішень [6]. Екстремальні фактори воєнного часу накладаються на фізіологічну та соціальну нестабільність віку. Війна виступає потужним тригером, що створює умови для тотального хронічного стресу, руйнує базове відчуття безпеки та блокує можливість планування життя. У молодіжному середовищі це проявляється у вигляді надмірної психічної пильності, хронічних порушень сну, стійкої уникаючої поведінки та загострення екзистенційної тривоги (страх смерті, втрата сенсу життя).

Особливістю цієї вікової групи є те, що молоді люди одночасно володіють як високими адаптивними ресурсами (нейропластичність, оптимізм, рухливість), так і надзвичайно високою психоемоційною вразливістю перед обличчям тривалого психотравматичного досвіду. З одного боку, молоді люди здатні швидко опановувати нові стратегії подолання та об'єднуватися для взаємодопомоги. З іншого боку, через відсутність стійких психологічних захисних механізмів тривалий вплив кризи призводить до швидкого виснаження, що провокує перехід звичайного стресу в хронічну травму та підвищує ризик психічних розладів.

Викладені теоретичні положення повністю підтверджуються результатами емпіричного дослідження Федчишин Н.О. [1], яке чітко демонструє критичну динаміку зростання тривожності, депресії та симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед цієї вікової

групи. Було виявлено, що за два роки повномасштабної війни загальний рівень тривожності серед студентської молоді зріс з 48,9% до 65,9%, а показники хронічного стресу – з 50,7% до 74,7%. Глибину травматизації підтверджують соматичні та психологічні маркери: 86% опитаних респондентів повідомляли про регулярні нічні кошмари, безпосередньо пов'язані з військовими діями, 49% страждають від хронічного безсоння, а 27% обстежених мають чітко виражені клінічні симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Водночас емпірично доведено пряму залежність: чим ближче молоді люди територіально перебували до зони активних військових дій або окупованих територій, тим глибшими та серйознішими для них є деструктивні психологічні наслідки та рівень дезадаптації.

Війна суттєво деформує психічне здоров'я особистості. Молодь особливо вразлива до впливу військового стресу, а тривожні розлади в цих умовах набувають специфічних форм, що потребують подальшого емпіричного вивчення. Отримані теоретичні положення слугують методологічною основою для організації та проведення власного емпіричного дослідження, представленого у другому розділі роботи.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У МОЛОДІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1 Організація та методи дослідження

Організація емпіричного дослідження враховувала дві ключові вимоги: наукову точність та психологічну безпеку учасників. Оскільки предметом дослідження була тривожність у воєнних ситуаціях, питання, які могли б посилити емоційне навантаження на респондентів, були навмисно уникнуті. Тому процедура дослідження була розроблена таким чином щоб мінімізувати стрес, одночасно збираючи достовірні та надійні дані.

Вибірка складалася з 30 осіб віком від 19 до 29 років. Цей віковий діапазон був обраний навмисно: як пояснювалося в теоретичному розділі, люди на цьому етапі активно формують свою ідентичність, стикаються з нестабільністю та змушені приймати важливі рішення, що робить їх більш вразливими до тривалого стресу. Учасники були розподілені порівну за статтю – 15 дівчат та 15 хлопців (рис. 2.1). Усі вони перебували в Україні після 24 лютого 2022 року.

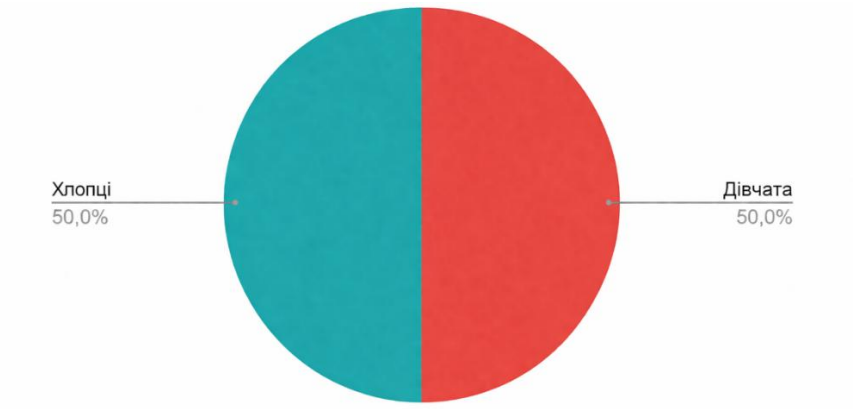


Рис. 2.1. Розподіл вибірки за статтю

Опитування проводилося онлайн за допомогою електронних методів. Усі учасники отримали детальну інформацію про цілі та процедури дослідження. Запрошення розсилалися через соціальні мережі та сервіси обміну повідомленнями, що дозволило нам охопити учасників з різних міст, навіть географічно розсіяних. Такий підхід, як зазначають Т. Б'юкенен та Е. Хвіздак [16], є етично виправданим та методологічно обґрунтованим, особливо коли прямий контакт з респондентами ускладнений. Учасники заповнювали відповіді онлайн у зручний для них час, що зайняло приблизно 15-20 хвилин. У вступному повідомленні пояснювалася мета опитування, цільове використання відповідей, а також наголошувалося на добровільності участі та анонімності зібраних даних.

Обрана стратегія дослідження - використання онлайн-форми, трьох валідованих психодіагностичних методів та дотримання етичних стандартів - дозволила створити середовище, в якому учасники почувалися комфортно, а зібрані дані були придатними для подальшого контент-аналізу.

2.2 Опис використаних психодіагностичних методик

Діагностичний інструментарій дослідження складався з трьох стандартизованих методик. Вони дозволяють оцінити рівень тривожності, виявити депресивні прояви та симптоми посттравматичного стресу - тобто саме ті стани, які найбільше турбують молодь під час війни. Кожна з методик має доведену валідність, надійність і широко використовується в наукових дослідженнях.

• Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) [3]. Вона з'явилася у 1983 році завдяки роботі A.S. Zigmond та R.P. Snaith. Початково шкала створювалася для медичних закладів - щоб швидко виявляти тривогу та депресію у пацієнтів загальної практики. Однак згодом вона стала популярною і в психологічних дослідженнях. Її структура проста: 14

тверджень поділені на дві рівні частини - по 7 пунктів на тривогу та депресію:

1) субшкала тривоги (HADS-A) - містить 7 пунктів («Я відчуваю напруженість, мені неспокійно», «У мене виникає раптове відчуття паніки»);

2) субшкала депресії (HADS-D) - містить 7 пунктів («Я не стежу за своїм зовнішнім виглядом», «Мені здається, що все почало дратувати мене повільніше, ніж раніше»).

Кожне твердження передбачає вибір однієї з чотирьох відповідей - від 0 до 3 балів, де вищий бал означає більшу вираженість симптому. Загалом за кожною субшкалою можна набрати до 21 бала. Деталі інтерпретації наведено в додатку (Див. додаток А).

Використання HADS дозволяє за один короткий опитувальник отримати інформацію про обидва стани, що економить час респондентів та спрощує подальший аналіз. Ця методика також має хороші психометричні показники та широко використовується в наукових дослідженнях.

• Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР [4]. Її оригінал був створений у Сполучених Штатах у 1996 році. У тому ж році український дослідник І.О. Котенєв переклав та адаптував її для використання в нашому контексті. Ця шкала оцінює одразу три сфери: тривогу (напруження, неспокій, труднощі з розслабленням), депресію (знижений настрій, втрата інтересу, втома) та посттравматичні прояви (нав'язливі спогади, уникнення, гіперпильність, порушення сну). Вона містить лише 10 запитань, на які потрібно відповісти «Так» або «Ні». Це швидкий скринінговий інструмент: він не дає розгорнутої клінічної картини але дозволяє виявити осіб, які потребують подальшого спостереження чи консультації. Кожна ствердна відповідь оцінюється в 1 бал. Сумарний бал може коливатися від 0 до 10. Чим вищий бал, тим більша ймовірність наявності тривоги, депресії або ПТСР (Див. додаток Б)

• Шкала депресії Бека (BDI) [5]. Її автор - Аарон Т. Бек - створив першу версію ще в 1961 році. З того часу опитувальник не втратив актуальності та залишається одним з основних інструментів для оцінки депресивних розладів у клінічній та дослідницькій роботі. Існує кілька версій: BDI, BDI-1A та BDI-II, а також окремий варіант для підлітків.

Методика складається з 21 групи тверджень; у кожній групі - чотири варіанти відповідей, які описують різний ступінь вираженості симптому - від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Респондент вибирає той варіант, який найкраще відповідає його стану за останній тиждень, включаючи день заповнення. Максимальна сума балів – 63. (Див. додаток В).

Чому була включена саме шкала депресії Бека? Є три причини. Перша: вона дає змогу кількісно оцінити депресивну симптоматику - це важливо, адже в умовах воєнного стресу тривога та депресія часто виникають разом [17]. Друга: вона компактна і не займає багато часу - це знижує навантаження на респондентів, які можуть перебувати у виснаженому стані. А також третя: вона широко застосовується в науці, тому ми можемо порівнювати наші результати з даними інших досліджень.

2.3 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Для забезпечення достовірності результатів та перевірки висунутих гіпотез було проведено кілька послідовних етапів статистичної обробки. Кожен із цих етапів мав своє конкретне завдання: від опису загальних тенденцій у вибірці до виявлення взаємозв'язків між окремими показниками та порівняння груп досліджуваних. Така поетапна стратегія є типовою для психологічних досліджень, оскільки дозволяє поступово накопичувати інформацію про досліджуване явище й уникати передчасних узагальнень.

Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою табличного процесора Microsoft Excel.

Перш ніж переходити до складніших процедур, доцільно було з'ясувати загальну структуру даних: наскільки однорідною є вибірка, чи є в ній викиди, який тип розподілу мають отримані показники. Для цього ми скористалися методами описової статистики - вони дають змогу стисло, але водночас інформативно охарактеризувати основні властивості вибірки без заглиблення в детальний аналіз кожного окремого випадку. Саме тому першим кроком стало обчислення середніх значень, моди, медіани, дисперсії та стандартного відхилення - показників, які є базовими для будь-якого кількісного дослідження в психології. (Табл. 2.1)

Таблиця 2.1

Статистика розрахунків методик «Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)», «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» та «Шкала депресії Бека (BDI)».

Показник	Середнє значення	Мода	Медіана	Дисперсія	Стандартне відхилення
HADS: депресія	5,93	4	5,5	12,40	3,52
HADS: тривога	7,5	3	7,5	23,01	4,79
Схильність до ПТСР	3,66	4	4	5,19	2,27
Шкала Бека: депресія	12,7	5	13	57,66	7,59

Наведені в таблиці дані дають змогу зробити кілька попередніх висновків щодо психоемоційного стану досліджуваної групи. Відповідно до критеріїв інтерпретації HADS показник 7,5 бала перебуває на межі норми та

субклінічно вираженої тривожності, що може свідчити про підвищене емоційне напруження частини респондентів. Досить високе стандартне відхилення (4,79) свідчить про значну варіативність показників: у групі присутні особи як із низькою, так і з високою тривожністю. Розподіл даних за шкалою депресії Бека є найбільш варіативним (SD=7,59), тоді як показники схильності до ПТСР є більш однорідними, тобто більшість учасників демонструють близькі значення (SD=2,27). Щодо депресивних проявів, їх середній рівень за шкалою HADS становить 5,93 бали, що є дещо нижчим за показник тривоги. Це може свідчити про те, що в умовах воєнного стресу тривожна симптоматика виникає швидше або виявляється більш поширеною, ніж депресивна, що узгоджується з результатами інших досліджень, проведених у подібних умовах. Водночас середній показник за шкалою депресії Бека становить 12,7 бали, що за стандартними критеріями інтерпретації цієї методики кваліфікується як легкі симптоми депресії. Різниця між цими двома показниками депресії (5,93 і 12,7) пояснюється тим, що шкали мають різні діапазони та критерії оцінювання, тому порівнювати їх безпосередньо некоректно, однак для аналізу внутрішньої узгодженості даних обидві субшкали є корисними.

Для виявлення можливих гендерних відмінностей у рівнях тривоги, депресії та схильності до ПТСР вся вибірка була розділена на дві групи: жінки (15 осіб) та чоловіки (15 осіб). Для кожної групи окремо були обчислені середні значення та стандартні відхилення за чотирма показниками (Табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Порівняння показників тривоги, депресії та ПТСР у жінок і чоловіків

Показник	Жінки (n=15) M±SD	Чоловіки (n=15) M±SD
HADS: депресія	6,07±3,62	6,03±3,54

HADS: тривога	8±4,74	7,27±4,71
Схильність до ПТСР	3,70±2,33	3,58±2,27
Шкала Бека: депресія	13±7,82	12,31±7,41

За всіма показниками середні значення у жінок є дещо вищими, ніж у чоловіків. Найбільша різниця спостерігається за показником тривоги: у жінок вона становить 8 балів, у чоловіків – 7,27 бали. Різниця в 0,73 бали хоч і не є великою, однак привертає увагу, враховуючи, що саме тривога є центральним об'єктом дослідження. За показниками депресії за шкалою HADS різниця між групами майже відсутня (6,07 у жінок проти 6,03 у чоловіків). Аналогічна картина спостерігається за шкалою депресії Бека: 13 у жінок проти 12,31 у чоловіків. Схильність до ПТСР також виявилася трохи вищою в жіночої статі (3,70 проти 3,58).

Слід зазначити, що самі по собі середні значення ще не дозволяють робити висновок про наявність або відсутність реальних відмінностей між групами. Всередині кожної групи існує певний розкид даних, який відображається через стандартне відхилення. Стандартні відхилення в обох групах є досить близькими, що свідчить про подібну варіативність показників серед жінок і чоловіків. Наприклад, за тривогою стандартне відхилення у жінок становить 4,74, у чоловіків – 4,71, тобто майже однакове. Це означає, що в обох групах спостерігається приблизно однаковий ступінь розкиду даних – є люди з низькою, середньою та високою тривожністю.

Наступним етапом статистичної обробки було визначення взаємозв'язку між досліджуваними показниками. Оскільки тема дипломної роботи присвячена тривожним розладам, основним завданням кореляційного аналізу було з'ясувати наскільки тісно тривога пов'язана з депресією та схильністю до ПТСР. Для цього було обчислено коефіцієнт кореляції Пірсона [18] (Табл. 2.3).

Між тривогою та депресією за шкалою HADS виявлено коефіцієнт кореляції r = 0,60. Це значення потрапляє в діапазон від 0,50 до 0,69, який прийнято вважати відчутним (помітним) позитивним зв'язком. Іншими словами, існує стійка закономірність: у тих респондентів, які мають вищий рівень тривоги, як правило, вищим є й рівень депресії. І навпаки, при нижчій тривозі спостерігається нижчий рівень депресії. Це підтверджує відоме в психології положення про співіснування тривожних та депресивних розладів, особливо в стресових умовах, таких як воєнний стан.

Кореляційний аналіз було проведено для перевірки взаємозв’язку між показниками тривоги, депресії та схильності до ПТСР. Особливий інтерес становило з’ясування того, чи супроводжується підвищення рівня тривоги посиленням депресивної симптоматики та посттравматичних проявів.

Таблиця 2.3

Кореляційний зв’язок між показниками

Показник	Коефіцієнт кореляції	Характер зв’язку
HADS: депресія та тривога	0,60	Значний позитивний
Тривога (HADS) та депресія (шкала Бека)	0,63	Значний позитивний
Тривога (HADS) та схильність до ПТСР	0,71	Сильний позитивний

Найтіснішій зв’язок виявлено між тривогою та схильністю до ПТСР (r=0,71), що свідчить про значну роль тривожності як одного з психологічних чинників розвитку посттравматичних реакцій в умовах воєнного стану. Для підвищення надійності результатів та перевірки конвергентної валідності було обчислено два типи кореляційних зв'язків: внутрішньометодиковий (між субшкалами HADS) та перехресний (між

показником HADS та шкали Бека). Збіг отриманих коефіцієнтів (r=0,60 та r=0,63) свідчить про стабільність вимірювання та підтверджує, що високий рівень тривоги дійсно супроводжується підвищенням депресивної симптоматики незалежно від використаного діагностичного інструменту.

Для того щоб перевірити, чи є відмінності між жінками та чоловіками статистично значущими (тобто не випадковими), було використано t-критерій Стьюдента [19] (Табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Результати t-критерію Стьюдента

Показник	P Інтерпретація
HADS: депресія	0,14
HADS: тривога	0,01
Схильність до ПТСР	0,26
Шкала Бека: депресія	0,13

*Примітка: p - рівень статистичної значущості; відмінності вважаються статистично значущими при $p < 0,05$

Як видно з таблиці, статистично значуща різниця виявлена лише за показником тривоги: p=0,01, що менше за критичний рівень 0,05. Це означає, що жінки в даній вибірці мають достовірно вищий рівень тривоги порівняно з чоловіками. Такий результат є важливим у контексті теми дипломної роботи, оскільки він підтверджує наявність гендерних відмінностей саме в рівні тривожності в умовах воєнного стану. Усі інші значення перевищують 0,05, тому різниця між жінками та чоловіками за цими показниками вважається статистично незначущою. Хоча середні значення у жінок дещо вищі, ця різниця може бути випадковою і не має достатнього статистичного підтвердження.

Таким чином, інтерпретація показників показала, що найбільш виражені гендерні відмінності стосуються саме тривоги, тоді як депресія та

схильність до ПТСР не демонструють таких відмінностей у межах даної вибірки.

2.4 Практичні рекомендації щодо зниження рівня тривожності у молоді

Ґрунтуючись на результатах проведеного дослідження, було сформульовано кілька практичних порад, які можуть бути корисними для психологів, соціальних працівників і самої молоді. Отримані дані свідчать про те, що в умовах воєнного стану рівень тривоги у молодих людей є підвищеним [1; 12]. Крім того, виявлено тісний позитивний зв'язок між тривожністю, депресивними проявами та схильністю до ПТСР [17]. Отже, допомога має бути диференційованою: для одних достатньо коротких консультацій і базових технік релаксації, для інших може знадобитися тривала терапія. Важливо вміти розпізнавати ці відмінності на ранніх етапах роботи.

Рекомендації для психологічної підтримки молоді.

Гендерний фактор також варто брати до уваги: жінки в нашому дослідженні показали вищий рівень тривоги, ніж чоловіки. Це означає, що в груповій роботі доцільно передбачати додаткові заходи для дівчат, а також створювати окремі групи для різних статей, якщо це дозволяють ресурси. Це не означає, що чоловіки не потребують допомоги, однак отримані дані свідчать про більшу вразливість дівчат до тривожних переживань у стресових умовах. Тому в рамках групової роботи або індивідуального консультування для них можна передбачити додаткові заходи, спрямовані безпосередньо на зниження тривоги.

Оскільки тривога тісно пов'язана з депресивними проявами та схильністю до ПТСР, робота з нею не повинна обмежуватися лише

зниженням тривожних симптомів. Необхідно проводити додаткову діагностику депресивних станів і відстежувати ризики посттравматичних реакцій. Це особливо актуально для молоді, яка тривалий час перебуває під впливом стресових факторів.

Підхід до психологічної допомоги має бути диференційованим. У молодіжному середовищі є як люди з дуже низькою тривожністю, так і ті, хто перебуває у стані хронічного високого напруження. Для одних буде достатньо загальних розмов про стрес і базових технік релаксації, іншим можуть знадобитися довготривала терапія або медикаментозна підтримка (за направленням психіатра).

Важливо також звертати увагу на появу перших ознак депресивного стану в молодих людей із високою тривожністю - зниження настрою, втрата інтересу до звичних занять, порушення сну та апетиту можуть свідчити про те, що тривога переросла в депресивний епізод [17]. Своєчасне виявлення цих ознак дозволить запобігти поглибленню розладу.

Конкретні техніки та вправи для самостійної роботи.

Окрему увагу варто приділити конкретним технікам самостійної роботи, які молоді люди можуть використовувати без допомоги фахівця. Одна з них - дихальні вправи, зокрема квадратне дихання за схемою «4-4-4-4»: вдих на 4 секунди, затримка дихання на 4 секунди, видих на 4 секунди, знову затримка. Повторення циклу 5–10 разів допомагає знизити фізіологічні прояви тривоги, такі як прискорене серцебиття та поверхневе дихання. Як зазначають Дж. Джерат та співавтори [21], сповільнене глибоке дихання активує парасимпатичну нервову систему, що призводить до зниження частоти серцевих скорочень та рівня кортизолу.

Друга техніка - «заземлення 5–4–3–2–1». Вона полягає в тому, що людина називає: 5 предметів, які бачить навколо; 4 звуки, які чує; 3 речі, які відчуває тілом (наприклад, дотик одягу); 2 запахи, які відчуває; 1 смак або

внутрішнє відчуття. Ця вправа допомагає повернути увагу в теперішній момент і зменшити інтенсивність тривожних думок.

Третя техніка - ведення щоденника тривоги. Пропонується записувати, коли виникає сильна тривога, які думки їй передують і що допомагає її зменшити. З часом це дозволяє побачити закономірності та навчитися краще контролювати свій стан.

Четверта - обмеження доступу до тривожного контенту. Оскільки дослідження проводилося під час воєнного стану, одним із факторів підвищеної тривоги є постійне читання новин і перегляд тривожних повідомлень [13]. Рекомендується обмежувати час перегляду новин та зменшити споживання контенту, який викликає тривожність.

Рекомендації для організаційної роботи

З організаційних міркувань пропонується пропонувати регулярні групові курси з подолання тривожності з окремими групами для дівчат та хлопців, оскільки гендерні відмінності можуть вимагати різного підходу. Також рекомендується розробити інформаційні матеріали (наприклад, особисті розповіді, брошури, гарячі лінії) з простими методами самодопомоги для подолання тривожності та розповсюджувати їх серед молоді через навчальні заклади або соціальні мережі.

Важливо зазначити, що отримані результати базуються на відносно невеликій вибірці (30 осіб) і тому їх слід з обережністю узагальнювати на всіх молодих людей. Більш надійні висновки вимагають дослідження з більшою кількістю учасників, яке враховує додаткові фактори (соціально-економічний статус, досвід бойових дій, втрати тощо). Крім того, це дослідження було кількісним; якісні методи (наприклад, інтерв'ю, тематичні дослідження) могли б забезпечити глибше розуміння того, як молоді люди переживають тривогу на війні.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

У другій частині цієї роботи було проведено емпіричне дослідження характеристик тривожності у молоді, яка живе в умовах воєнного стану. Дослідження проводилося онлайн, що забезпечувало зручний доступ для учасників у різних містах України. Вибірка складалася з 30 осіб віком від 19 до 29 років, рівномірно розподілених за статтю (15 жінок та 15 чоловіків). Усі учасники були проінформовані про мету дослідження; участь була добровільною та анонімною.

Для збору даних було використано три психодіагностичні методи. Шкала тривожності та депресії у лікарні (HADS) [3] дозволила окремо оцінити тривогу та депресію. Для виявлення схильності до посттравматичного стресового розладу було використано Коротку шкалу тривожності, депресії та ПТСР [4]. Для більш детального вимірювання емоційного дистресу, пов'язаного з тривожними розладами в умовах хронічного стресу, було використано Опитувальник депресії Бека (BDI) [5]. Такий комплексний діагностичний підхід дозволив максимально повно оцінити психоемоційний стан учасників.

Ці методи були використані для збору даних. Проведене дослідження дало результати, які доповнюють теоретичні пояснення першого розділу та висвітлюють специфічні характеристики тривожних розладів у підлітків, які перебувають у воєнному стані. Рівень тривожності досліджуваної вибірки був підвищеним: середній бал за субшкалою тривожності HADS становив 7,5 балів, що розміщує його на межі між нормальним та субклінічним рівнями. Водночас стандартне відхилення (4,79) свідчить про значну варіабельність показників - група включає як осіб з низьким рівнем тривожності, так і тих, чиї бали наближаються до клінічної значущості. Це підкреслює гетерогенність психоемоційного стану підлітків

під час війни та необхідність диференційованого підходу в психологічній допомозі.

Гендерний аналіз виявив статистично значущі відмінності в індексі тривожності: бали жінок були вищими на 8 балів, ніж чоловіків - на 7,27 балів ($p = 0,01$). Не виявлено суттєвих гендерних відмінностей щодо схильності до депресії та ПТСР. Це свідчить про те, що молоді жінки більш схильні до тривоги в стресових ситуаціях, що слід враховувати при плануванні психокорекційних втручань.

Кореляційний аналіз виявив значний позитивний зв'язок між тривогою та депресією ($r = 0,60$ для HADS та $r = 0,63$ між тривогою, виміряною за HADS та шкалою депресії Бека). Зв'язок між тривогою та схильністю до ПТСР ($r = 0,71$) був ще сильнішим [1; 14]. Практичне значення цього висновку полягає в тому, що боротьба з тривогою не може бути одноразовою подією - вона обов'язково повинна включати профілактику депресії [19] та ПТСР, особливо у молодих людей, які протягом тривалого періоду зазнавали стресу, пов'язаного з війною.

Отримані результати дозволили розробити практичні рекомендації. Психологам та соціальним працівникам рекомендується враховувати гендерні особливості під час організації групової роботи, навчати навичкам саморегуляції превентивно (не чекаючи появи клінічних симптомів ПТСР) та проводити додаткові діагностичні оцінки депресивних симптомів у осіб з високим рівнем тривожності. Практичні методи подолання тривожності пропонуються самим молодим людям.

ВИСНОВКИ

Проаналізовано теоретичні підходи до вивчення тривожності та тривожних розладів. Тривога розглядається як багатовимірне явище, що охоплює ситуативну тривогу (тобто тимчасовий емоційний стан) та особистісну тривогу (тривога як стійка риса особистості). Важливо розрізняти нормальну, адаптивну тривогу, яка мобілізує людину перед обличчям потенційних небезпек, та патологічну тривогу, яка дезорганізує поведінку та порушує нормальне функціонування. Межа між нормальною та патологічною тривожністю визначається інтенсивністю, тривалістю та ступенем дезадаптації індивіда.

Визначено особливості прояву тривожності у молоді в умовах війни. Умови воєнного стану створюють хронічний стресовий контекст (небезпека, невизначеність, обмеження, інформаційне перевантаження, втрати, вимушені зміни способу життя), який може посилювати тривогу та запускати процеси дезадаптації, особливо у молоді, вікової групи, яка є високочутливою до соціальних змін та одночасно стикається з необхідністю приймати вирішальні життєві рішення щодо освіти, кар'єри та майбутнього. Дослідження характеристик симптомів тривоги у молоді, яка живе в умовах воєнного стану, показує, що переживання тривоги цією групою часто є багатогранними: вони включають страх за власну безпеку та безпеку близьких, напругу через непередбачуваність майбутнього, посилення думок про контроль та схильність до катастрофізації, а також поведінкові прояви, такі як уникнення, труднощі з концентрацією уваги, виснаження та порушення сну. Водночас тривога у воєнний час не є однорідною: вона варіюється залежно від індивідуальних ресурсів, попередньої травми, особистої тривожності, ступеня соціальної підтримки, характеру втрат, умов життя та суб'єктивної близькості до загрози.

Проведено емпіричне дослідження психологічних особливостей тривожних розладів у молоді, перебуваючої в умовах воєнного стану. Вибірку склали 30 осіб віком від 19 до 29 років, рівномірно розподілених за статтю (15 дівчат, 15 хлопців). Усі учасники дослідження перебували на території України після 24 лютого 2022 року. Діагностика проводилась трьома стандартизованими методиками. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), яка має дві субшкали, коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР та шкала депресії Бека (BDI).

Середній бал тривожності вибірки становив 7,5 балів за шкалою HADS, що розміщує його на межі між нормальним діапазоном та субклінічним діапазоном. Водночас спостерігалася значна варіабельність показників (стандартне відхилення 4,79), що свідчить про гетерогенність станів учасників. Вплив стресу, пов'язаного з війною, на психічне здоров'я молоді не є однорідним - він залежить від індивідуальних особливостей, життєвого досвіду та інших факторів, які потребують подальшого, більш детального дослідження. Гендерний аналіз показав, що жінки демонстрували значно вищі показники тривожності, ніж чоловіки ($p = 0,01$). Однак цей гендерний фактор був статистично значущим лише для тривожності; депресивні та посттравматичні симптоми не показали таких відмінностей у досліджуваній вибірці. Кореляційний аналіз виявив сильний позитивний зв'язок між тривогою та депресією ($r = 0,60$ для шкали HADS та $r = 0,63$ між тривогою (шкала HADS та шкала депресії Бека)), а також сильний зв'язок між тривогою та схильністю до посттравматичного стресового розладу ($r = 0,71$). На практиці це означає, що молоді люди з хронічно високою тривожністю мають підвищений ризик: вони набагато частіше розвивають депресивні стани та посттравматичні реакції навіть після однієї травматичної події. Тому психологічна підтримка має бути комплексною та спрямованою не лише на зниження тривожності, але й на запобігання депресії та посттравматичному стресовому розладу.

Розроблені практичні рекомендації щодо психологічної підтримки молоді з ознаками тривожних розладів в умовах воєнного стану.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Fedchyshyn N.O., et al. Depression, PTSD and psychological distress among Ukrainian youth: The impact of war on mental health // Pol Merkur Lekarski. 2025. Vol. 53, No. 2. P. 112–119.

2. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R., Vagg P.R., Jacobs G.A. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.

3. Zigmond A.S., Snaith R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 67(6), 361–370.

4. Котенєв І.О. Психологія посттравматичного стресу. Одеса: Астропринт, 1996. 212 с.

5. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

6. Arnett J. J. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties // American Psychologist. 2000. Vol. 55, No. 5. P. 469–480.

7. Галієва, О. М. (2019). Диференціація понять "тривога" та "тривожність". *Психологія та соціальна робота*, 24(1), 49.

8. World Health Organization. (2018). International Classification of Diseases, 11th Edition (ICD-11). Geneva: WHO.

9. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

10. Arnett, J. J. (2015). Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

11. Giedd, J. N. (2004). Structural Magnetic Resonance Imaging of the Adolescent Brain. Annals of the New York Academy of Sciences, 1021(1), 77–85.

12. Кондратюк С. М. Психологічні особливості переживання стресу в умовах війни. Габітус, 2023. №56. С. 145–149.

13. Ярхо, О. (2026). Психологічні механізми вторинної травматизації журналістів в умовах збройного конфлікту та детермінанти збереження ментального здоров'я. Вчені записки Університету «КРОК», (81), 528–534.

14. Балабанова, Л. М. (2017). Психологічні особливості рефлексії вимушених переселенців. Проблеми екстремальної та кризової психології, (22), 51–59.

15. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. Psychological Inquiry, 15(1), 1–18.

16. Buchanan, T., & Hvizdak, E. E. (2021). Online survey tools: Ethical and methodological considerations. European Psychologist, 26(1), 1–11.

17. Platona, R. I., et al. (2024). The impact of psychiatric comorbidities associated with depression: a literature review. Medicine and Pharmacy Reports, 97(2), 143–148.

18. Mukaka, M. M. (2012). Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. Malawi Medical Journal, 24(3), 69–71.

19. Стьюдент (1908). The probable error of a mean. Biometrika, 6(1), 1–25.

20. Sareen, J. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk Factors, and Treatment. The Canadian Journal of Psychiatry, 59(9), 460–467.

21. Jerath, R., Edry, J. W., Barnes, V. A., & Jerath, V. (2006). Physiology of long pranayamic breathing: Neural respiratory elements may provide a

mechanism that explains how slow deep breathing shifts the autonomic nervous system. Medical Hypotheses, 67(3), 566–571.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

Інструкція: Прочитайте уважно кожне твердження і оберіть відповідь, яка найбільше відповідає тому, як ви почувалися на минулому тижні.

1. Я перебуваю у стані напруги або у «заведеному» стані

3 б. Більшу частину часу

2 б. Значну частину часу

1 б. Час від часу, від випадку до випадку

0 б. Ніколи

2. Я відчуваю себе загальмованим (-ою) і роблю все повільно

3 б. Майже весь час

2 б. Дуже часто

1 б. Іноді

0 б. Абсолютно ні

3. У мене присутнє відчуття переляку, подібне до «метеликів у животі» (внутрішнє тремтіння)

0 б. Абсолютно немає

1 б. Від випадку до випадку

2 б. Досить часто

3 б. Дуже часто

4. Я можу отримувати задоволення від того ж самого, як і раніше

0 б. Безумовно, в такому самому обсязі

1 б. Так, але не настільки, як і раніше

2 б. Лише трохи

3 б. Лише трохи ні

5. У мене є якесь страшне відчуття, неначе станеться щось жахливе

3 б. Так, є дуже виразне погане передчуття

2 б. Так, але це відчуття не настільки важке

1 б. Трохи, однак це не турбує мене

0 б. Абсолютно немає

6. Я втратив(-ла) цікавість до своєї зовнішності (і не стежу за нею)

3 б. Абсолютно так

2 б. Я стежу за собою не наскільки потрібно

1 б. Дещо менше, ніж раніше

0 б. Стежу за собою, як і раніше

7. Я відчуваю неспокій і непосидючість, ніби мені весь час потрібно рухатися

3 б. Дійсно, дуже сильно

2 б. Вельми значно

1 б. Не дуже сильно

0 б. Абсолютно немає

8. Я здатен(-а) сміятися і сприймати смішне

0 б. Такою ж мірою, як і завжди

1 б. Тепер вже не такою мірою

2 б. Безумовно вже не настільки

3 б. Не можу абсолютно

9. У моїй голові крутяться неспокійні думки

3 б. Переважну частину часу

2 б. Значну частину часу

1 б. Час від часу, але не дуже часто

0 б. Лише зрідка

10. Я дивлюся в майбутнє, очікуючи, що можу отримувати радість і задоволення (від роботи, захоплень тощо)

0 б. Такою ж мірою, як і завжди

1 б. Трохи менше, ніж зазвичай

2 б. Набагато менше, ніж зазвичай

3 б. Абсолютно ні

11. Мене охоплює раптове відчуття паніки

3 б. Дійсно, дуже часто

2 б. У цілому часто

1 б. Нечасто

0 б. Абсолютно ні

12. Я почуваюся бадьоро

3 б. Абсолютно ніколи

2 б. Нечасто

1 б. Іноді

0 б. Більшу частину часу

13. Я можу просто сидіти і почуватися розслабленим(-ою)

0 б. Абсолютно так

1 б. Зазвичай так

2 б. Нечасто

3 б. Не можу абсолютно

14. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- або телепрограми

0 б. Часто

1 б. Скоріше часто

2 б. Іноді

3 б. Дуже рідко

Субшкала A - «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;

Субшкала D - «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Підраховуються бали за кожною шкалою окремо. Максимальна кількість балів - 21.

0–7 балів – норма (відсутність виражених симптомів)

8–10 – пограничний рівень (субклінічний стан)

11–14 – помірний рівень (клінічно значущий)

15–21 – високий рівень (виражені симптоми)

ДОДАТОК Б

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР

Інструкція: Виберіть тільки один варіант відповіді ("Так" або "Ні") і зробіть позначку у відповідній графі реєстраційного бланка.

1) нездатність розслабитися (напруженість);

2) роздратування і поганий настрій;

3) вторгнення у свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент;

4) неуважність, погане зосередження уваги;

5) сильний смуток, печаль;

6) сильна втома, недостатність енергії;

7) потрясіння або паніка;

8) прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію;

9) труднощі засинання, погіршення сну;

10) зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, в тому числі професійної.

Кожна відповідь «Так» дорівнює 1 балу. Всі бали підсумовуються. Чим більше балів набрав респондент, тим вищою є ймовірність наявності у нього клінічно значущих проявів тривоги, депресії або ПТСР.

ДОДАТОК В

Шкала депресії Бека (BDI)

Інструкція: Людина уважно читає кожну групу тверджень і обирає те, яке відповідає її самопочуттю зараз та останній тиждень. Не рекомендується довго роздумувати над відповіддю – перша реакція вважається найбільш точною.

1. 0 – Я не сумую.

1 – Мені погано і сумно.

2 – Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою вдіяти.

3 – Мені так погано і сумно, що я не в змозі більше терпіти.

2. 0 – Майбутнє не лякає мене.

1 – Я боюся майбутнього.

2 – Нічого хорошого в майбутньому мене не чекає.

3 – Моє майбутнє безпросвітне.

3. 0 – Я не відчуваю себе невдахою.

1 – У моєму житті невдач і провалів було більше, ніж у будь-кого іншого.

2 – Коли я оглядаюся на своє життя, я бачу в ньому багато невдач.

3 – Я відчуваю, що я – цілковитий невдаха.

4. 0 – Я цілком задоволений своїм життям.

1 – Я не так задоволений життям, як раніше.

2 – Я не можу отримувати задоволення від життя.

3 – Мене не задовольняє абсолютно все.

5. 0 – Я не відчуваю себе винуватим.

1 – Може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо.

2 – Більшість часу я відчуваю себе винуватим.

3 – Я постійно відчуваю провину.

6. 0 – Я задоволений собою.

1 – Іноді я відчуваю себе нестерпним.

2 – Я постійно відчуваю власну неповноцінність.

3 – Я абсолютно нікчемна людина.

7. 0 – Я не відчуваю, що заслужив покарання.

1 – Я зробив щось варте осуду, і готовий до покарання.

2 – Я знаю, що заслуговую на суворе покарання.

3 – Я відчуваю себе вже покараним життям.

8. 0 – Я знаю, що я не гірший за інших.

1 – Іноді я роблю помилки, за які потім себе критикую.

2 – Я увесь час звинувачую себе у своїх прорахунках.

3 – Я відчуваю себе винуватим у всіх бідах.

9. 0 – Я ніколи не розчаровувався в собі.

1 – Я часто відчуваю розчарування в собі.

2 – Я не люблю себе.

3 – Я себе ненавиджу.

10. 0 – Я ніколи не думав про самогубство.

1 – Іноді мені спадає на думку самогубство, але я не буду цього робити.

2 – Я хотів би накласти на себе руки.

3 – Я вб'ю себе, як тільки трапиться нагода.

11. 0 – Я ніколи не плачу.

1 – Іноді мені хочеться плакати.

2 – Я плачу майже постійно.

3 – Раніше я плакав, а тепер не можу, навіть якщо дуже хочеться.

12. 0 – Я спокійний.

1 – Мене легко роздратувати.

2 – Я постійно відчуваю роздратування.

3 – Мені все байдуже, навіть те, що раніше дратувало мене.

13. 0 – Я легко приймаю рішення.

1 – Буває, що я відкладаю прийняття рішення на потім.

2 – Мені важко приймати рішення.

3 – Я взагалі не можу нічого вирішувати.

14. 0 – Я маю вигляд, як зазвичай.

1 – Я маю вигляд гірший, ніж зазвичай.

2 – Я почав виглядати набагато гірше, ніж зазвичай.

3 – Я огидний.

15. 0 – Я можу працювати так само добре, як і раніше.

1 – Мені доводиться робити зусилля, щоб змусити себе працювати.

2 – Я насилу можу виконувати звичайну роботу.

3 – Я взагалі не можу виконувати ніякої роботи.

16. 0 – Я сплю так само добре, як раніше.

1 – Я почав гірше спати і прокидаюся втомленим.

2 – Я рано прокидаюся і відчуваю, що не виспався.

3 – Я прокидаюся кілька разів за ніч і більше не можу заснути.

17. 0 – Я втомлююся не більше, ніж зазвичай.

1 – Тепер я втомлююся більше, ніж завжди.

2 – Майже все викликає в мене втому.

3 – Я взагалі нічого не можу робити через втому.

18. 0 – У мене хороший апетит.

1 – Мій апетит гірший, ніж раніше.

2 – Мій апетит набагато гірший, ніж раніше.

3 – У мене взагалі немає апетиту.

19. 0 – Мені легко спілкуватися з людьми.

1 – Мені доводиться змушувати себе спілкуватися з людьми.

2 – Мені дуже важко спілкуватися з людьми.

3 – Я абсолютно не спілкуюся з людьми.

20. 0 – Я відчуваю себе цілком здоровим.

1 – Мене турбують проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям (запор, пронос, біль і т.п.).

2 – Я постійно думаю про проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям.

3 – Я вважаю, що моє здоров'я безнадійно підірване.

21. 0 – Мій сексуальний потяг зберігся на колишньому рівні.

1 – Мій сексуальний потяг знизився.

2 – Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу.

3 – Секс мене абсолютно не цікавить.

Підраховується загальна сума балів. Максимальний показник може сягати 63 балів.

0–9 балів – відсутність депресивних проявів (норма);

10–15 балів – легкі симптоми (субклінічний рівень);

16–19 балів – симптоми середньої тяжкості;

20–29 балів – симптоми вираженого (помірного або тяжкого) ступеня;

30–63 бали – дуже високий рівень вираженості.