МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

на тему: **КУЛЬТУРНО-СПЕЦИФІЧНИЙ СИНДРОМ ЯК ЧИННИК ТРИВОЖНОСТІ СУЧАСНИХ УКРАЇНЦІВ**

Виконав: студент 2 курсу, групи 8.0533
спеціальності 053 – Психологія
Тішин Олександр Володимирович
Керівник: Іванова Л.С. к.філос.н., доцент кафедри педагогіки та психології освітньої діяльності
Рецензент: Грандт В.В., к.психол.н., доцент кафедри психології

Запоріжжя – 2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2024 р.

**З А В Д А Н Н Я**

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Тішину Олександру Володимировичу

Тема роботи Культурно-специфічний синдром як чинник тривожності сучасних українців

керівник роботи Іванова Л.С. к.філос.н., доцент кафедри педагогіки та психології освітньої діяльності

затверджені наказом ЗНУ від «24» 09 2024 року № 1447-с

2. Строк подання студентом роботи січень –листопад 2024 р.

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити аналіз поняття «культурно-специфічний синдром» у психологічному дискурсі; висвітлити особливості прояву «культурно-специфічного синдрому» в Україні та інших країнах світу; проаналізувати категорію тривожності в психологічній літературі; охарактеризувати основні прояви тривожності та їх розвиток в умовах війни; емпірично дослідити прояви «культурно-специфічного синдрому» на рівень тривожності сучасних українців.

5. Перелік графічного матеріалу: 3 таблиці, 3 малюнки

6. Консультанти розділів роботи

| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата | |
|---|---|---|---|
| | | Завдання Видав | Завдання прийняв |
| Вступ | Іванова Л.С., доцент | | |
| Розділ 1 | Іванова Л.С., доцент | | |
| Розділ 2 | Іванова Л.С., доцент | | |
| Розділ 3 | Іванова Л.С., доцент | | |
| Висновки | Іванова Л.С., доцент | | |

7. Дата видачі завдання 09.01.2024

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів кваліфікаційної роботи | Строк виконання етапів роботи | Примітка |
|---|---|---|---|
| 1 | Збір та систематизація матеріалу | січень –лютий 2024 р. | Виконано |
| 2 | Робота над вступом | березень 2024 р. | Виконано |
| 3 | Робота над першим розділом | квітень-травень 2024 р. | Виконано |
| 4 | Робота над другим розділом | липень 2024 р. | Виконано |
| 5 | Робота над третім розділом | червень -серпень 2024 р. | Виконано |
| 6 | Написання висновків | вересень 2024 р. | Виконано |
| 7 | Передзахист | жовтень 2024 р. | Виконано |
| 8 | Нормоконтроль | листопад 2024 р. | Виконано |

Студент _____ О.В. Тішин

Керівник роботи _____ Л.С. Іванова

**Нормоконтроль пройдено**
**Нормоконтролер _____** А.О. Неманежина

# РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 79 сторінок, 3 малюнки, 3 таблиці, 78 джерел, 1 додаток.

Об’єкт дослідження: психологічний феномен тривожності.

Предмет дослідження: вплив культурно-специфічного синдрому на формування рівня тривожності в сучасних українців.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити вплив «культурно-специфічного» синдрому на формування рівня тривожності в сучасних українців.

Гіпотеза дослідження: особи, що є носіями таких різновидів «культурно-специфічного синдрому» як «злі очі», вроки та забобонні є більш схильними до розвитку тривожності, а ніж ті, що не вірять в їх існування.

Методи дослідження. Теоретичний аналіз літератури; анкетування, засноване на діагностичній методиці «Шкала оцінки рівня особистої тривожності» Ч. Д. Спілбергера в адаптації Ю. Л. Ханіна; напівструктуроване інтерв’ювання.

Наукова новизна. Дана робота є однією з перших спроб в україномовному науковому психологічному середовищі дати характеристику явищу «культурно-специфічного синдрому» та його впливу на розвиток тривожності.

Результати дослідження можуть бути використанні при подальшому вивченні проблеми «культурно-специфічного синдрому» на теренах України, при викладанні дисципліни «Етнопсихологія» магістерського освітнього рівня освітньо-професійної програми «Психологія».

ТРИВОЖНІСТЬ, КУЛЬТУРНО-СПЕЦИФІЧНИЙ СИНДРОМ, «ЗЛІ ОЧІ», ВРОКИ, ЗАБОБОНИ, УКРАЇНЦІ.

## SUMMARY

Tishyn O.V. Culture-specific syndrome as a factor of anxiety of modern Ukrainians.

Object of research: the psychological phenomenon of anxiety.

Subject of research: the influence of a culture-specific syndrome on the formation of the level of anxiety in modern Ukrainians.

The purpose of the research: to theoretically substantiate and empirically investigate the influence of the culture-specific syndrome on the formation of the level of anxiety in modern Ukrainians.

The hypothesis of the research: persons who are carriers of such varieties of culture-specific syndrome as «evil eyes» and superstitions are more prone to the development of anxiety than those who do not believe in their existence.

Research methods. Theoretical analysis of literature; Spielberger-Hanin anxiety test; semi-structured interviewing.

A scientific innovation. This work is one of the first attempts in the Ukrainian scientific psychological science to characterize the phenomenon of culture-specific syndrome and its impact on the development of anxiety.

Research results can be used in the further study of the problem of culture-specific syndrome in Ukraine.



ANXIETY, CULTURAL-SPECIFIC SYNDROME, "EVIL EYE", SUPERSTITIONS, UKRAINIANS.

**ЗМІСТ**

ВСТУП……..7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЯВИЩА КУЛЬТУРНО-СПЕЦИФІЧНОГО СИНДРОМУ ЯК ЧИННИКА РОЗВИТКУ ТРИВОЖНОСТІ……10
1.1. Розкриття феномену культурно-специфічного синдрому у психологічному дискурсі……..10
1.2. Порівняльний аналіз переживання культурно-специфічного синдрому в Україні та інших країнах світу……19
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНОСТІ…….34
2.1. Аналіз категорії тривожності в психологічній літературі……..34
2.2. Прояви тривожності……...40
2.3. Розвиток тривожності в умовах війни……..49
РОЗДІІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КУЛЬТУРНО-СПЕЦИФІЧНОГО СИНДРОМУ ЯК ЧИННИКА РОЗВИТКУ ТРИВОЖНОСТІ У СУЧАСНИХ УКРАЇНЦІВ……...55
3.1. Інструментарій та процедура дослідження……..55
3.2. Аналіз результатів дослідження……58
ВИСНОВКИ……...68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….71
ДОДАТКИ……..80

# ВСТУП

Актуальність. Попри те, що ХХ століття було позначене розвитком процесу глобалізації, яка охопила всі сфери людської діяльності, сучасне людство є сукупністю різноманітних культур та цивілізацій. Наприкінці минулого століття провідні психологи всього світу взялися за визначення, обговорення, а іноді й критику універсальних психологічних характеристик і механізмів, які вважаються спільними для всіх культур і цивілізацій. У цей час були закладені основи постколоніальної глобальної та міжкультурної психологічної науки. На сьогодні західна психологія прагне позбутися колоніальної спадщини та асоціацій і закласти основу для більш інклюзивних, егалітарних відносин між західними та незахідними концепціями психічних феноменів.

Унікальними психологічними явищам, яке не здатне бути описане традиційним науковим апаратом виступають так звані «культурно-специфічні синдроми», властиві для обмежених людських спільнот певних країн та територій. Найчастіше саме «культурно-специфічні синдроми» є причиною появи багатьох тривожних станів. Такі страхи дуже сильно залежать від конкретної культури. Та сама соціальна поведінка може сприйматися як нормальна в одній культурі та «нерозумна та надмірна» в іншій

Протягом семи десятиліть існування радянської влади в Україні спостерігалася активна політика атеїзації суспільства. Однак релігійні звичаї та переконання настільки глибоко вкоренилися в українській свідомості, що продовжують існувати й нині. Навіть освічені особистості з атеїстичними переконаннями дотримуються традицій, які забороняють займатися садово-городніми роботами, шиттям та іншими працями під час великих релігійних свят, таких як Великдень, Трійця, Покрова, Благовіщення та інші. Відповідні настанови впроваджені в народні приписи, наприклад: «На Благовіщення і птиця гнізда не в’є»; «Не слід обробляти город у перший день Петрівки, бо

нариватимуть пальці». До сьогодні сучасні українці продовжують вірити у вроки та «злі очі», які також можна визначити як різновид «культурно-специфічного синдрому». Крім того, безпрецедентна невизначеність під час російської агресії викликала занепокоєння серед населення України, внаслідок чого деякі люди почали ще більше покладатися на забобони як на механізм подолання загроз.

Об'єкт дослідження: є психологічний феномен тривожності.

Предмет дослідження: вплив культурно-специфічного синдрому на формування рівня тривожності в сучасних українців.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити вплив «культурно-специфічного» синдрому на формування рівня тривожності в сучасних українців. Під поняттям «культурно-специфічний синдром» в даній роботі розуміється модель дистресу чи симптомів, які є унікальними для певної етнічної чи культурної групи та не відповідають стандартній класифікації психічних розладів.

Гіпотеза даної роботи: особи, що є носіями таких різновидів «культурно-специфічного синдрому» як «злі очі», вроки та забобонні є більш схильними до розвитку тривожності, а ніж ті, що не вірять в їх існування.

Відповідно до поставленої мети у роботі вирішуються наступні дослідницькі завдання:

1. здійснити аналіз поняття «культурно-специфічний синдром» у психологічному дискурсі;

2. висвітлити особливості прояву «культурно-специфічного синдрому» в Україні та інших країнах світу;

3. проаналізувати категорію тривожності в психологічній літературі;

4. охарактеризувати основні прояви тривожності та їх розвиток в умовах війни

5. емпірично дослідити прояви «культурно-специфічного синдрому» на рівень тривожності сучасних українців.

Під час написання роботи були використані наступні методи: теоретичного аналізу літератури, який застосовувався для аналізу категорії «культурно-специфічний синдром» та «тривожність» в сучасному психологічному дискурсі; анкетування, засноване на діагностичній методиці «Шкала оцінки рівня особистої тривожності» Ч. Д. Спілбергера в адаптації Ю. Л. Ханіна, використання якого було націлене на вимірювання рівня тривожності, спричиненого «культурно-специфічним синдромом»; напівструктуроване інтерв'ювання, метою якого було зібрати інформацію про психологічні життєві практики переживання таких різновидів «культурно-специфічного синдрому» в українському етнокультурному середовищі як погані прикмети, «злі очі» та пристріт.

Наукова новизна: дана робота є однією з перших спроб в україномовному науковому психологічному середовищі дати характеристику явищу «культурно-специфічного синдрому» та його впливу на розвиток тривожності.

Практичне значення: результати проведеного дослідження можуть бути використані при подальшому вивченні проблеми «культурно-специфічного синдрому» на теренах України. Також матеріали роботи можуть бути використані при викладанні дисципліни «Етнопсихологія» магістерського освітнього рівня освітньо-професійної програми «Психологія».

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку літератури та одного додатку.

# РОЗДІЛ 1
# ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЯВИЩА КУЛЬТУРНО-СПЕЦИФІЧНОГО СИНДРОМУ ЯК ЧИННИКА РОЗВИТКУ ТРИВОЖНОСТІ

## 1.1. Розкриття феномену культурно-специфічного синдрому у психологічному дискурсі

Поняття культурно-специфічного синдрому вперше з'явилося в Гонконзі в 1950-х рр., коли психіатр Поу Менг Яп, який отримав британську освіту, з'ясував, що скарги, які він чув від своїх місцевих пацієнтів у Гонконгу, не завжди збігалися з описами у стандартних підручниках з психіатрії, які він вивчав [61]. У 1951 р. він опублікував статтю «Психічні захворювання, властиві певним культурам», у якій намагався задокументувати хвороби з віддалених куточків колоніального світу, розлади, з якими більшість західних психіатрів ніколи не стикалися [61]. Збираючи хвороби для свого списку, Поу Менг Яп спирався на факти, описані антропологами та психіатрами на початку XX ст. Наприклад, він згадав три хвороби з колоніальної Малайзія: амок, вбивство, що викликає амнезію; «latah», коли вражена жертва впадає в транс і імітує або підкоряється будь-кому навколо; коро, страх, що статеві органи втягуються в тіло, і що це зрештою призведе до смерті. Сам Поу Менг Яп був першим, хто визнав, що існуюча література про ці хвороби була плутаниною, частково спостереженням, частково «поширеним упередженням» [61].

Перше видання DSM в 1952 р. та друге видання DSM в 1968 р. не містило згадок про культурно-специфічний синдром. Це поняття проникло в психологічну літературу лише в третє видання DSM в 1980 р. Дане видання містило наступне застереження: «Симптоми, специфічні для культури… можуть створити труднощі у використанні DSM-III-R [або] тому, що

психопатологія є унікальною для цієї культури, або тому, що категорії DSM-III-R не ґрунтуються на обширних дослідженнях із незахідним населенням» [61].

Дж. Беррі (J. Berry) в статті «Про міжкультурну порівнянність» (1969) запропонував методологічну основу для міжкультурного дослідження [31, 119]. По-перше, спочатку необхідно продемонструвати, що існує функціональна еквівалентність поведінки в одній чи іншій із розглянутих культур. Тобто можна порівнювати лише поведінку, яка є відповіддю на ідентичну проблему. По-друге, ми можемо, на пробній основі, почати дослідження з концепції спостережуваної поведінки, яка не залежить від розглянутих культур (гіпотетична загальність), за умови, що це лише як відправна точка, і що ця поведінка потім мислиться в тих самих термінах культури кожного. Загальні аспекти потім можуть бути використані для побудови основи порівняння, дійсної для обох культур (похідна загальність) і навіть для всіх інших культур (універсальність). По-третє, вимірювальні інструменти та методи можуть бути винайдені за умови, що концептуальна еквівалентність може бути досягнута.

Викладач кафедри антропології Гарвардського університету в США А. Клейнман (A. Kleinman) в статті «Депресія, соматизація та "нова крос-культурна психіатрія"» (1977) [48], використавши матеріал польових досліджень на Тайвані та дані антропологічних і клінічних досліджень, щоб підтвердити думку про існування міжкультурних відмінностей в депресивних розладах. Він використав соматизацію серед китайських депресивних для ілюстрації своєї позиції. Дана стаття А. Клейнмана фактично заклала початок існування «нової крос-культурної психіатрії», яка обіцяла відродження традиції, що б належно поважала культурні відмінності та не експортувала психіатричні теорії, які самі були пов’язані з культурою. А. Клейнман звернув увагу на можливість помилки категорії, коли психіатрична епідеміологія проводиться без зусиль для встановлення міжкультурної валідності діагностичних конструкцій. Це залишало відкритим питання про

те, чи працює будь-яка категорія в різних культурах, але наполягало на тому, що це емпіричне питання, яке вимагає серйозних досліджень із застосуванням спеціальних методологій, які виходять далеко за рамки стандартної психіатричної епідеміології. На думку вченого, ці методи, як правило, мають включати детальну етнографію, спрямовану на встановлення значення симптомів, синдромів і захворювань, а також індикатори культурної достовірності хвороби, інвалідності та результату [48].

Термін «культурно-специфічний синдром» був вперше включений до четвертої версії Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів в 1994 р. (DSM-IV) [36]. В даному посібнику «культурно-специфічний синдром» розумівся як «повторювані, специфічні для місцевості моделі аномальної поведінки та тривожних переживань, які можуть бути або не бути пов’язані з певною діагностичною категорією DSM-IV» [36]. Даний посібник визнавав, що ці синдроми мають дві спільні риси: їх нелегко вписати в усталені та міжнародні діагностичні категорії; їх початковий опис відноситься до певної групи населення або культурної області [78]. У DSM-IV-TR (2000) культурно-специфічні синдроми розглядалися в тому саму значенні, що й в DSM-IV (1994) [78]. При цьому DSM-IV-TR (2000) встановлював, що для таких синдромів вирішальними є наступні характеристики: місцеві жителі вважають синдромом хвороби чи недуги, а отже, вони визнаються в суспільстві в якості відхилення від нормального чи здорового стану; синдроми отримують конкретну місцеву назву, часто на корінній мові спілкування, що може бути компонентом народних діагностичних категорій; симптоми, перебіг і соціальна реакція таких синдромів часто залежать від місцевих культурних факторів – наприклад, народних систем лікування, заснованих на пояснювальній моделі досвіду; обов’язкова обмеженість певними суспільствами чи культурними територіями – географічними регіонами, територіями зі спільною етнічною історією чи ідентичністю [78].

DSM-V (2013) відкинув концепцію синдромів, пов’язаних з культурою, віддавши перевагу терміну «культурні концепції дистресу», який визначався як «спосіб, у який культурні групи відчувають, розуміють і передають страждання, поведінкові проблеми або тривожні думки та емоції» [78]. Таким чином, DSM-V було визначено три культурні концепції до даних синдромів: «синдроми» (групи симптомів і атрибутів, що виникають серед індивідів у певних культурах); «ідіоми дистресу» (спільні способи спілкування, вираження чи обміну дистресом); і «пояснення» (ярлики, атрибуції, що вказують на причинний зв’язок симптомів або страждання) [78]. DSM-V підкреслює, що всі психічні розлади розвиваються в певних культурних рамках, і визнає, що різні групи населення мають різні та культурно зумовлені способи передачі дистресу разом із поясненнями причинного зв’язку, методів подолання та поведінки, спрямованої на пошук допомоги [78]. У порівнянні з попередніми посібниками кількість культурно-специфічних синдромів у DSM-V зменшилася до 9 (у попередніх виданнях їх кількість становила 25).

При вивченні культурно-специфічного синдрому П. Гуарначчі (P. Guarnaccia) та Л. Роглер (L. Rogler) пропонують дати відповідь на наступні питання: Питання 1: Природа явища; Питання 2: Розташування в соціальному контексті; Питання 3: Зв'язок із психічним розладом; Питання 4: Соціальна/психіатрична історія синдрому [40]. На думку зазначених науковців, будь-яке дослідження культурно-специфічного синдрому варто почати з визначення природи явища. Для цього потрібно відповісти на такі питання: як ми характеризуємо синдром прив’язаності до культури в його культурному контексті та які визначальні ознаки явища [40]. Після того як значимість культурно-специфічного синдрому задокументована, суб’єктивні переживання, пов’язані з синдромом, тобто феноменологія синдрому, потребують дослідження [40]. Потім варто відповісти на запитання, зосереджених на фізичних відчуттях, а також емоціях і думках людини під час переживання синдрому [40]. Потрібні також дані про те, як синдром

впливає на орієнтацію людини в часі та місці, як розігрується або виконується синдром, і як близькі люди визнають страждання, пов'язані з синдромом [40].

Характеризуючи розташування культурно-специфічного синдрому в соціальному контексті П. Гуарначчі та Л. Роглер звертають увагу на те, що варто похідно відповісти на такі питання про те, хто ті люди, які відчувають культурно-специфічні синдроми, і яке їхнє соціальне структурне розташування та які ситуаційні фактори провокують ці синдроми [40]. Щоб охарактеризувати культурно-специфічний синдром, необхідно визначити соціальні характеристики людей, які страждають на нього. Соціально-структурні фактори визначають групи ризику синдрому. Контекст визначає випадки, коли ймовірно виникне культурно-специфічний синдром, і соціальні ситуації, які їх провокують [40]. В якості прикладу вчені наводять так звану «пуерто-ріканську хворобу» або ж «ataques de nervios», на яку страждають в першу чергу жінки віком старше 45 років, які мали освіту нижче середньої школи, які пережили розлучення, і що не були працевлаштовані. Існує сильна кореляція між «пуерто-ріканською хворобою» і конкретним соціальним досвідом. «Пуерто-ріканська хвороба» провокується загрозами локального соціального світу суб'єкта, наприклад сім'ї. Виникнення «пуерто-ріканської хвороби» провокується втратою членів сім'ї чи сімейних стосунків або від подій, які потенційно загрожують цінним стосункам, таких як розлучення чи конфлікти з дітьми. «Пуерто-ріканська хвороба» — це культурні ідіоми, які виражають страждання та означають благання про допомогу (іспанською мовою «socorro»).

При вивченні культурно-специфічного синдрому варто визначити наскільки цей синдром пов'язаний з психічним здоров'ям. П. Гуарначчі та Л. Роглер називають «це питанням супутньої патології, оскільки припускається, що вивчення типового зв'язку культурально-прив'язаного синдрому з психіатричними діагнозами є більш плідним підходом, ніж спроба передчасно віднести його до діагностичних категорій DSM» [40].

Ц. Гуґс (C. Hughes), Р. Сімонс (R. Simons), Р. Вінтроб (R. Wintrob) з цього приводу зазначають: «Феномени синдромів, пов'язаних із культурою, не є окремими, обмеженими сутностями, які можна безпосередньо перекласти у звичайні західні категорії. Швидше, коли досліджуються на первинному рівні, вони взаємопроникають у встановлені діагностичні сутності із симптомами, які переповнюють численні частини нозологічної структури DSM» [41, 996 – 997]. Відповідно, даний набір запитань зосереджується на динаміці переживань, пов'язаних із культурно-специфічними синдромами, у міру того, як розгортається життєвий шлях людини [40].

Після цього, на думку П. Гуарначчі та Л. Роглера варто зосередити свою увагу на соціальній/психіатричній історії синдрому, відповівши на такі питання: якою є послідовність виникнення культурно-специфічного синдрому та психічних розладів; як історія життя постраждалого, зокрема досвід травматичних подій, впливає на послідовність. Коли культурно-специфічний синдром передує виникненню розладу, згаданий синдром може виявити вразливу особу з ризиком розвитку психіатричних проблем. Одночасне виникнення культурно-специфічного синдрому та психіатричного розладу цілком може вказувати на більшу тяжкість як культурно-специфічного синдрому, так і психічного розладу.

Проблемі взаємодії культурно-специфічного синдрому, психічних розладів та життєвого досвіду були присвячені наробки М. Лейбовітц (M. Liebowitz),І. Салман (E. Salmán), К. Джосіно (C. Jusino), Р. Ганфінкер (R. Garfinkel),Л. Стріт (L. Street), Д. Карденас (D. Cárdenas), Й. Сілвестре (J. Silvestre), А.Фєр (A. Fyer), П. Гуарнасціа (J. Carrasco), (S. Davies), Д. Клеін (D. Klein) [52; 70].

Т. Лурманн (T. Luhrmann) в свої статті «Відмінності в слуховому досвіді людей з психозом у США, Індії та Гані: дослідження на основі інтерв'ю» [55] здійснила порівняння сприйняття власних слухових галюцинацій особами хворими на шизофренію в США, Гані та Індії. Вона виявила, що жителі США переважно сприймають голоси в якості вторгнення

ззовні, порушення своєї ментальної недоторканності. Мешканці Індії трактували голоси як доброзичливі та грайливі, так само мешканці Гани чули Бога. Дослідниця прийшла до висновку «соціальне середовище впливає не тільки на гостроту, а й на швидкість хвороби» [55]. Наприклад, шизофренія має більш доброякісний характер саме за межами Заходу, зокрема в Південній Азії та Африці [55]. Так, учасники досліду в Ченнаї та Аккрі не були настільки стурбовані наявністю голосів, які вони не можуть контролювати; вони їх інтерпретували, по суті, як людей, яких неможливо контролювати [55]. Вчена звернула увагу на те, що мігранти до західних країн виявляють, що вони піддаються більшому ризику захворіти на шизофренію після прибуття [54]. Таким чином, на думку дослідниці, корінні причини шизофренії є не тільки біологічними, але й соціокультурними [54]. Т. Лурманн В іншій своїй праці «Переконання відьомського ремесла: Ритуальна магія в сучасній Англії» пояснює процес, завдяки якому колись скептично налаштовані особи – освічені люди середнього класу, часто високого інтелекту – стають відданими ідеям, що лежать в основі чаклунства, і знаходять магічний ритуал настільки переконливим [55].

Л. Насер (L. Nasser) у статті «Чи є у деяких культур власні способи збожеволіти?» підкреслює, що «залежно від того, кого ви запитуєте, думка про те, що деякі культури мають власні способи збожеволіти, є або граничною культурною чутливістю, або граничною поблажливістю Заходу» [61].

Після останнього видання DSM у лекціях і наукових журнальних статтях по всьому світу група психіатрів, антропологів та істориків атакувала достовірність конкретних розладів у списку. Для цих критиків саме поняття «хвороби, пов’язаної з культурою» є застарілим пережитком часів європейських імперій. На думку Д. Бхугра (D. Bughra), колишього президента Всесвітньої психіатричної асоціації, настав час відмовитися від цього терміну.

Лі М Пахтер (Lee M Pachter) в статті «Культура та клінічна допомога: народні вірування та поведінка щодо хвороб та їхні наслідки для надання медичної допомоги» [66] (1994) представив підхід до оцінки переконань і поведінки пацієнтів, які можуть не узгоджуватися з біомедичними. Вчений зазначив, що лікарі та пацієнти часто мають різні моделі здоров'я та хвороби, що може вплинути на ефективність спілкування під час відвідування клініки. Надзвичайний приклад такої невідповідності існує, коли пацієнт відчуває, що він або вона має хворобу, яка не визначена в біомедичній парадигмі. Їх прийнято називати народними хворобами.

Л. Кірмаєр (J. Kirmayer) в ствоїй статті «За межами "нової міжкультурної психіатрії": культурна біологія, дискурсивна психологія та іронії глобалізації» (2006) вбачав наступні перспективи, які постали перед так званою культурологічною психіатрією, яка: (a) є за своєю суттю мультидисциплінарною (залучає психіатричну епідеміологію, медичну антропологію та соціологію, когнітивну науку та соціальну психологію), руйнуючи дихотомію природа/культура з інтегративним поглядом на культуру як основна особливість біології людини, залишаючись уважним до культурних конструкцій біологічної теорії; (b) звертає увагу на психологічні процеси, але розуміє, що вони не знаходяться виключно всередині індивіда, а включають дискурсивні процеси, які фундаментально соціальні; і (c) критично досліджує взаємодію як локальних, так і глобальних систем знань і влади [47, 126]. На думку вченого, глобалізація принесла з собою багато іронії для культурної психіатрії: транснаціональні міграції призвели до культурної гібридизації в той же час, коли етнічна приналежність стала більш помітною; заклик до доказової медицини використовувався для обмеження впливу культурних досліджень; і сама культурна психіатрія була кооптована фармацевтичними компаніями для інформування про маркетингові кампанії з просування традиційних методів лікування для нових груп населення [47, 126]. Таким чином, культурологічна психіатрія повинна звернути увагу на ці іронії, щоб розвинути самокритичне

усвідомлення та гнучкість, необхідні для надання гуманної допомоги у мінливих контекстах [47, 126].

Колишній президент Всесвітньої психіатричної організації Д. Бхугра (D. Bughra) зазначає: «Культура говорить нам, що є нормальним, що ненормальним, що є відхиленням, що не є відхиленням, і де ви шукаєте допомоги» [61]. Він додає: «Якщо це правда – якщо культура вирішує, що є "божевільним", а що – розумною поведінкою, тоді, можливо, не існує такого поняття, як хвороба, яка б не була пов’язана з культурою. Справа не в тому, що кілька розладів більше не належать до культурного додатку; це, можливо, вони всі» [61].

Таким чином, поняття «культурно-специфічного синдрому» в різних його варіаціях було сформовано в західній, переважно англомовній, психологічній науці в другій половині XX столітті. Його виникнення пов’язане зі спробою описати психологічні феномени, що не вписувалися в традиційний канон європоцентричної психології. Вивчення культурно-специфічного синдрому протягом другої половини XX століття й дотепер пов’язане з дослідженням локальних етнокультурних спільнот та психологічних відхилень, що виникають в їх межах. Проблема культурно-специфічного синдрому не досліджувалася в психологічному науковому середовищі України.

Роблячи підсумок по даному розділу, варто зазначити, що огляд стану дослідження явища культурно-специфічного синдрому дозволяє стверджувати, що погляди на природу даного феномену сформувалися в контексті вивчення проблеми полікультурності в сучасному світі. Вивчення практики лікування різних психічних захворювань в другій половині XX ст. показало існування певних відмінностей в інтерпретації їх симптомів лікарями та дослідниками. Дослідження культурно-специфічного синдрому ускладнене майже повною відсутністю універсальної психологічної термінології, прийнятної для використання в усіх куточках земної кулі. Через це існує чимала кількість терміні для опису цього психологічного явища:

«культуральний синдром», «культурально-специфічний синдром», «культурно-обумовлений синдром», «культурно-зв'язаний синдром», «народна хвороба». Більшість дослідників сходяться до думки, що поняття «культурно-специфічного синдрому» характеризує як модель психічних захворювань, дистресу та симптомів, властивих для певних етнічних чи культурних спільнот.

## 1.2. Порівняльний аналіз переживання культурно-специфічного синдрому в Україні та інших країнах світу

Члени певної спільноти, культури чи регіону використовують місцеву лексику, щоб висловити свої почуття, настрої та занепокоєння. Ідіоми вираження, які вони використовують, засновані на прикметниках, наданих місцевою мовою. Місцеві культурні норми, суспільне сприйняття певних питань і роль індивіда в суспільстві, як правило, визначають спосіб самовираження. Це стосується різних станів почуттів, включаючи щастя, радість, смуток або страждання. Особи з країн, що розвиваються, схильні до соматизації психічних розладів. Дуже часто в місцевих культурах бракує прямих еквівалентів для термінів депресія або тривога. Більшість із цих пацієнтів повідомляють саме про когнітивні та емоційні симптоми. Відсутність культурно-специфічних позначень дистресу може сприяти недорозпізнаванню депресії та тривоги.

До найбільш відомих культурно-специфічних синдромів належать амок (amoq), віндіго (windigo), аттак де нервіос (ataque de nervios) або «Пуерториканський синдром», коро (koro), лата (latah), сусто (susto), синдром мозкового виснаження (brainfag syndrome), хікікоморі (hikikomori) [27, 509]. Розглянемо більш детально деякі з них.

Ataque de nervios («нервовий напад») – це категорія захворювання, яка часто використовується для опису одного або кількох конкретних комплексів симптомів, властивих для вихідців з Латинської Америки [52]. Згідно

статистики синдром вражає 7–15% дорослих латиноамериканців протягом життя і 15% пуерториканців [57]. Дослідження М. Р. Лібовіц (M. R. Liebowitz), Е. Салман (E. Salmán), С. Жусіно (C. M. Jusino), Р. Гарфінкель (R. Garfinkel), Л. Стріт (L. Street), Д. Карденас (D. L. Cárdenas), Дж. Сільвестр (J. Silvestre) підкреслюють схильність до синдрому жіночої статі [9]. Так, в своєму досліджені вони виявили, що 80 % осіб, що страждали на ataque de nervios були жінками [52, 871]. Ataque de nervios часто асоціюється з одним або декількома тривожними та афективними розладами, включаючи панічний розлад, генералізований тривожний розлад, рекурентну велику депресію та тривогу. Ataque de nervios описується як епізод сильного емоційного розладу (наприклад, тривоги, гніву або горя) через стресову подію, коли людина зазвичай описує відчуття, що вийшов з-під контролю. Таким чином, ataque de nervios як нервовий напад збігається з панічним розладом, але є більш інклюзивною конструкцією [52, 871].

Ataque de nervios включає тремтіння, неконтрольований крик або плач, агресивну або суїцидальну поведінку, а також деперсоналізацію або дереалізацію [57]. Симптоми можуть спостерігатися лише кілька хвилин або довше. Деякі пацієнти відчувають тригер, тоді як інші не мають ідентифікованої причини для цих епізодів [57]. Як правило, подія пов’язана з сім’єю, наприклад, звістка про смерть близького родича, конфлікти з подружжям або дітьми або свідок нещасного випадку за участю члена сім’ї [57]. Після епізоду люди часто відчувають амнезію від того, що сталося, і швидко повертаються до свого звичного рівня функціонування [57]. Ataque de nervios є культурно нормативним досвідом у відповідь на сильний стрес, де деякі повідомляють, що почуваються краще після епізоду, і можуть не висловлювати страх перед наступними нападами. Це може бути однією з причин, чому деякі не звертаються за лікуванням епізодів. Емоційне вираження стресових ситуацій залежить від етнічної приналежності та культури. У пуерториканців фізіологічні прояви загроз є більш поширеними, ніж тривожні думки [57]. Ці фізіологічні прояви були виявлені в різних

дослідженнях на пуерторіканцях, які самоідентифікували себе [57]. Ataque de nervios ортогонально відрізняється від панічних атак, причому останні мають дискретний період інтенсивного страху або дискомфорту, наявність чотирьох або більше зі списку DSM-5-TR із 13 симптомів паніки, що відбувається протягом 10 хвилин. Однак деякі напади можуть відповідати критеріям паніки (або напад, або розлад), а інші напади – ні. Незважаючи на це, багато пуерториканців вважають більшість своїх панічних атак нападами [57].

Коро (koro) – культурно-специфічний синдром, поширений в Азії та Африці, який полягає у страсі втратити геніталії, здатності до продовження роду і навіть життя [58, 1509]. Коро вперше було повідомлено в західній медичній пресі в 1895 році. Оскільки вважається, що привиди не володіють статевими органами, зменшення геніталіїв вважається потенційно смертельним, з ризиком того, що жертва сама перетвориться на привида. Поширення коро викликане чутками про можливість зникнення геніталій, нібито викликане в Китаї духами лисиць, у Сінгапурі та Таїланді через масове отруєння, а в Африці через чаклунство, як правило, в контексті соціально-економічної або політичної напруги [58, 1509]. Традиційна китайська медицина розглядає суо-ян, зменшення чоловічої сил янь, як небезпечне порушення життєзабезпечуючої рівноваги інь-янь в організмі. Коро, таким чином, вважається породженням китайської культури [58, 1509]. Однак феномен коро також відомий серед різноманітних етнічних і релігійних груп в Азії та Африці, як правило, у культурах, у яких репродуктивна здатність є основним визначальним фактором цінності молодої людини.

Лата (latah) – це культурно-специфічний синдром з Малайзії та Індонезії. Особи з синдромом лата реагують на мінімальні подразники перебільшеним здивуванням, часто вигукуючи зазвичай загальмовані сексуальні слова [71, 195]. Іноді особи з цим синдромом після того, як були налякані, підкоряються командам або імітують дії людей навколо них. Більшість епізодів лата навмисно спровоковано для розваги глядачів [71,

195]. Подібні набори інтерактивної поведінки були зареєстровані в генетично та культурно не пов’язаних популяціях (наприклад, банту, айни та французькі канадці) [71, 195]. Оскільки компетентні антропологи показали, що лата тісно пов’язаний зі специфічними факторами в культурних системах суспільств Південно-Східної Азії, в яких він зустрічається, його поява в інших місцях вважалася парадоксальною. Нові дані, включаючи фільми та відеозаписи людей із Малайзії, Філіппін, Японії та США, які вражають людей, пропонують модель, здатну вирішити очевидний парадокс, показуючи, як різні форми лата є культурно-специфічним використанням спільного нейрофізіологічного потенціалу людьми. Лата надає особливо показовий приклад складних шляхів, за допомогою яких нейрофізіологічні, експериментальні та культурні змінні взаємодіють, створюючи яскраво виражене явище [71, 195].

Сусто (susto) – культурно-специфічний синдром, який є поширеним серед деяких латиноамериканців у США та Латинської Америки й полягає у вірі в оволодіння людиною духом. Синдром також може бути наслідком певного роду неприємних або шокуючих соціальних ситуацій. Назва «susto» з іспанської буквально означає переляк або раптовий страх. Сусто – страх втратити душу.  Сусто також називають perdida de la sombra (буквально втрата тіні). Ця остання назва, ймовірно, є посиланням на той факт, що люди, які не мають душі, не мають тіней або відображень у дзеркалах, як вампіри з голлівудських фільмів.  Сусто є результатом інцидентів, які мають дестабілізуючий вплив на людину, змушуючи душу (espiritu ) покинути тіло. Типові випадки, які можуть спричинити сусто: раптовий, несподіваний гавкіт собаки, падіння з коня, падіння через непомічений предмет, перебування в лікарняній палаті з пацієнтом, який помер вночі, перебування в соціальній ситуації, яка викликає у вас страх або гнів. Загальними симптомами сусто є неспокій під час сну, а також млявість і слабкість під час неспання. Крім того, люди, які страждають на сусто, швидше за все, не мають апетиту та не цікавляться своєю зовнішністю. Західні медичні працівники найчастіше

кваліфікують симптоми сусто в якості емоційного стресу або клінічної депресії. Традиційно сусто лікують за допомогою ритуалу, який проводить курандеро (тобто народний лікар). Серед індіанців майя Південної Мексики та Гватемали ця церемонія зазвичай включає тривалу серію ритуальних дій у присутності друзів і родичів пацієнта. Зазвичай починається з молитов до католицького святого села. Далі курячим яйцем і спеціальними травами проводять по тілу хворого, щоб увібрати частину хвороби. Пізніше яйце можна залишити там, де сталася втрата душі, разом із подарунками, щоб умилостивити надприродну істоту, яка має душу пацієнта. Потім пацієнта частково роздягають і «шокують» лікером, який бризкає з рота курандеро . Потім пацієнта можна помасажувати і, нарешті, дають йому «потіти» на ліжку, розміщеному над гарячою плитою або біля неї. Крім того, пацієнта можна накрити багатьма ковдрами, щоб викликати рясне потовиділення.

Синдром мозкового виснаження (brainfag syndrome) – культурно-специфічний синдром, поширений серед африканських країнах, який полягає у когнітивних порушеннях, скаргах, пов’язаних зі сном та інших соматичних порушеннях [63, 135]. Соматичні скарги складаються з болів і відчуття печіння навколо голови і шиї, розмитості в очах, болю в очах, надмірній сльозотечі [63, 135]. Пізнавальні порушення полягають у нездатності зрозуміти зміст написаного, іноді й сказаних слів, а також сконцентрувати увагу [63, 135]. Вперше синдром було описано в 1960 році Р. Принцем (R. Prince). Р. Принц підкреслив той факт, що синдром мозкового виснаження був характерний для осіб, що навчалися в середній школі чи університеті, або ж були вчителями, державними службовцями, які навчалися у вільний від роботи час [63, 141]. Вони приписували свої хвороби втомі мозку через надмірну розумову роботу [63, 141]. Наприклад, в Нігерії освіта часто була сімейною справою, в якій зазвичай перевага надавалася фінансуванню навчання найстарших дітей. Такі найстарші діти у свою чергу мали відповідати за інших членів сім’ї, коли виникла потреба [63, 141]. Такі учні

та студенти зобов’язані відповідати за утримання родини [63, 141]. У такий спосіб, їх академічні успіхи чи невдачі були пов'язані з великим стресом.

Хікікоморі (hikikomori) – культурно-специфічний синдром у формі важкої соціальної замкнутості підлітків та молодих людей в Японії, які стають відлюдниками в будинках своїх батьків, не маючи можливості працювати чи ходити до школи протягом місяців або років. Вони віддаляються від спілкування з родиною, рідко мають друзів, не відвідують школу та не працюють. Синдром не був описаний до кінця 1970-х років. Хікікоморі перетворився на тиху епідемію з десятками, можливо, сотнями тисяч випадків, які зараз оцінюються в Японії. Більшість випадків хікікоморі можна класифікувати як різновид наявних психічних розладів у посібнику з діагностики та статистики (DSM). Однак помітна підгрупа випадків із значною психопатологією не відповідає критеріям будь-якого існуючого психічного розладу.

Віндіго (windigo) – культурно-специфічний синдром, який властивий для індіанців Канади й полягає в ряді симптомів (параноя, тривога, галюцинації та канібальські потяги) [64]. Як правило, початок вендіго відзначається депресією, нудотою та анорексією [64]. У міру прогресування розладу люди починають вірити, що вони одержимі вендіго (духом-людожерем), що призводить до підвищеного рівня параної та насильницьких галюцинацій потенційних жертв у вигляді тварин, яких потрібно вбити та з’їсти [64]. Далі у постраждалих може розвинутися тривожна зміна у сприйнятті, коли вони розглядають інших, навіть близьких членів родини, як потенційну здобич [64]. Після споживання людської плоті трансформація у вендіго вважається завершеною та незворотною. У наш час психоз вендіго став рідкістю, припускаючи помітну роль як історичну, культурну та міфологічну конструкцію через збільшення доступності психіатричного втручання та більш стабільних запасів їжі [64].

Виникнення вендіго серед алгонкінських племен Канади охоплює період з 18 по 19 століття і корініться в складних взаємодіях між міфологією, потребами навколишнього середовища та людським досвідом [64]. Племена алгонкінів представляють корінні громади, які ведуть мисливсько-збирацький спосіб життя, значною мірою залежний від території проживання [64]. Однак ця динаміка стає особливо складною на тлі тривалих, суворих і невблаганних зим, які характеризуються обмеженими ресурсами [64]. Ці умови створюють помітну нестачу, підвищуючи вразливість громади до епізодів голоду. Канібалізм і, опосередковано, вендіго, можуть стати дезадаптивною та індивідуалістичною стратегією виживання в періоди надзвичайної нестачі. Хоча рідко, історичні записи висвітлюють періоди часу, коли періоди голоду узгоджувалися з розвитком синдрому вендіго та канібалізму, починаючи з 1741 року [64].

В сучасному українському етно-культурному середовищі різновидами культурно-специфічного синдрому можуть виступати «злі очі», пристріт та віра в погані прикмети.

«Злі очі» / «вроки» – так зване невидиме зло, що провокується поглядом чи словом людини, яка має злі наміри; здатність завдавати хвороби, шкоди майну чи навіть смерті, просто дивлячись на когось або вихваляючи [23, 174]. При «злих очах» людина, що мала намір здійснити зло не приховує свого задуму [23, 174]. При «вроці» особа приховувала свої злі наміри під маскою доброчинності. Українці віддавна й дотепер надавали очам надзвичайного значення [23, 174]. Наші предки вірили, що очі впливають на долю та здоров’я людини [23, 174]. За народними віруваннями, очі були тісно пов’язані з душею [23, 174]. Тому через погляд легко зробити хворою здорову людину, спроектувавши на неї хворобу [23, 174]. Око та його різні «власники» згадуються в заклинаннях, спрямованих на зцілення від «пристріту» або «зурочення». Лихе око продовжує залишатися основним фактором у поведінці мільйонів людей, які живуть в Європі, Америці, арабському світі. В багатьох індоєвропейських народів є поширеним повір’я

про те, що людина може поглянути або витріщитися на чиєсь улюблене майно і, якщо заздрить щастю іншої людини, завдати шкоди, пошкодити або знищити його.

Як зазначає В. Г. Лашук, всі прикмети можливо об’єднати в наступні групи: по-перше, загальнонародні прикмети, як-то, комета в небі знаменує настання неврожаїв та голоду; по-друге, прикмети, що стосуються певної соціальної групи; по-третє, родинні прикмети, наприклад, вмивання кота передує приходу гостей, розсипання солі віщує сварку; по-четверте, прикмети особистого значення (одягнутий навиворіт одяг обіцяє неприємності, розбите дзеркало віщує біду для власника) [10, 152 – 153].

В. Г. Лашук підкреслює, що зорієнтованість забобонної людини на негативні прикмети провокує в неї виникнення відчуття невпевненості, спричиняє зниження вольових якостей, що стає підґрунтям некритичного сприйняття оточуючої дійсності [10, 153]. Свідомість людини, яка вірить в прикмети, зосереджує в собі містичні висновки, фантастичні очікування фатального перебігу подій [10, 153]. Вона сліпо вірить джерелам інформації, є схильною розглядати всі результати особистої активності в якості наперед визначеної [10, 153]. Забобонні вірування реалізуються в особливих забобонних і ритуальних діях, націлених на захист від передбачуваних небезпек і отримання бажаних благ. Забобонна та обрядова діяльність – це діяльність, що ґрунтується на вірі в надприродні та містичні сили і прикмети, суб'єктивному приписуванні причинно-наслідкових зв’язків об’єктивно непов'язаним явищам та здійсненні охоронних і ритуальних дій [10, 153].

Розглянемо ставлення до прикмет серед співробітників льотних навчальних підрозділів, описане Я. І. Пономаренко [16]. Авіація має специфічні закономірності, які безпосередньо пов’язані з літальними апаратами. Крім того, існують «особистісні» риси, які є важливими для певних людей. Знаки та неформальні церемонії в небезпечних професіях мають великий вплив на роботу людей. Цей вплив може бути негативним або позитивним у певних ситуаціях. Невід’ємні характерні риси, приманні для

людини, що працює в професіях з екстремальними умовами, до яких належить авіація, є: рішучість, емоційна стійкість, відчуття рівноваги, розуміння відповідальності, почуття обов'язку, сформовані ціннісні орієнтації, комунікабельність, самоконтроль. Часто помилки робляться через сильний страх або невпевненість у тому, що вони можуть бути помилковими. Результати анкетування Я. І. Пономаренко дозволили розділити респондентів на тих, хто підкоряється прикметам, і тих, хто не підкоряється. Результати опитування показали, що 61 % усіх респонденті відповіли, що будуть виконувати вимоги знаків, тоді як 39 % відповіли, що не будуть [16]. Якісний аналіз та математична обробка даних засвідчили, що групи відрізняються за показниками екстраверсії-інтроверсії та нейротизму за тестом Г. Айзенка. У 83% респондентів першої групи (sign-followers) спостерігається зсув показників за шкалою екстраверсії-інтроверсії в бік інтроверсії. Щодо індексу нейротизму, то в групі прихильників знаків виявлено вищі показники нейротизму, причому 76 % мають показники вищі за середні. У другій групі лише 18 % мають вищі показники нейротизму [16]. Респонденти, які позитивно ставляться до прикмет, переважно мають локус зовнішнього контролю, тобто схильні перекладати провину на інші речі, наприклад, на прикмети. Друга група в середньому має локус внутрішнього контролю [16].

Опитування Я. І. Пономаренко [16] показало, що більшість респондентів чули про повітряні знаки: 57 % вважали, що в команді існують знаки, а 52 % вважали, що у них є власні неформальні ритуали. 48 % респондентів погодилися, що на їхнє власне ставлення до знаків вплинула їхня команда або інструктор, по 43 % на кожного. 68 % респондентів відповіли, що використовували прикмети, а 53 % зізналися, що мають власні прикмети та ритуали; 57 % вважають, що прикмети поширюються через спілкування та плітки; 57 % респондентів вважають, що прикмети поширюються через команду та інструкторів; 57% респондентів вважають, що прикмети поширюються через команду та інструкторів. На запитання, чи відчувають вони тривогу, якщо прикмети не збуваються (у другій групі немає

позитивних відповідей), і чи траплялися з ними несподівані ситуації або підвищена тривожність через те, що прикмети не збуваються, у другій групі було по одній позитивній відповіді в кожній з них. Це контрастує з першою групою, яка дала більше позитивних відповідей на ці питання: 48 % відповіли на перше питання, 63% – на друге і 58 % – на третє. На запитання, чи впливають прикмети на їхню роботу, 70 % респондентів з першої групи відповіли ствердно, тоді як жоден з другої групи не відповів ствердно.

І. І. Огієнко виділяє наступні так звані повір'я буденного життя «на нещастя, на не добре». «Як курка заспіває півнем, чекай нещастя» [14, с. 231 – 232]. «Як людина багато позіхає, це на недобре: чи не пристрів хто». «Коли виряджаєшся на яке завдання чи на яку роботу і спіткнешся на початку…, то не вдасться тобі». «Хто вітається через поріг, то на сварку». «Не читай за їдою книжки, бо заїси свій розум і пам'ять». «Читаючи, не залишай книжки не закритою, а то все забудеш». «Хто одягне щось навиворіт, буде побитий». «Не свищи в хаті, бо з'явиться диявол». «Дзеркало треба завішувати на ніч, а то побачиш у нього померлого або диявола». «Як чорна кішка пробіжить між ким, то на сварку».

О. Р. Тищенко виокремлює прикмети, в яких приділяється певна увага церкві [25]. Тож такі прикмети можна класифікувати як такі, в яких присутня релігія [25]. До таких належать наступні. «Погана прикмета – зустріти священика по дорозі на риболовлю». «Діти, яким дають імена, яких немає в церковному календарі, не отримують ангела-охоронця». «У монастирі не можна хрестити дітей, аби ті не стали монахами». «Незаміжні дівчата не повинні хрестити першими дівчинку, оскільки можуть залишитися не заміжними». «Аби стати головою родини, потрібно обов'язково стати на весільний рушник перший та ще й правою ногою».

Як правило, люди звертаються за допомогою до відомих прикмет, коли опиняються в екстремальних ситуаціях. Найчастіше це відбувається під час іспитів, сесій, заліків, ситуацій, що визначають долю, ситуацій, які випробовують не тільки компетентність і здібності, але й стійкість і

стабільність [10, 153]. Сюди ж належать ситуації конкуренції, ситуації, в яких потрібно приймати відповідальні рішення, або діяльність, що має особисте значення (весілля, пологи, догляд за дитиною, розставання, побачення, важливі зустрічі, подорожі, покупки) [10, 153]. Ці умови діяльності чинять свій вплив на людину як фрустрація дійсних бажань (люди поспішають, бояться запізнитися або зазнати невдачі в чомусь) [10, 153].

Н. Ф. Шевченко виділяє декілька підходів до розуміння явища забобонів [29]. По-перше, когнітивний підхід передбачає пізнання незрозумілого та невідомого. Когнітивні елементи забобонів поєднуються з емоційними переживаннями, викликаними явищами в навколишньому світі.

По-друге, згідно діяльнісного підходу мета забобонних і ритуальних дій – здобути впевненість і запобігти нещасливим подіям і запобігти нещасливим подіям. Тому результатом діяльності є досягнення поставленої мети. Мотивацією для ритуальної діяльності є бажання змусити людей слідувати прикметам. Це прагнення до захисту і безпеки, емоційної стабільності, впевненості і небажання відчувати страх.

По-третє, афективно-мотиваційний підхід передбачає емоційні стани або процеси, що виникають у зв’язку з потенційно небезпечними або бажаними явищами. Вони виникають у зв’язку з потенційно небезпечними або бажаними явищами й окреслюються такими емоція страх, тривога, гнів, хвилювання і, меншою мірою, радість, здивування, задоволення та інтерес, які виникають при реалізації прикмети. Поведінковий компонент забобонів полягає у виконанні ритуальних символічних дій (заклинання, молитви, заклинання, замовляння) для захисту забобонної людини. Забобонні люди виконують ритуальні символічні дії у разі виникнення сигналів загрози, тобто знаків, які віщують біду, викликають бажану поведінку або запобігають небажаній поведінці. Поведінковий аспект забобонів стосується реалізації марновірних почуттів та емоцій у практичний та комунікативний спосіб. Це означає регулювання поведінки за допомогою соціальних норм і моралі.

По-четверте, згідно соціаьно-морального підходу забобони можна розглядати як регулюючі соціальні відносини, поведінку в групах і передачу моралі. Забобони регламентують моральні аспекти поведінки в комунікативній діяльності, спрямованій на інших, і ділові аспекти поведінки в трудовій діяльності, спрямованій на штучні та нештучні природні об'єкти.

По-п'яте, відповідно до еволюціоністського підходу забобони трактуються як пережитки релігійних традицій, що існували в первісних і стародавніх культурах; як діяльність, яка колись мала значення, але згодом втратила значення.

По-шосте, біхевіористський підхід наголошує на тому, що забобони є природним результатом нездатності людини зрозуміти наявність (відсутність) причинно-наслідкових зв'язків між власними діями та ширшими подіями у світі.

Майже всі теоретичні роботи галузі забобонів розглядають марновірне мислення в контексті ініціації та підтримки дезадаптивних переконань і поведінки [33]. Значні взаємодії, виявлені в цих дослідженнях, підкреслюють важливість розширення цього теоретичного розуміння для врахування як позитивних, так і негативних забобонів [33]. Багато досліджень пов'язують забобонну віру з психологічною непристосованістю [33]. З іншого боку, віра в позитивні забобони може ґрунтуватися на зовсім інших механізмах, таких як сприяння самоефективності та оптимізму, і, таким чином, може бути повністю пояснена лише за допомогою теоретичних підходів, які суттєво відрізняються від існуючих моделей [33]. На методологічному рівні ці висновки переконливо свідчать про те, що важливо, щоб будь-яке дійсне вимірювання марновірних переконань включало посилання як на позитивні, так і на негативні забобони [33].

Результати дослідження, проведеного в рамках написання даної роботи, корелюються з результатами соціологічного опитування, проведеного в березні 2019 р. компанією «Research & Branding Group» [22]. Опитування проводилося в період з 5 по 14 березня 2019 року серед 1999

респондентів по всій Україні за винятком окупованих Росією територій. Метод опитування - особисте формалізоване інтерв'ю (face-to-face) [22]. Максимальна похибка вибірки – 2,2%. Відповідно до опитування вірять в прикмети та забобони 37 % населення, не вірять 57 % [22]. За даними опитування, стикалися з практичним підтвердженням забобонів 32% опитаних, не стикалися – 61% [22]. Крім того, мають при собі талісмани, обереги, інші захищають і приносять удачу предмети – 28%, не мають таких – 69% [22]. Вважають себе забобонними людьми 25% респондентів, не вважають – 70 % [22]. За опитуванням чіткі відмінності у віру в забобони також простежувалися в залежності від статті. Так, серед чоловіків рівень забобонності складає 24 %, серед жінок – 48 % [22].

Іншим поширеним різновидом культурно-специфічного синдрому серед сучасного українства є «злі очі» та «вроки». Відповідно до народних уявлень душа людини зосереджується в її оці та здатна магічним чином впливати на її оточення [24, 205]. Здатність людини за допомогою очей негативно впливати на інших отримала назву «злі очі», а за допомого вуст й слова «вроки» [24, 205]. Очі посідають важливе місце в пізнанні оточуючого світу людиною. Народна уява людини поглиблює функції ока, надаючи йому образну здатність впливати на оточення, можливо, дозволяючи комусь здійснити «зурочити» і проектуючи на когось власні злі наміри [24, 205]. Очі допомагають людині зрозуміти тонкощі навколишнього світу, скласти уявлення про навколишній простір, передавати настрій та емоції [24, 205].

Око – «символ людського життя і взагалі символ духовності». «Зле око» тісно пов’язане зі злою волею, тому ті, в чиїх душах панує зло, можуть накликати біду своїм поглядом. «Лихим оком» може бути звичайним, якщо в ньому є ненависть, заздрість, злоба. Таким чином, зле бажання однієї людини до іншої може здійснитися, якщо воно наповнене агресією та сильними негативними емоціями. В народних уявленнях око – це лише той орган, у якому з’являється і виявляється зло. Отже, «очі злі», бо трансформують реальність у сторону зла, шкодять, провокують злий, недобрий розвиток

подій для своєї жертви, магічно нав’язують іншому своє бажання» [24, 209]. О. М. Тихоновська вказує на те, що «зрочення» базується на прийомі буквалізації метафори: деструктивна воля відьми чи «урекливого» проєктується на їх жертву, і це змінює погляд самого хворого на світ, його очі починають сприймати іншу дійсність (наповнену болем), нав’язану недоброзичливцем [24, 209]. Око є «злим», тому що воно змінює реальність у бік зла, завдає шкоди, викликає розвиток подій, які є злими і недружніми до жертви, магічно нав’язує свої бажання іншим.

З цього приводу І. І. Огієнко зазначає: «Зла людина легко може наврочити лихо словом або пристріти очима (порівняй в нашій мові слова: урок, наврочити, врочити, корінь слова "рок", "рек", звідси: пророк, вирок, і т. ін.), і таку злу людину можна пізнати вже і по її очах. Як добра людина гляне на вас, то пощаститься, а коли зла – наврочить на нещастя. Тому ховають дітей від злого ока, так само немовлят при купанні. Але, щоб було певніше, треба знати заговори проти вроку. Навіть та річ, що буває на людських очах, може бути наврочена злими очима, наприклад добра скрипка може від цього легко тріснути, а щоб цього не трапилося, треба зачарувати її від пристріту» [14, 188].

На давній вірі в силу слова ґрунтуються уявлення про вроки, зокрема замовляння та закляття. Причина вроків – приховані злі наміри. Людина може діяти доброзичливо, однак своїми посмішками приховувати ненависть і заздрість. «Урок» також асоціюється зі злобою, як-от ненависть, заздрість, здивування тощо, але з позитивними (зовнішніми) чи негативними мовними супутніми. Закляття, зазвичай, містить в собі словесне вираження певного бажання людини й обов’язкова віра в те, що це воно обов’язково станеться [24, 209]. Закляття можуть трансформуватися у молитви [14, 190]. І. І. Огієнко зазначає, що «різниці між заговором і заклинанням тепер нема, і їх змішують одне з одним» [14, 193]. Крім того, «багато заговорів уявляють собою стародавню молитву, щоб бог змилосердився над хворим; але й дуже давні заговори, часом прикази та страхання вищої сили» [14, 193]. За

повір'ями, реалізація заговору вимагала дотримання чітких умов місця та часу. Тому «вони найдісніші, коли робляться рано вранці, ще до схід сонця, а заговір треба проказувати, обернувшись лицем на схід, бо сонце на сході наймилостивіше» [14, 193]. В. В. Жайворонок вказує на існування серед українців давнього повір'я про те, що парубкам не варто одягати намиста, аби не боятися вовків, а дівчатам шапок, аби бути невразливими для уроків [7, 382 – 383]. Вважається, що ті, хто має розкосі, різнокольорові зелені хрестоподібні очі та низько посаджені брови, можуть чаклувати. Такі очі і очі під такими бровами ніби відображають не пряме зображення, а перевернуте. Відганяли вроки наступними замовляннями: «Помагаєш ти, вода явленна, очищаєш ти, вода явленна, і луги, і береги, і середину. Очищаєш ти, вода явленая, народженого од прозору: надуманого, погаданого, встрічного, водяного, парубоцького, дівоцького. Підіте, уроки, на сороки, на луги, на очерети, на болота, на моря» [7, 382 – 383].

Отже, всі з вище перелічених прикладів культурно-специфічного синдрому є унікальним явищем, яке має психічний, медико-психіатричний та соціо-культурні аспекти. При цьому визначальним фактором, який впливає на зміст кожного синдрому є соціо-культурне середовище, в якому він сформований. Саме тому фактично не можливо віднайти аналогій того чи іншому синдрому поза межами конкретної культури. При цьому майже для всіх розглянутих синдомів властивим є наявність негативного психо-емоційного фону (страх, тривога, розпач) з відповідними фізіологічними реакціями. В цьому плані такі культурно-специфічні синдроми як віра в прикмети, «злі очі» та «вроки» є подібними до інших синдромів.

# РОЗДІЛ 2
# ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНОСТІ

## 2.1. Аналіз категорії тривожності в психологічній літературі

Тривога – це психологічний, фізіологічний і поведінковий стан, викликаний у тварин і людей загрозою благополуччю або виживанню, фактичною або потенційною. Він характеризується підвищеним збудженням, очікуванням, вегетативною та нейроендокринною активацією та специфічними моделями поведінки [74]. Функція цих змін полягає в тому, щоб полегшити подолання несприятливої або несподіваної ситуації. Патологічна тривожність заважає успішно справлятися з життєвими труднощами. Вразливість до психопатології є наслідком факторів схильності (або рис), які є результатом численних взаємодій генів і середовища під час розвитку (зокрема, у перинатальний період) і досвіду (життєві події) [74].

Тривожність є фундаментальним поняттям психології. Існує низка факторів, які збільшують ризики розвитку тривожності. По-перше, травмування. Наприклад, діти, які зазнали жорстокого поводження чи травми або були свідками травматичних подій, мають вищий ризик розвитку тривожного розладу в певний момент життя. У дорослих, які пережили травматичну подію, також можуть розвинутися тривожні розлади. По-друге, стрес через хворобу. Стан здоров’я або серйозна хвороба можуть викликати серйозні занепокоєння щодо таких проблем, як лікування. По-третє, наростання стресу. Велика подія або нагромадження менших стресових життєвих ситуацій може спровокувати надмірне занепокоєння, наприклад, смерть у сім’ї, стрес на роботі або постійне занепокоєння про фінанси. По-четверте, люди з певними типами особистості більш схильні до тривожних розладів, ніж інші. По-п’яте, люди з іншими психічними розладами, такими як депресія, часто також мають тривожний розлад. Крім

того, тривожні розлади можуть мати сімейний характер. По-шосте, вживання наркотиків чи алкоголю, зловживання ними або абстиненція можуть спричинити або посилити тривогу.

Тривога включає широкий спектр симптомів, які зазвичай є тимчасовими, вказуючи на психічний стан із надмірною нервозністю щодо неминучих загроз, які можуть бути реальними або просто уявними, що призводить до уникнення поведінки та демонструє ознаки фізичних симптомів [46]. Тривога є нормальною реакцією для природного виживання, але коли цей процес повторюється, він відкриває симптоми «накопичення стресу», які з часом можуть перерости в «тривожний розлад» [46].

Початкова теорія тривоги З. Фройда (S. Freud) передбачала в тому, що накопичення лібідо, невивільнене через незадовільне статеве життя, як у разі утримання або перерваного статевого акту, достатньо для виникнення «справжнього» неврозу [49]. З.Фройд визначав тривогу (Angst в оригіналі німецькою мовою) як безоб'єктний страх, але він використовував терміни страх (Furcht в оригіналі німецькою) і тривога як взаємозамінні під час обговорення клінічних прикладів і в своїх теоретичних дискусіях. Наприклад, він використовував термін «невроз тривоги» у своїх ранніх творах, переходячи на «невротичний страх» для позначення подібних понять у пізніших текстах. З. Фройд дотримувався консолідованої традиції в психіатрії, пов'язуючи тривожність із соматичними розладами. Перелік нападів тривоги З. Фройда включає форми розладів серця, розладів дихання, нападів потовиділення, нападів тремору та тремтіння, нападів ненажерливого голоду, напади діареї, напади запаморочення, напади гіперемії (вазомоторна неврастенія) і напади парестезії.

На думку З. Фройда, прості зміни в сексуальних практиках можуть вилікувати тривогу [49]. Потім З. Фройд висунув теорію, що при психоневрозі лібідо та агресивні потяги хронічно не вивільняються через постійне придушення [49]. Таким чином, за З. Фройдом хронічна тривога внаслідок хронічного придушення [49]. Сигнальна тривога розвивається в

ситуаціях, регулярно пов’язаних з майбутнім травматичним збудженням, таким чином точно схожа з умовною тривогою [49]. У теорії навчання обумовлений потяг тривоги призводить до поведінки втечі. Зростаючі лібідозні та/або агресивні імпульси вимагають розрядки [49]. Втеча виникає, коли сигнальна тривога мобілізує переважну силу принципу задоволення, який примушує придушення потягу, викликає падіння тривоги, тим самим посилюючи придушення. Від придушення, що викликає тривогу, З. Фройд перейшов до тривоги, що викликає придушення [49].

З. Фройд запропонував три форми тривоги, а саме, об’єктивну тривогу, яка базується на реальних фізичних загрозах, і невротичну та моральну тривогу, обидві з яких викликані інтрапсихічними конфліктами (наприклад, між ідентифікатором і суперего).

Поведінкові дослідження привели до теорії навчання, яка стверджує, що тривога є умовною частиною страху, слугуючи вторинним потягом. Ця модель, як її сформулював О. Маурер (O. Mowrer), здається одночасно простою та потужною [49]. Безумовний подразник, такий як шок, викликає безумовні реакції, наприклад, страх, що призводить до поведінки втечі. Зменшення страху, спричинене успішною втечею, посилює поведінку втечі [49]. Стимули, які регулярно передують умовному подразнику, стають умовними стимулами, які служать сигналами про наближення безумовної реакції, і викликають тривогу умовної відповіді, яка потім стає вторинним спонуканням, що спонукає до уникаючої поведінки [49]. Таким чином, фобічна поведінка є навченим уникненням, яке підтримується зниженням тривоги [49]. Це формулювання все ще поширене серед теоретиків навчання та поведінкових терапевтів [49].

Фізіологічна теорія тривожності передбачає, що в людині існує обмежений набір емоцій (наприклад, страх, гнів тощо) зі специфічними нейрофізіологічними та нейроанатомічними субстратами, які можна вважати «базовими» та слугувати примітивними будівельними блоками, з яких будуються інші, більш складні емоції [74]. Основна функція страху і тривоги

полягає в тому, щоб діяти як сигнал про небезпеку, загрозу або мотиваційний конфлікт і викликати відповідні адаптивні реакції. Деякі автори вважають, що страх і тривога нерозрізнені, тоді як інші вважають, що це різні явища [74]. Емоційні та когнітивні процеси неможливо розділити, навіть якщо розглядати таку базову емоцію, як страх. Когнітивне сприйняття подій і ситуацій критично впливає на емоційні переживання, а також впливає на стратегії подолання або захисні механізми.

Когнітивна теорія тривожності передбачає, що тривога характеризується гіпервалентними схемами небезпеки (когнітивні уявлення про загрозу), які діють як фільтр обробки інформації, що призводить до упереджень інтерпретації, уваги та пам'яті, які надають перевагу інформації, пов'язаній із загрозою [60]. Ці когнітивні упередження породжують негативні думки та образи, які, у свою чергу, сприяють переживанню тривоги. А.Т. Бек (A.T. Beck,), Д.А. Кларк (D.A. Clark) визначили три ключові етапи обробки інформації під час тривоги [30]. По-перше, автоматична реєстрація загрози (режим орієнтування), яка працює поза усвідомленням і служить системою раннього попередження про виявлення загрози. По-друге, режим первинної загрози, який є сумішшю автоматичної та керованої стратегічною схемою обробки, включаючи початкову оцінку стимулу, підвищену настороженість щодо загрози та негативних автоматичних думок. По-третє, вторинна розробка, яка включає старанну, детальну переоцінку контексту стимулу і індивідуальні ресурси подолання. А.Т. Бек та Д.А. Кларк припустили що тривога відображає неефективне використання складної обробки для протидії обробці, керованій схемою, пов'язаній із загрозою [30].

Центральним поняттям в когнітивній теорії тривожності є термін «когнітивна оцінка», який означає спосіб, яким людина оцінює конкретну екологічну подію чи ситуацію. Когнітивна оцінка є ключовим поняттям у розумінні сприйнятливості до стресу та тривоги. Когнітивна оцінка складається з двох окремих типів переконань. Ці переконання називають

«первинними» та «вторинними» оцінками. Первинна оцінка відноситься до суб'єктивної оцінки ситуації людиною. Первинна оцінка особи визначає, чи має ситуація пряме відношення до благополуччя цієї людини. Вторинна оцінка відноситься до оцінки людиною своєї здатності впоратися з цією ситуацією. Первинну оцінку можна далі розбити на три окремі категорії, включаючи «нерелевантну», «доброякісно-позитивну» та «стресову». Подія вважається нерелевантною оцінкою, коли її настання не впливає на самопочуття людини. Доброзичливо-позитивна оцінка стосується випадку, коли чиєсь оцінювання події призводить до позитивних переконань. Ці позитивні переконання насправді посилюють позитивні відчуття та/або функціонування. Навпаки, оцінка стресу відноситься до випадку, коли настання події призводить до переконань, які передбачають шкоду. Такі переконання призведуть до переживання тривоги. Вторинна оцінка стосується оцінки людиною своєї здатності впоратися з обставинами. Це частково визначається їхньою здатністю контролювати ситуацію або впливати на неї. Важливо визнати, що захисний ефект, який забезпечує сприйманий контроль, не потребує точної оцінки. Це просто сприйняття контролю, навіть якщо це сприйняття ілюзорне.

Когнітивні спотворення є неточними або перебільшеними моделями мислення, які значною мірою сприяють тривожності, депресії та загальному психічному стресу. Вони є лінзою, через яку багато людей дивляться на себе та світ спотворено або упереджено, що часто призводить до негативних емоційних станів. Поширені приклади когнітивних спотворень включають «мислення «все або нічого», коли ситуації розглядаються в чорних або білих термінах; «катастрофізація», де передбачається найгірший можливий результат; і «надмірне узагальнення», коли одна подія розглядається як безперервна модель поразки. Інші спотворення, такі як «читання думок», передбачають припущення про те, що думають інші, і «персоналізацію», яка тягне за собою звинувачення в подіях, які не контролюються.

А. Оман (A. Öhman) вказує на те, що страх і тривога залежать від спеціалізованого когнітивного механізму, який розвинувся для виявлення небезпеки [62]. Два його компоненти задіяні в аналізі стимулів: детектори ознак і оцінювач значущості, які обидва працюють автоматично за межами усвідомлення. Детектори особливостей чутливі до перцептивних характеристик біологічно релевантних для страху стимулів (наприклад, змій, павуків, сердитих облич). При активації вони автоматично викликають збудження та привертають увагу. Оцінювач значущості відстежує вхідні стимули на наявність ширшого спектру потенційних загроз. На нього впливають не лише низхідні вхідні дані від детекторів ознак, а й низхідні вхідні дані від системи очікувань , яка відображає минулі спогади та досвід [62].

М. В. Айзенк (M.W. Eysenck) запропонував теорію чотирьох факторів, яка припускала, що чотири джерела інформації сприяють тривожності: зовнішні подразники, фізіологічна активність, поведінкові тенденції до дій та когнітивні функції, такі як занепокоєння [37]. Індивідуальні відмінності в тривожності залежать від упередженості уваги та інтерпретації (наприклад, уявлення про небезпеку в пам’яті). Особи з високим рівнем тривоги мають упередження уваги та інтерпретації на користь інформації про загрозу, репресори (індивідууми з низьким рівнем тривоги з високими показниками соціальної бажаності) мають протилежні упередження, а люди з низьким рівнем тривоги (які мають низькі показники соціальної бажаності) не мають упереджень. Крім того, різні тривожні розлади мають різні фактори схильності, які відображають відносну важливість чотирьох джерел інформації. Наприклад, упередження уваги та інтерпретації внутрішніх відчуттів тіла можуть в першу чергу сприяти панічному розладу, тоді як упередження уваги та інтерпретації всіх чотирьох джерел інформації сприяють підвищеній тривожності та генералізованому тривожному розладу.

Таким чином, для явища тривожності характерна складна психологічна природа. Тривожність є багатомірним процесом, що включає в себе пізнавальні, афективні та конативні реакції в ситуації, що об'єктивно оцінюються індивідами як потенційно небезпечна. Складність явища тривоги обумовила існування великої кількості різних підходів для її пояснення, серед яких найбільш впливовими є психоаналітична, навчально-поведінкова, фізіологічна. З одного боку, тривожність має руйнівний вплив на поведінку людини, що призводить до розгубленості та дезадаптації. З іншого боку, що тривожність має великий продуктивний потенціал і тому може сприяти особистісного зростання. Тривожність, спрямована у майбутнє, може комплексно впливати на рівень людської діяльності. Тривожність надає людям інформацію про можливі небезпеки. Тривожність є ефективним механізмом регуляції своєї поведінки в ситуаціях потенційної загрози та пошуку ресурсів для вирішення проблем. Завдяки тривожності людина може значно мобілізувати психологічні, фізіологічні та поведінкові резерви.

## 2.2. Прояви тривожності

Тривога є однією з найпоширеніших проблем психічного здоров'я, і її ознаки не завжди очевидні. Тривога може приймати форму прихованих моделей і марних думок або поведінки, які перешкоджають розвитку людини.

Основними проявами тривожності є: відчуття напруги, нервозності або неможливості розслабитися; почуття страху або відчуття, що світ прискорюється або сповільнюється; відчуття невідворотності негативних подій; хвилювання про саму тривогу, наприклад, хвилювання про те, коли можуть статися напади паніки; знижений настрій і депресія; багато роздумів про поганий досвід або обдумування ситуації знову і знову; деперсоналізація, тобто тип дисоціації, коли людина відчуває себе відключеним від свого розуму чи тіла; дереалізація.

К. Гріллон (C. Grillon) називає наступні відмінності між тривогою та страхом [39]. По-перше, страхом є відповіддю на небезпеку, що насувається, а тривога – станом хронічного страху щодо майбутньої шкоди, що характеризується напругою, занепокоєнням, негативним афектом і почуттям незахищеності [39]. Страх – це сплеск фізіологічного збудження, реакція тривоги, що призводить до рефлекторної дії, боротьби або втечі, коли це можливо, спрямованої на зменшення впливу загрози, наприклад, шляхом зменшення чутливості до болю [39]. Навпаки, тривога викликається непередбачуваністю та сприйняттям потенційних, невидимих або символічних загроз [39]. Поведінково тривога пов’язана з уникненням. Страх звужує увагу та перешкоджає конкуруючим реакціям, тоді як тривога підвищує загальну сенсорну чутливість [39]. По-друге, відмінність між страхом і тривогою підтверджується психометричним аналізом тривожної симптоматики, який розрізняє симптоми загального дистресу та тривожного побоювання (тривоги) від збудження та боротьби/втечі (страху) [39]. Тривожне побоювання є діагностичною ознакою, яка стосується всіх тривожних розладів, за винятком, можливо, специфічної фобії [39]. По-третє, етологічні дослідження пов’язують страх із поведінкою, викликаною реальною небезпекою (присутність хижака), а тривогу – з реакцією на дистальні або потенційні загрози (запах хижака) [39]. Страх характеризується уникненням або боротьбою, а тривога – поведінкою «оцінки ризику» [39].

Варто розрізняти тривогу, пов’язану з рисами характеру, і тривогу, викликаною страхом. Тривога, пов’язана з рисами характеру, вважається властивістю особистості або характерною схильністю оцінювати події чи стресори як потенційно загрозливі, що призводить до тривоги. Тривога, пов’язана з рисами характеру, є фактором вразливості до розвитку проблем із психічним здоров’ям. Тривогу, викликана страхом, навпаки, належить до тимчасового досвіду емоції тривоги у відповідь на сприйняті стресори. Водночас зовнішні стресори та внутрішні переживання (наприклад, фізіологічні реакції) потенційно можуть призвести до тривоги. Таким чином,

загальна рисова тривожність може схиляти індивіда до посилення стану тривожності в ситуаціях, які оцінюються як загрозливі.

Тривога – як психічний, так і фізичний стан негативного очікування – психічно характеризується підвищеним збудженням і негативним очікуванням, замученим занепокоєнням, і фізично – активацією багатьох систем організму – все для полегшення подолання невідомої чи несприятливої ситуації [77]. Тривога є станом захисту, керованим нервовими ланцюгами страху та активований неправильним сприйняттям або переоцінкою загрози з боку оточення, внутрішнього світу тіла чи внутрішнього світу думки [77]. Тривога виступає нормальною реакцією на загрозу, і дискомфорт, який вона створює, призначений для привернення уваги та стимулювання захисної реакції [77]. Але надто часто тривога є надмірною, постійною або невідповідною тому, що її викликало, і вона заважає повсякденному функціонуванню або запускає дезадаптивну поведінку, від уникнення ситуацій, що створюють загрозу, до вживання психоактивних речовин, щоб уникнути дискомфорт від тривоги [77]. Патологічна тривога пов’язана з постійним і виснажливим побоюванням щодо негативних майбутніх подій, і вона може мати широкий спектр впливу на когнітивні функції, включаючи полегшуючі ефекти (наприклад, виявлення загрози), а також шкідливі ефекти (наприклад, відволікання) [69]. У визначеннях тривожних розладів DSM-IV помітно виділяється «труднощі з концентрацією» як ключовий симптом [69]. DSM-IV визначає ряд різних тривожних розладів, включаючи генералізований тривожний розлад, фобії, панічний розлад, посттравматичний стресовий розлад і обсесивно-компульсивний розлад [69].

Незалежно від того, наскільки реальною чи уявною є загроза, тривога є реакцією на сприйняття небезпеки [77]. Це як психологічно, так і фізично [77]. Мигдалеподібне тіло головного мозку визначає загрозу та сигналізує гіпоталамусу, центральному командному центру, який передає сигнал через

вегетативну нервову систему та запускає каскад гормонів, у тому числі адреналіну [77]. Тіло та розум готуються так, ніби на кону стоїть життя [77].

Ще до того, як є шанс подумати про природу небезпеки – до того, як гіпокамп, осередок пам'яті, зміниться, щоб поставити загрозу в контекст минулого досвіду, – людина насторожується і починає всюди шукати ознаки біди; особа не може зосередитися – і в не може спати. Тіло готує до швидких дій [77]. Серце починає швидко перекачувати кров. Зі збільшенням пульсу зростає кров'яний тиск і частота дихання [77]. Людина відчуває м'язову напругу, навіть посмикування [77]. Вона може відчути головний біль або біль у животі. Багато людей, які відчувають тривогу, шукають лікування від тілесних симптомів, вважаючи, що вони мають бути спричинені фізичними причинами [77].

Всі тварини відчувають страх. Але дані свідчать про те, що лише люди відчувають тривогу, яку називають «ціною, яку ми платимо за здатність уявляти майбутнє» [77]. Страх – це відповідь на пряму загрозу. Тривога є відповіддю на можливий негативний результат попереду [77]. Але і страх, і тривога використовують більшу частину тієї самої нейронної схеми, мигдалеподібне тіло позначає вхідні подразники як загрозливі та вмикає захисні системи тіла та мозку – пильність, м'язову напругу, швидке серцебиття. Мигдалеподібне тіло переважає раціональну частину мозку, префронтальну кору, яка зазвичай інтерпретує та регулює емоційний досвід і керує поведінковою реакцією [77]. Більша частина цього мозкового механізму перекривається у страху та тривозі.

Унікальним елементом тривоги є здатність уявити собі якийсь негативний результат у майбутньому [77]. Тривогу можна вважати станом страждання від уяви . Уява – це своєрідна ментальна робота з різними видами інформації, що зберігається в різних частинах мозку. Принаймні, це передбачає здатність маніпулювати ментальними образами, які зосереджені в зоровій корі [77]. Незалежно від того, позитивна чи тривожно негативна,

уява – це дуже складна здатність, яка все ще залишається невивченою територією, включаючи її роль у тривожності [77].

Симптоми тривоги та депресії багато в чому збігаються. Наприклад, обидва стани викликають дратівливість, безсоння та труднощі з концентрацією уваги. Дослідники знають, що деякі з тих самих мозкових центрів задіяні в обох станах, наприклад, мигдалеподібне тіло, яке зазвичай називають центром страху, і гіпокамп, центр пам'яті [77]. Зазвичай гіпокамп є важливою проміжною станцією в інтерпретації всієї інформації, що надходить. Зі свого банку пам'яті гіпокамп поміщає подразники в контекст, щоб мозок міг зрозуміти, як впоратися з ситуаціями. Депресія порушує функціонування гіпокампу і фактично зменшує його розмір. З іншого боку, тривога збільшує гіпокамп. Він включає невелику групу клітин, яку дослідники зараз називають «клітинами тривоги» – наприклад, у дослідженнях на тваринах клітини спрацьовують лише тоді, коли тварини знаходяться в місцях, які їх лякають від природи [77].

Через передачу повідомлень іншим частинам мозку активація тривожних клітин включає багато поведінки, пов'язаної з тривогою, включаючи уникнення будь-яких ситуацій, які викликають дискомфорт. Клітини тривоги гіпокампу також сигналізують гіпоталамусу, комутаційному центру, який спілкується з тілом; вони спонукають гіпоталамус викликати багато симптомів, які ви відчуваєте під час тривоги – прискорене серцебиття та дихання, м'язову напругу. Сигнали мозку під час тривоги також наказують зоровим центрам посилювати зорову увагу. Результуюча підвищена настороженість є одним із багатьох способів, за допомогою яких мозок переоцінює можливість загрози, характерної ознаки тривоги.

Кілька можливих моделей прихованої тривоги включають наступне.

По-перше, уникнення. Незалежно від того, чи є у людини соціальна тривожність, генералізований тривожний розлад або специфічна фобія, уникання часто є джерелом, яке посилює страх. Уникання підживлює тривогу та створює петлю самореалізації: людина боїться щось робити, тому

уникаєте цього. Хоча вона тимчасово відчуваєте полегшення, стає важче перебувати в цій ситуації без паніки.

По-друге, самокритичність. Людський мозок налаштований на те, щоб стежити за собою. Еволюція зумовила, що людина бажає поводитися відповідно до суспільного визнання, оскільки прагне зв'язку та приналежності. Однак це може перетворитися на занепокоєння, якщо розглядає свої дії через критичну призму. Людина може відчувати себе неадекватною порівняно з іншими або цінувати їхню думку більше, ніж власне самовизначення.

По-третє, почуття тривоги. Занепокоєння часто змушує людей відчувати, ніби вони «вийшли з ладу», іноді змушуючи їхнє оточення відчувати себе нереальним. Цей симптом, відомий як дисоціація, може викликати занепокоєння і може призвести до того, що людині буде важко зосередитися.

По-четверте, фізично погане самопочуття. Тривога може вплинути на фізичне здоров'я у спосіб, який особа не завжди усвідомлює. Наприклад, у людині може боліти живіт, головний біль або втома. Фізичні ознаки тривоги, як правило, нечіткі, і можуть приписуватися їх іншим речам. Проте є багато симптомів, які можна пов'язати з реакцією на стрес, оскільки потік гормонів може вплинути на багато частин здоров'я.

По-п'яте, бажання контролю. Через хвилювання життя може вийти з-під контролю. Людина стає приголомшеною та невпевненою, що змушує намагатися контролювати все, що є в межах досяжності. Це, як правило, перекладається як нерішучість, оскільки людина може думати про всі можливі результати та намагатися контролювати, як розвиватиметься ситуація.

Сильна тривога є ознакою групи розладів психічного здоров'я: генералізованого тривожного розладу, панічного розладу, фобії, соціального тривожного розладу. Люди з тривогою можуть відчувати симптоми більш ніж одного типу тривоги. Під час генералізованого тривожного розладу люди

часто відчувають сильну тривогу або занепокоєння протягом місяців, якщо не років. Вони можуть почуватися неспокійними, напруженими або легко втомлюватися. У них також можуть виникнути проблеми з концентрацією, дратівливість, м'язова напруга або проблеми зі сном. Ознаками такого розладу є хвилювання, яке важко контролювати; сильне занепокоєння або страх з приводу кількох речей; занепокоєння, яке заважає вам функціонувати в повсякденному житті.

Панічний розлад, коли люди з панічним розладом зазнають частих та несподіваних нападів паніки. Панічні атаки є раптовими, сильними почуттями страху або жаху, коли немає безпосередньої небезпеки. Фізичні симптоми можуть включати прискорене серцебиття, біль у грудях або животі та проблеми з диханням. Людина може відчути також слабкість або запаморочення, пітливість, озноб або оніміння рук. Під час нападу паніки вона може відчувати також себе відірваною від реальності, ніби не контролює своє тіло чи думки. Деякі люди відчувають наближення загибелі або що має статися щось жахливе.

Фобія є інтенсивним страхом або відразою до певних об'єктів або ситуацій. Цей страх не дорівнює реальній небезпеці, яка може бути викликана ситуацією або об'єктом. До фобій включають агорафобію (боязнь громадських місць), клаустрофобію (боязнь закритих просторів). Інші поширені фобії включають політ, висоту, певних тварин, голок. Люди з фобією можуть робити все можливе, щоб уникати об'єкта або ситуації, яких вони бояться, і відчувати негайну тривогу, коли стикаються з ними.

Люди, які страждають на соціальний тривожний розлад, відчувають інтенсивний страх перед однією або кількома соціальними ситуаціями. Вони можуть відчувати себе дуже сором'язливо або хвилюватися, що їх збентежать або засудять інші. Цей страх може заважати повсякденній діяльності, наприклад, ходити на роботу, в школу чи громадські заходи. Спровокувати симптоми соціальної фобії можуть наступні ситуації: знайомство з новими людьми чи людьми з великим авторитетом; критика

збоку інших; перебування в центрі уваги інших; публічні виступи; телефонування незнайомим. Ознаками соціальної фобії є почуття страху, який є непропорційним до реальної загрози або контексту ситуації; наполегливе уникання місць, де можливо відчувати цей страх; страх і тривога, які викликають значний дистрес, заважаючи жити повсякденним життям. Фізичні симптоми соціальної фобії можуть включати: тремтіння; пітливість; сухість у роті; серцебиття заїкання, нездатність чітко вимовляти слова; болі в животі, діарея. Люди з соціальними фобіями часто усвідомлюють, що їхні страхи ірраціональні. Однак вони не можуть контролювати ці симптоми, поки не отримають допомогу. Люди з соціальними фобіями часто здаються сором'язливими, тихими та задумливими. Їх можна сприймати як відсторонених і недружніх. Зазвичай це не так.

Тривожні розлади є основною проблемою охорони здоров'я в усьому світі зі значними психологічними, соціальними та економічними витратами. Вплив тривоги на когнітивні функції є основним фактором, що сприяє цим витратам; тривожні розлади можуть сприяти зосередженню уваги на негативних життєвих подіях і ускладнювати концентрацію уваги, що може призвести до проблем як у соціальному, так і в робочому середовищі [69]. У таких ситуаціях стан тривоги може розглядатися як дезадаптивний. Однак тривога може також покращити здатність виявляти та уникати небезпеки, що за відповідних обставин. Однак точний вплив тривоги на когнітивні здібності невідомий [69]. Часто люди з соціальною фобією хочуть заводити друзів і спілкуватися, але ця тривога заважає їм це зробити. Дослідження показують, що поєднання факторів (середовища та генетичних) може сприяти виникненню соціальної фобії.

Люди з тривожністю страждають від виснажливих нав'язливих думок і почуттів, а також від порушення регуляції механізмів уваги, наприклад, відволікання, порушення концентрації. Ці симптоми пов'язані з упередженням уваги до загрози [69]. Особи з тривожними розладами або

диспозиційною тривогою демонструють схильність виявляти та обробляти інформацію, пов’язану з загрозами, що заважає виконанню різноманітних завдань на увагу [69]. Проте деякі з цих дефіцитів можуть бути вторинними або виникати в контексті слабкої здатності використовувати ресурси уваги (когнітивний контроль) для гнучкого регулювання уваги в умовах мінливого середовища [69]. Таким чином, проблеми з увагою при тривозі є складними і можуть виникати в результаті дисбалансу між обробкою, керованою стимулом (див. попередній розділ) і контролем уваги зверху вниз.

Підвищена відволікання, втрата уваги, нездатність утримувати увагу, погана концентрація та нав’язливі думки можуть бути вторинними по відношенню до механізму виявлення гіперактивної загрози на основі мигдалини [69]. Однак ця дезадаптивна поведінка також виникає за відсутності зовнішньої загрози, що підвищує ймовірність того, що тривога пов’язана із загальним порушенням контролю уваги [69]. Моделлю для пояснення дефіциту когнітивних здібностей у тривожних людей є система подвійної конкуренції, яка описує взаємодію між пізнанням та емоціями [69]. Модель передбачає, що інформація про загрози, не пов’язана з завданням, конкурує за ресурси центральної обробки з когнітивними функціями, потенційно погіршуючи когнітивні процеси [69]. Розширення цієї моделі полягає в тому, що завдання, які вимагають ресурсів уваги через конфлікт або втручання, зазнають більшого впливу, ніж завдання з невеликим конфліктом або втручанням або завдання, які покладаються на автоматичні та звичні відповіді, на які не впливає (або потенційно сприяє) [69]. Альтернативою є те, що тривога покращує вибірковість уваги, оскільки вона обмежує увагу периферійними сигналами, полегшуючи завдання з обмеженою кількістю сигналів порівняно з завданнями з кількома сигналами [69].

## 2.3. Розвиток тривожності в умовах війни

Війна в Україні негативно вплинула на всі сторони суспільства. Війна має катастрофічний вплив на здоров'я та добробут націй. Дослідження показали, що військові конфлікти спричиняють більше смертності та інвалідності, ніж будь-яка серйозна хвороба [73]. Війна руйнує громади та сім'ї та часто порушує розвиток соціальної та економічної структури націй. Наслідки війни включають довготривалу фізичну та психологічну шкоду дітям і дорослим, а також зменшення матеріального та людського капіталу [73]. Смерть унаслідок воєн – це лише «верхівка айсберга». Інші наслідки, окрім смерті, недостатньо задокументовані. Вони включають ендемічну бідність, недоїдання, інвалідність, економічний/соціальний занепад і психосоціальні захворювання, якщо згадати лише деякі. Лише завдяки більш глибокому розумінню конфліктів і безлічі проблем психічного здоров'я, які виникають через них, можна розробити послідовні та ефективні стратегії вирішення таких проблем [73].

За оцінками ВООЗ, у ситуаціях збройних конфліктів у всьому світі «10% людей, які пережили травматичні події, матимуть серйозні проблеми з психічним здоров'ям, а ще 10% розвинуть поведінку, яка перешкоджатиме їхній здатності ефективно функціонувати. Найбільш поширені такими станами є депресія, тривога та психосоматичні проблеми, такі як безсоння або болі в спині та животі» [73].

Багато людей впали в стан безнадії, безпорадності та депресії. Д. О. Гончаренко вказує на те, що невротична тривога відрізняється від тривоги військового часу тим, що її причини стають цілком реальними, але принцип роботи нашого мозку залишається незмінним [2].

Відповідно до аналітичного звіту за січень 2024 р. «Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги» спокійними себе вважають лише 36 % респондентів (у 2023 р. – 37 %), врівноваженими – 15 % (у 2023 р. – 14 %), впевненими у завтрашньому дні – 8 % (у 2023 р. – 7 %),

стресостійкими – 5 % (у 2023 р. – 5 %), відчувають оптимізм, радіють життю, відчувають задоволеність – 4 % (у 2023 р. – 4 %) [17]. У 2024 р. 77 % опитаних зазначили, що відчували стрес або сильну знервованість (2023 р. – 77 %, 2022 р. – 71 %) [17]. Респонденти вказали, що для них основними причинами стресу є: повномасштабна війна з росією – 72 % (2023 р. – 72%, 2022 р. – 71%), безпека близьких – 70 % (2023 р. – 68 %, 2022 р. – 63 %), ризик для життя та висока вірогідність отримати травми – 51 % (2023 р. – 42 %, 2022 р. – 37 %), ризик втрати майна (2023 р. – 35%, 2022 р. – 37 %), втрата джерела доходу / роботи – 34 % (2023 р. – 34 %, 2022 р. – 42 %), розлука з рідними, сім'єю – 29 % (2023 р. – 29 %, 2022 р. – 30%), страх перед тим, що чекає в новому населеному пункті в Україні (вимушено переїхали в межах України) – 11 % (2023 р. – 13 %, 2022 р. – 17 %) [17]. Опитані вказали на те, що останнім часом відчували наступні негативні стани: тривожність, напруга – 52 % (2023 р. – 50 %, 2022 р. – 50 %), роздратування, злість – 42% % (2023 р. – 43 %, 2022 р. – 38 %), відчуття виснаженості (2023 р. – 40 %, 2022 р. – 32 %), емоційна нестабільність – 32 % (2023 р. – 34 %, 2022 р. – 28 %) [17].

Розглянемо розвиток тривожності на фоні військових конфліктів в інших країнах. Так, симптоми депресії виявлені у 67,7% жителів Афганістану, симптоми тривоги – у 72,2%, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – у 42% [73]. Опитування жителів Камбоджі виявило, що понад 80% населення цієї країни відчували депресію та мали ряд соматичних скарг. Приблизно 55% мали показники симптомів, які корелювали із західними критеріями депресії та ПТСР відповідно [73]. Психосоціальні наслідки спостерігалися у 64 % населення Шрі-Ланки, включаючи соматизацію у 41 %, посттравматичний стресовий розлад – у 27 %, тривожний розлад – у 26 %, велику депресію – у 25 %, зловживання алкоголем і наркотиками – у 15% і функціональні порушення – у 18 % [73].

Нещодавні дослідження свідчать про чіткі статеві та вікові відмінності в тривожності серед українців в умовах сучасної російсько-української війни

[51]. Зокрема, у жінок спостерігається вищий рівень цих симптомів, ніж у чоловіків, що відповідає попереднім дослідженням зв'язку між статтю та тривожними розладами [51]. Ці симптоми посилюються з віком, за винятком учасників старше 40 років, які показали нижчий рівень тривоги порівняно з рівнем молодих учасників віком 18 – 20 років [51]. Навпаки, учасники віком від 26 до 40 років показали найвищий рівень тривоги серед усіх вікових груп [51]. Опитування показало, що в умовах війни 35,5% українців демонструють симптоми тривоги, зокрема серед них 13,3% мають симптоми сильної тривоги [51]. Крім того, у 42,3% респондентів спостерігалися симптоми депресії. Серед них у 16,4% учасників спостерігалися симптоми важкої депресії. Симптоми стресу мають понад 70% опитаних українців, серед яких 10,6% респондентів мають виражені симптоми стресу [51]. Крім того, існує статистично значущий вплив важких людських страждань на тривогу [ $F(5,111) = 8,79$, $p < 0,001$, $\omega 2 = 0,072$], депресію [ $F(5,112) = 6,41$, $p < 0,001$, $\omega 2 = 0,053$], а стрес [ $F(5,114) = 4,58$, $p < 0,001$, $\omega 2 = 0,033$] для учасників, які проживають в Україні; та щодо депресії [ $F(5,35,4) = 7,44$, $p < 0,001$, $\omega 2 = 0,072$] для учасників, які проживають за межами України (біженці) [51].

Через війну українці зіткнулися зі значними фінансовими проблемами, головними причинами фінансового стресу є безробіття та обмежений дохід. Існує тісний зв'язок між фінансовою напругою та поганими наслідками для психічного здоров'я. Ті респонденти, які повідомляють про фінансові труднощі або нездатність задовольнити основні потреби, демонструють значно вищий рівень тривоги порівняно з тими, хто був фінансово стабільним [51]. Ті, хто повідомляють про відсутність фінансових проблем, також продемонструють вищий рівень тривожності. Ці результати показують, що фінансова стабільність може підвищити рівень тривоги на додаток до війни. Крім того, безробіття є суттєвим предиктором занепокоєння, причому як безробітні, так і пенсіонери демонструють найвищий рівень занепокоєння. Ці висновки узгоджуються з попередніми

дослідженнями, які показують тісний зв’язок між безробіттям і поганими наслідками для психічного здоров’я.

О. О. Орос теж встановив, що після початку російської агресії в 2022 р. серед внутрішньо переміщених осіб на депресію найчастіше страждають жінки з депресією, які не готові повернутися додому [15]. Жінки, які позитивно ставляться до місцевих жителів, не мають симптомів депресії, але відчувають страх за своє життя та мають вищий рівень тривоги [15]. Жінки, які не мають постійного місця проживання, перебувають у позитивному настрої, мають легку депресію та легку/помірну тривожність, частіше схильні до розвитку ПТСР [15]. Відповідно згаданого дослідження за шкалою Бека депресію виявлено у 53,0% сангвініків, 46,0% холериків, 78,0% меланхоліків та 39,0% флегматиків [15]. Серед осіб, які готові повернутися наразі додому, депресію виявлено у 43,0% та з тих, хто не готовий повертатися, – у 79,0%. За даними тесту Спілбергера – Ханіна, у 53,0% осіб низький, 45,0% – середній та у 2,0% – високий рівень тривоги. Високий рівень тривожності виявлено у 17,0% флегматиків, 48,0% сангвініків та 35,0% холериків [15].

Слід зазначити, що ПТСР, як один із можливих психологічних наслідків пережитих травматичних подій, зустрічається приблизно у 20% осіб (навіть без фізичної травми) і супроводжується різноманітними психічними та психосоматичними розладами [15]. Загальна картина виникнення та прогресування ПТСР залежить від того, яка травматична подія спричинила психологічний та психосоматичний розлад, тобто конкретних обставин травматичного стресора [15]. Домінуючу роль відіграють екстремальність ситуації, інтенсивність страху за власне існування, відчуття жаху та безпорадності. Важливими характеристиками є несподіваність, швидкий розвиток катастрофічних подій, тривалість дії та її повторюваність протягом життя [15].

Середня поширеність посттравматичних стресових розладів у воєнний час становить 15 – 30%, дуже схожа на високу поширеність посттравматичних стресових розладів у жертв злочинів (15-50%), тоді як загальна поширеність посттравматичних стресових розладів у мирний час становить лише 0,5 – 1,2%.

Тривожність в умовах війни має далекосяжні наслідки. За різними даними, у В'єтнамській війні загинуло понад 58000 американських солдатів і близько 500000 були поранені. Однак за десятиліття після війни стільки ж людей пішли з життя за власним бажанням: майже 60000 ветеранів покінчили життя самогубством. Така ж ситуація спостерігалася після воєн в Афганістані та Іраку [15]. Багато досліджень показують, що ПТСР становить 10 – 50% медичних наслідків бойових дій; симптоми ПТСР часто не зникають через 15 – 20 років після закінчення війни; симптоми ПТСР виявилися у 29 – 45 % ветеранів Другої світової війни, у американців, які брали участь у війні у В'єтнамі– у 25 – 30% ветеранів [15].

Порівнюючи масштаби військових конфліктів 20 століття (Друга світова війна, В'єтнам і Афганістан) з російсько-українською війною та оцінюючи кількість людей, які постраждали від цієї війни, можна сказати, що рівень ПТСР, пережитий опитаними ВПО, відповідає середньому значенню і не є смертельно високим [15]. Військові дії у В'єтнамі відіграли ключову роль у соціальних і політичних потрясіннях, що охопили в США наступні 10 років, загрожуючи більшості соціальних інституцій країни. У зв'язку з цим в США розвинувся радикально-ліберальна, «контркультурна» молодіжна течія, яка супроводжувалася протиборством до американських інститутів, зокрема військової служби серед темношкірих громадян. Дана нова субкультура формувалася навколо наркотичних речовин.

Порівнюючи тривогу під час та після війни, обидва показали значну тенденцію до зниження після закінчення тієї чи іншої війни з 43,4 до 28,1% [53]. Суттєві фактори, що сприяють спостережуваній тенденції, включають такі втручання, як уявна соціальна підтримка та негайна емоційна підтримка

постраждалим особам, використовуючи комплексну реакцію з інформацією про травму для надання належної допомоги психічному здоров'ю. Усунення постійного стресового фактору війни може значно знизити захворюваність населення в цілому [53].

Війна є особливим чинником, що активно впливає на розвиток тривожності серед населення. Багато досліджень задокументували психічні страждання населення, пов'язані з війною, і оцінили прояви розладів психічного здоров'я, викликаних збройним конфліктом. Існують чіткі статево-вікові відмінності тривожності серед українського населення в умовах теперішньої агресії, які свідчать що від неї страждають більшою мірою особи жіночої статі, аніж чоловічої.

Отже, тривога є як психічним, так і фізичний станом негативного очікування. Психічно це характеризується підвищеним збудженням і побоюваннями, які переходять у тривожне занепокоєння, а фізично – неприємною активацією багатьох систем організму для полегшення реакції на невідому небезпеку, реальну чи уявну.

Тривога позначена когнітивним відчуттям страху в очікуванні якогось поганого результату та такими фізичними відчуттям, як нервозність і прискорене серцебиття, що створюють певний дискомфорт. Занепокоєння покликане привернути увагу та стимулювати внести необхідні зміни, щоб захистити те, що становить для людини певну цінність. Випадкові напади тривоги є природними і навіть можуть бути продуктивними.

Тривога супроводжує такі групи розладів психічного здоров'я, як генералізований тривожний розлад, панічний розлад, фобію, соціальний тривожний розлад.

# РОЗДІЛ 3
# ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КУЛЬТУРНО-СПЕЦИФІЧНОГО СИНДРОМУ ЯК ЧИННИКА РОЗВИТКУ ТРИВОЖНОСТІ У СУЧАСНИХ УКРАЇНЦІВ

## 3.1. Інструментарій та процедура дослідження

У зв'язку зі складністю вивчення явища забобонності, пристріту та «злих очей», як різновидів культурно-специфічного синдрому в сучасних українських умовах, в рамках написання даної роботи було прийнято рішення провести два дослідження, які були засновані на діагностичній методиці «Шкала оцінки рівня особистої тривожності» Ч. Д. Спілбергера в адаптації Ю. Л. Ханіна [72; 76] та методі напівструктурованого інтерв'ю.

При проведенні дослідження, заснованого на «Шкалі оцінки рівня особистої тривожності» Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна вибірка дослідження склала 100 осіб. Підбір респондентів здійснювався шляхом випадкової вибірки з території України, окресленої кордонами 1991 р., окрім тимчасово окупованих територій. Респонденти належали до вікової групи від 18 до 60 років, де 50 при попередньому спілкуванні заявили, що вірять в погані прикмети, «злі очі», пристріт, 50 – ні.

«Шкала оцінки рівня особистої тривожності» Ч. Д. Спілбергера в адаптації Ю. Л. Ханіна – одна з методик, що використовується для вивчення психологічного феномену тривожності. Метою застосування «Шкали оцінки рівня особистої тривожності» Ч. Д. Спілбеогера в адаптації Ю. Л. Ханіна було визначення рівня ситуативної та особистісної тривожності в осіб, що вірять в погані прикмети, «злі очі» та пристріт.

Тест тривожності Спілбергера-Ханіна визначає рівень тривожності на основі ситуативної (реактивної) тривожності та особистісної тривожності [76]. Ситуаційна тривожність в тій чи іншій мірі притаманна кожній людині і

характеризується емоціями, що переживаються в даному конкретному середовищі: напругою, тривогою, хвилюванням, нервозністю. Такі стани виникають як емоційна реакція на поточну ситуацію, можуть бути різними за інтенсивністю і змінюватися з часом [76]. Особистісна тривожність є величиною постійною і визначається темпераментом, характером, вихованістю людини та здатністю застосовувати певні стратегії реагування на зовнішні фактори [76].

Відповідно до фундаментальної теорії тривоги за ознаками стану Ч. Д. Спілбергера, тривога є одновимірною конструкцією. Зовнішні стресори та внутрішні переживання (наприклад, фізіологічні реакції) оцінюються таким чином, що потенційно може призвести до тривоги, і на процес оцінки впливає тривожність рис характеру (тобто особистісна схильність до тривоги). Іншими словами, загальна рисова тривожність схиляє індивіда до посилення стану тривожності в ситуаціях, які оцінюються як загрозливі.

Тест можуть використовувати особи віком від 16 років. Тест складається з двох блоків питань [76] (див. Додаток А). У першому блоці (20 питань) респонденти обирають відповідь залежно від того, що вони відчувають в даний момент. У другому блоці (20 питань) вони обирають відповідь залежно від того, як зазвичай себе почувають [76]. Ситуативна тривожність (СТ) визначається за ключем: (СТ) = (3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) – (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) + 50. Особистісна тривожність (ОТ) визначається по ключу: (ОТ) = (2, 3, 4, 5, 8, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20) – (1, 6, 7, 10, 13, 16, 19) + 35. Результати опитування зазвичай оцінюються за наступною градацією: менше 30 балів – низький рівень, 31 – 45 балів – середній рівень, 46 балів і вище – високий рівень.

У ході написання роботи було створено опитувальник за допомогою Google Forms, розроблений на основі «Шкали оцінки рівня особистої тривожності» Спілбергера-Ханіна. Форму було розповсюджено серед 100 респондентів. Посилання на форму залишалося активним протягом одного місяця – жовтня 2024 р. Учасники опитування надали інформовану згоду,

участь була добровільною та анонімною, і жодних стимулів для участі не передбачалося.

Друге дослідження ґрунтувалося на використанні методу напівструктурованого інтерв'ю. Метою проведення інтерв'ю став збір детальної інформації про психологічні життєві практики переживання таких різновидів культурно-специфічного синдрому в українському етно-культурному середовищі як погані прикмети, «злі очі» та пристріт.

Напівструктуроване інтерв'ю мало вигляд розмови між дослідниками та опитуваними. Інтерв'ю – це спосіб отримати інформацію від людини, ставлячи запитання та слухаючи відповіді. Зазвичай інтерв'ю набирає форми сесії запитань і відповідей, коли одна особа ставить запитання, а інша відповідає на них. Інтерв'ю – найпоширеніший формат збору даних у якісних дослідженнях [45]. Незважаючи на те, що інтерв'ювання є часто використовуваним методом, його не слід розглядати як простий стандартний метод для якісних досліджень. Інтерв'ю забезпечує простір для розширених розмов, які дозволяють досліднику зрозуміти, як люди думають і у що вони вірять [50]. Напівструктуровані інтерв'ю, як правило, пропонуються при проведенні тривалої польової роботи та дозволяють респондентам дозволити їм висловлюватись у власному порядку та темпі, мінімально затримуючи відповіді респондентів.

Під час проведення інтерв'ю респонденти були повинні відповісти на наступні питання: які погані прикмети ви не тільки знаєте, але й використовуєте в своїй життєвій практиці; що ви відчуваєте при зустрічі з поганою прикметою, «злим оком», пристрітом?; які заходи ви вживаєте, аби відвернути негативний вплив забобону, «злих очей» чи пристріту?; наскільки часто ви переживаєте життєві труднощі.

Інтерв'ю проводилося лише один раз з окремою особою в жовтні 2024 р. Платформою проведенню інтерв'ю був «Google Meet». Для ефективного опрацювання матеріалів інтерв'ю здійснювалися робочі нотатки, записані від руки. Особисті інтерв'ю (17 – 60 хвилин) були

записувалися до моменту насичення, коли в опитуванні учасників не з'являлося жодної нової інформації. Перед початком проведення інтерв'ю було досягнуто домовленості про анонімність та конфіденційність його матеріалів.

При підборі учасників інтерв'ю використовувалася цілеспрямована вибірка, зважаючи на те, що кількість інтерв'ю, яку потрібно провести була надто малою, щоб бути статистично репрезентативною. В інтерв'ю взяло участь 100 учасників, 50 чоловіків і 50 жінок. У віковій групі до 20 років було 20 осіб, у категорії 21 – 30 – 20, у категорії 31 – 40 – 20, у категорії 41 – 50 – 20, у категорії старше 50 років – 20. Респонденти мали різну освіту, від професійно-технічної до вищої освіти. Учасники також були представниками різних соціально-економічних верств населення.

Таким чином, в основу вивчення культурно-специфічного синдрому як чинника розвитку тривожності в сучасних українців було покладено «Шкалу оцінки рівня особистої тривожності» Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна та метод напівструктуровного інтерв'ю. Використання тесту Спілбергера – Ханіна було покликане здійснити кількісну характеристику проблеми культурно-специфічного синдрому, напівструктурованого інтерв'ю – якісну.

### 3.2. Аналіз результатів дослідження

У підсумку написання роботи за допомого «Шкали оцінки рівня особистої тривожності» Ч. Д. Спілбергера в адаптації Ю. Л. Ханіна було проаналізовано рівень ситуативної тривожності та рівень особистісної тривожності осіб, що є не вірять в забобони, «злі очі», пристріт та, навпаки, серед осіб, що вірять в них. Результати проведеного дослідження наведені нижче.

*Таблиця 3.1*

**Результати опитування щодо тривожності за Спілбергером-Ханіном серед осіб, що не є носіями вірувань в погані прикмети, «злі очі», пристріт**

| Рівень тривоги | % |
|---|---|
| Рівень ситуативної тривожності | |
| Високий | 10 % (5 осіб) |
| Середній | 32 % (16 осіб) |
| Низький | 58 % (29 осіб) |
| Рівень особистісної тривожності | |
| Високий | 14 % (7 осіб) |
| Середній | 30 % (15 осіб) |
| Низький | 56 % (28 осіб) |

*Таблиця 3.2*

**Результати опитування щодо тривожності за Спілбергером-Ханіном серед осіб, що є носіями вірувань в погані прикмети, «злі очі», пристріт**

| Рівень тривоги | % |
|---|---|
| Рівень ситуативної тривожності | |
| Високий | 20 % (10 осіб) |
| Середній | 70 % (35 осіб) |
| Низький | 10 % (5 осіб) |
| Рівень особистісної тривожності | |
| Високий | 10 % (5 осіб) |
| Середній | 80 % (40 осіб) |
| Низький | 10 % (5 осіб) |

Результати опитування показали значну різницю між рівнем тривожності серед осіб, що вірять в погані прикмети, «злі очі», пристріт та осіб, що відкидають їх. Відповідно до отриманого результату перша категорія осіб має значні показники середнього та високого рівня ситуативної тривожності – 70 % та 20 % відповідно. Рівень особистісної тривожності такої групи осіб становить 80 % та 10 % відповідно. Дослідження показало зв'язок між схваленням забобонних переконань і тривоги. Респонденти без подібних вірувань проявили значно нижчі показники тривожності. Вони мають наступні показники ситуативної тривожності: низький – 58 %, середній – 32 % та особистісної тривожності: низький – 30 %, середній – 56 %.

На питання про те, які погані прикмети ви знаєте більшість респондентів вказали наступні відповіді.

*Таблиця 3.3*

**Розподіл серед опитаних віри у забобони, які вони намагаються втілювати в повсякденній практиці**

| Назва забобону в повсякденній практиці | % осіб, що використовують забобон в повсякденній практиці |
|---|---|
| «Якщо ви даруєте комусь гаманець, переконайтеся, що в ньому є гроші, навіть копійки. Інакше гаманець може залишитися порожнім для нового власника» | 10 % (5) |
| «Якщо в хаті свистиш, то диявола кличеш» | 34 % (17) |
| «Ніколи не ставте взуття на стіл, інакше до вас будуть небажані гості» | 10 % (5) |
| «Здоровий молодий темноволосий гість (тобто хоча б підліток) на Новий рік принесе удачу на весь рік. Цей візит також допоможе уникнути нещастя. Якщо тоді не прийде жоден молодий гість, хтось смертельно захворіє» | 80 % (40) |
| «Смерть прийде, якщо в будинок забереться птах» | 70 % (35) |

*Продовження таблиці 3.3*

| | |
|---|---|
| «Якщо ви даруєте комусь ножі, обов’язково додайте принаймні копійки, щоб одержувач міг "купити" ножі у вас. Інакше дружба розірветься» | 60 % (30) |
| «Ніколи не співай за обіднім столом, інакше у тебе буде божевільний чоловік» | 10 % (5) |
| «Ніколи не їжте п’яту хліба, інакше ваш чоловік залишиться лисим!» | 10 % (5) |
| «Щоб позбутися нещастя, плюньте тричі через ліве плече» | 100 % (50) |
| «Ніколи не залишайте капелюха на столі, це приносить нещастя» | 74 % (37) |
| «Павуки в будинку принесуть удачу» | 100 % (50) |
| «Ніколи не стрижися на вулиці. Ви отримаєте головний біль, якщо дозволите птахам використовувати ваше втрачене волосся для своїх гнізд. Волосся потрібно спалювати в печі, щоб уникнути злих духів, а не викидати на вулицю» | 8 % (4) |
| «Якщо вам сниться сніг, то ви отримаєте листа здалеку. Бачити уві сні рубані дерева означає смерть» | 6 % (3) |
| «Коли зірка над усміхненим місяцем, наближається війна» | 6 % (3) |
| «Птах б’ється у вікно означає, що хтось із членів сім’ї помер» | 100 % (50) |
| «Не тримайте гаманець на підлозі, інакше розоритеся» | 42 % (21) |
| «Не повертайтеся додому, якщо щось там забули. Це принесе нещастя» | 100 % (50) |
| «Уникайте людей з порожніми відрами, що перетинають ваш шлях» | 100 % (50) |
| «Не мийте і не підмітайте підлогу, поки хтось покинув ваш дім і все ще подорожує. Зачекайте, поки ви не дізнаєтесь, що вони безпечно прибули до місця призначення» | 100 % (50) |
| «Ніколи не розвішуйте одяг на вулиці після настання темряви» | 44 % (22) |
| «Ніколи не тримайте в будинку розбитий посуд». | 100 % (50) |
| «Ніколи не залишайте ключі на столі». | 4 % (2) |

*Продовження таблиці 3.3*

| | |
|---|---|
| «Якщо незаміжня дівчина підмітає підлогу після вечері у темряві, вона ніколи не вийде заміж. Дівчина, яка сидить на кутку столу, ніколи не вийде заміж. Ніколи не підмітайте біля незаміжньої дівчини». | 100 % (50) |
| «Жінки ніколи не повинні сидіти на камені, інакше у них ніколи не буде дітей» | 6 % (3) |
| «Під час вагітності не варто дивитися ні на щось потворне чи страшне, інакше дитина виглядатиме саме так». | 12 % (6) |
| «Під час вагітності не потрібно тримати кота вдома чи поблизу дитини». | 10 % (5) |
| «Ніколи не показуйте малюкові своє відображення в дзеркалі, поки йому не виповниться рік. Ніколи не стрижіть дитину до досягнення нею першого дня народження». | 5 % (2) |
| «Побачити сову – на нещастя. Бачити сову, особливо вночі, означало, що хтось помер або скоро помре». | 82 % (41) |
| «Коли хтось (друг або знайомий) приходить що-небудь віддати, не можна просовувати предмет через двері. Гість повинен увійти в будинок, або ви повинні вийти на вулицю, щоб отримати предмет. Інакше — нещастя!». | 100 % (50) |
| «Ніколи не стрижіть дитину до того, як вона почне говорити, інакше вона цього не зробить». | 52 % (26) |
| «Підмітаючи будинок, ніколи не вимітайте пил за поріг. Заметете всю свою долю». | 88 % (44) |
| «По неділях не шиють. Якщо моя мама пришивала ґудзики на моїй сорочці, поки я був у сорочці, вона клала щось мені в рот». | 100 % (50) |
| «Ніколи не передавайте нікому гострий предмет (наприклад, ніж або ножиці), покладіть його спочатку на поверхню». | 100 % (50) |
| «Якщо розіб’ється тонке скло, це означає удачу, а якщо розіб’ється товсте скло чи кераміка, то це означає нещастя». | 4 % (2) |
| «Ніколи не давайте нікому сіль, інакше ви будете з ними сперечатися, спочатку покладіть її на стіл». | 92 % (46) |

*Продовження таблиці 3.3*

| | |
|---|---|
| «Собака виє обличчям догори – буде пожежа, собака виє обличчям вниз – буде смерть». | 44 % (22) |
| «Бачити уві сні випадання зубів – погана прикмета». | 100 % (50) |
| «Ніколи не качай ногами під столом, це диявол кличе». | 100 % (50) |

На питання про психо-фізіологічні прояви тривожності перед тією чи іншою поганою прикметою, «злим оком» чи пристрітом 62 % (32) респондентів вказали на те, що вони демонструють ознаки надзвичайної тривоги або нервозності з наближенням певної негативної події, провісником якої є прикмета. Часто вони вірять, що трапиться щось жахливе чи лихе. 90 % (45) опитаних зазначили, що вони розуміють, що їхній страх невиправданий і ірраціональний, вони почуваються безсилими подолати паніку, яку вони пережили. 50 % (25) повідомили, що на фізіологічному рівні в такому випадку відчувають відчуття тремтіння, 30 % (15) – задишку, 26 % (13) – прискорене биття серця, 16 % (8) – припливи жару або холоду, 12 % (6) – оніміння або поколювання в кінцівках, 18 % (9) – м’язову напругу (біль), 8 % (4) – нудоту, 40 % (20) – пітні або липкі долоні.

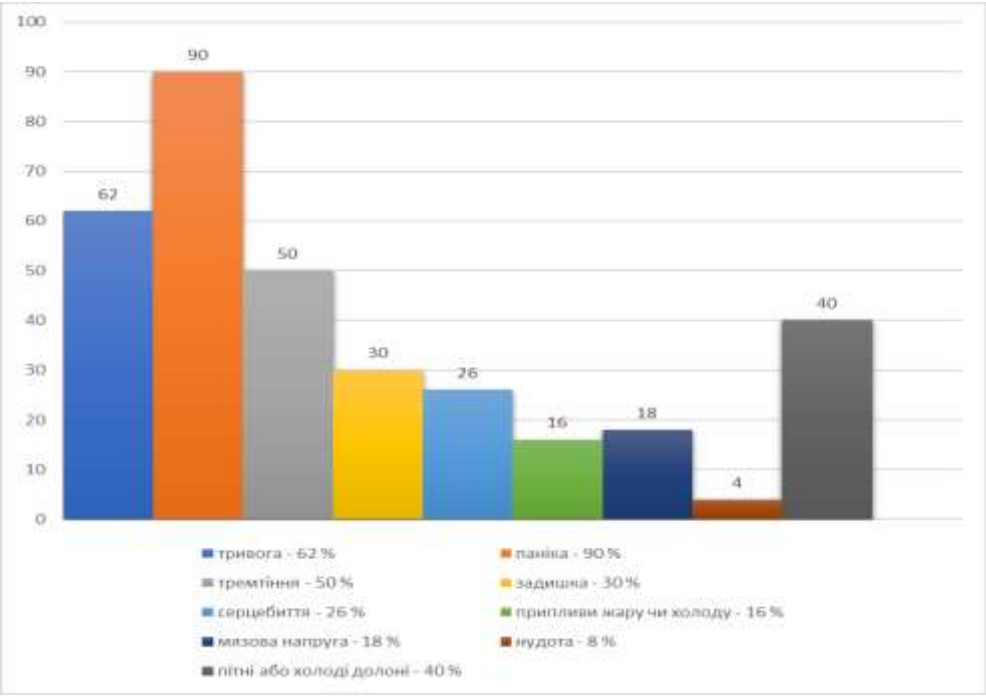



**Рис. 3.1. Психо-фізіологічні прояви тривожності серед осіб, що є носіями віри в погані прикмети, «злі очі», пристрітом**

Та частина опитаних, яка повідомила про існування віри в погані прикмети, «злі очі», пристріт, проінформувала про те, що часто стикається зі складними життєвими ситуаціями. 88 % (44) опитаних повідомили, що останнім часом мають конфлікти у родині та не знаходять спільної мови зі своїми близькими. 60 % (30) респондентів повідомили, що протягом тривалого часу переживають мобінг збоку свого керівництва на роботі. Частина з них повідомила, що «незаслужено» отримали догану. 90 % (45) учасників опитування повідомила, що мають проблеми зі здоров'ям (підвищених тиск, алергія, розлади травлення, проблеми зі сном). 100 % (50) респондентів повідомили, що мають фінансові труднощі. 32 % (16) респондентів повідомила про відсутність друзів або їх втрату.

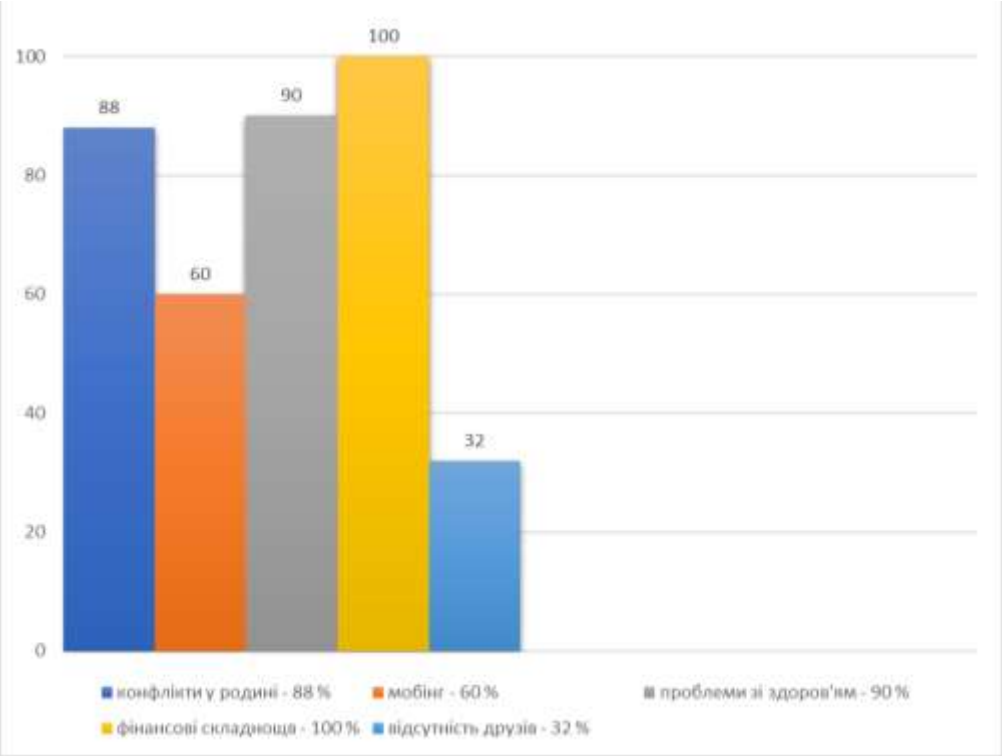



**Рис. 3.2. Соціальний контекст осіб, осіб, що є носіями віри в погані прикмети, «злі очі», пристрітом**

На питання «Які заходи ви вживаєте, аби відвернути негативний вплив забобону, "злих очей" чи пристріту?» були отримані наступні результати. 96 % (48) респондентів заявили, що у випадку п'ятниці 13 намагаються залишитися вдома, 88 % (44) – не приймати важливих рішень або уникати

ризиків у цей день, як-от подорожі транспортом або перебування на вулиці після настання темряви. 60 % (30) опитаних додали також, що можуть спробувати зменшити ризик, молячись, одягаючи релігійні символи (наприклад, хрест) тощо. 68 % (34) респондентів вказали, що використовують спеціальні обряди для захисту від дії поганих прикмет, «злих очей», пристріту. Наприклад, одна респондентка описала наступний обряд для виявлення пристріту: «Якщо підпалені сірники або розжарене вугілля не тонуть і залишаються плавати на поверхні води, то це означає, що фізичні труднощі хворого викликані не злими силами, не злим поглядом, а його організм просто ослаблений: будь то застуда, наслідок неправильного харчування, перевтоми або вживання алкоголю. У тих випадках, коли симптоми викликані не лихим оком, хворий або одужує сам (бо доведено, що нічого страшного), або лікується звичайними аптечними препаратами і ліками». Позбавлення від негативного впливу пристріту полягає у наступному: «Лікування пристріту починається відразу після постановки діагнозу. Основну роль у лікуванні відіграє так звана вугільна вода з вугілля або сірників. Вугільну воду наносять на різні частини тіла хворого. Мета лікування - очистити хворого за допомогою вугільної води від нечистої сили».

Інша респондентка додала наступне: «Лихе око, звичайно, можна запобігти. Загалом, це можна зробити декількома способами. Першим, мабуть, найпоширенішим засобом профілактики є прикріплення червоної стрічки навколо зап'ястя. Ця червона стрічка настільки привертає увагу, що на ній є й ця червона стрічка настільки приваблива, що має силу привернути погляд лихого ока та позбутися. Сидіння зі схрещеними ногами – ще один спосіб профілактики, який використовується переважно у великих компаніях, де існує постійна загроза пристріту. Перехрещування частин тіла несе в собі також мотив хреста, святості, який зупиняє злі сили. Ще одним поширеним засобом профілактики є носіння одягу навиворіт. Здебільшого достатньо мати лише шкарпетки чи футболку навиворіт».

Третя респондетка вказала наступне: «Носіть нижню білизну навиворіт, щоб уникнути прокляття». Вона додала: «Якщо робити комплімент новонародженому, його потрібно тричі поцілувати в голову, щоб уникнути злих духів. Під час вагітності завжди потрібно мати при собі шпильку, щоб захистити від будь-кого, хто має "пристріт". Сховайте шпильку у вашому новому вбранні, щоб люди не дивилися на вас ревниво». Загалом всі опитані зійшлися на тому, що профілактичні переконання щодо уникнення лихого ока мають включати приховування прибутків, багатства та успіху від інших, особливо від людей, які відомі тим, що кидають зло.

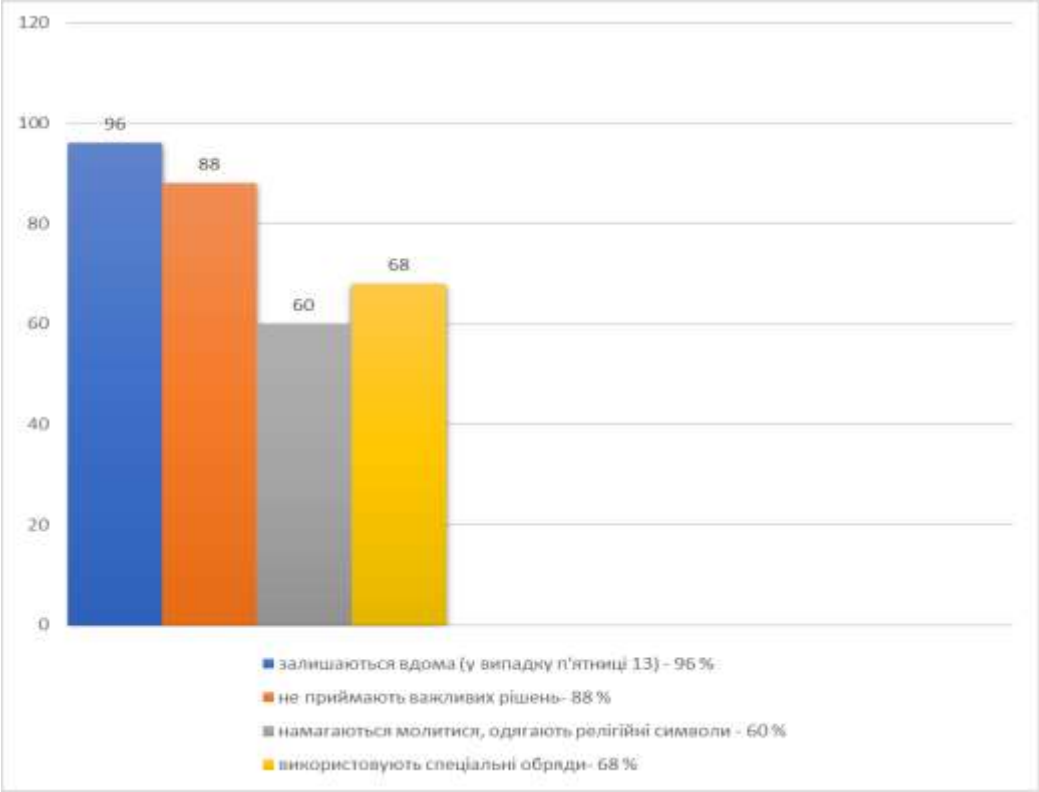



**Рис. 3.3. Засоби захисту від дії поганих прикмет, «злих очей», пристріту**

Таким чином застосування шкали оцінки рівня особистої тривожності Спілбергера-Ханіна та напівструктурованого інтерв'ю дозволило дослідити такі приклади культурно-специфічного синдрому серед сучасних українців: забобонність, «злі очі», пристріт. Саме ці різновиди культурно-історичного синдрому збереглися в українській етно-культурній спільноті попри 70 років тоталітарного радянського атеїстичного режиму. Результати

напівструктурованого інтерв'ю свідчать про те, що в середньому 40 % учасників дослідження вірять в погані прикмети, пристріт та «злі очі».

Отже, в сучасних умовах серед українців функціонують такі культурно-історичні синдроми, як віра в погані прикмети (забобонність), «злі очі», пристріт. Дані різновиди культурно-специфічного синдрому мають свої прояви лише в обмеженому етно-культурному середовищі України. Перше дослідження, проведене в рамках написання роботи, підтвердило тезу про значний відсоток забобонності серед жителів України. Проведення напівструктурованого інтерв'ю вказало на існування певних закономірностей в проявах культуро-специфічного синдрому в умовах сучасної України. По-перше, віра в погані прикмети, «злі очі», пристріт властива для соціально-вразливих прошарків населення. По-друге, опитані продемонстрували стабільний рівень тривожності в повсякденні.

# ВИСНОВКИ

Культурно-специфічний синдром є моделлю дистресу або ж симптомів, що є унікальними для певної етнічної чи культурної групи та не відповідають стандартній класифікації психічних розладів. Багато з цих моделей у місцевих жителів вважаються «хворобами» або, принаймні, стражданнями, і більшість з них мають відповідні місцеві назви. Культурна специфіка цих психічних розладів є водночас чужорідною для інших культур. Культурні фактори впливають на прояв різних психічних розладів. У контексті психічних розладів культурний вплив очевидний на багатьох рівнях. По-перше, культура та суспільство формують значення та вираження, які люди надають різним емоціям. По-друге, культурні фактори визначають, які симптоми чи ознаки є нормальними чи ненормальними. По-третє, культура допомагає визначити, що включає здоров'я та хворобу. Зрештою, це формує поведінку при хворобі та поведінку у пошуку допомоги. До найбільш відомих культурно-специфічних синдромів належать амок, віндіго, аттак де нервіос, коро, лата, сусто, синдром мозкового виснаження, хікікоморі. Сучасним українським різновидом культурно-специфічнго синдрому є «злі очі», вроки та віра в погані прикмети.

Поняття культурно-специфічного синдрому активно розроблялося протягом другої половини XX ст. Проблему культурно-специфічного синдрому вивчали Поу Менг Яп, А. Клейнман, П. Гуарначчі, Л. Роглер, Т. Лурманн, Л. Насер, Лі М Пахтер, Л. Кірмаєр. Саме в цей період стало зрозумілим, що західна психологічна думка була не здатна виробити універсальних понятійно-категоріальний апарат, який би зумів позначити всі психологічні феномени. Через це до сьогодні поряд з поняттям «культурно-специфічний синдром» у науковому середовищі використовуються такі терміни, як «культуральний синдром», «культурно-обумовлений синдром», «культурно-зв'язаний синдром»,

«народна хвороба». На думку одних вчених, якщо основне психічне захворювання є універсальним, то те, що виглядає як «синдром, пов'язаний з культурою», швидше за все, буде загальною проблемою, яка по-різному проявляється в різних умовах. На думку решти вчених, культурно-специфічні синдроми є варіацією соматичних розладів, депресії, тривожних розладів, що не містить насправді нічого нового. Інша група дослідників вважає, що культура робить щось більше, ніж просто дає різні назви універсальним психічним розладам, вона визначає, що в першу чергу вважається хворобою. Однак все ж таки більшість дослідників сходяться на думці, що поняття «культурно-специфічного синдрому» характеризується як модель психічних симптомів, властивих для певних етнічних чи культурних спільнот.

Культурно-специфічні синдроми є традиційними джерелами розвитку тривожності. Тривога є адаптивною емоційною реакцією, яка зазвичай характеризується інтенсивним почуттям страху, напруги та занепокоєння. Тривога концептуалізується як стан настрою, орієнтований на майбутнє, пов'язаний з підготовкою до несприятливих подій або стресорів, що насуваються. Складність і багатовимірність явища тривожності спричинили появу значної кількості підходів для її пояснення серед вчених (психоаналітична, навчально-поведінкова, фізіологічна).

Симптоми тривоги включають занепокоєння (тобто внутрішні та суб'єктивні реакції), відсторонення або уникнення (тобто явні поведінкові дії) та фізіологічні реакції (наприклад, серцебиття або напруга м'язів). Хоча тривога може полегшити подолання зовнішнього виклику, однак, якщо людина має надмірну та невмотивовану тривогу, ця тривога може стати дисфункціональною та призвести до розвитку тривожного розладу (наприклад, генералізованого тривожного розладу або соціального тривожного розладу). Тривогу можна відрізнити від страху в тому, що останній є реакцією тривоги на поточну або неминучу небезпеку.

Таким чином, для сучасних українців властивими є такі різновиди культурно-специфічного синдрому як забобонна віра в негативні прикмети,

«злі очі» та «вроки». Реалізація на практиці зазначених прикладів культурно-специфічного синдрому серед українців в переважній більшості викликає в появу тривожності. Тривожність супроводжується відчуттям таких емоцій як невпевненість у власних силах, страху, певної напруги. На фізіологічному рівні тривожність, викликана культурно-специфічним синдромом, може супроводжуватися покрасніннням чи збліднінням, шкіри, збільшенням частоти серцевих скорочень, тремором.

Проведене емпіричне дослідження підтвердило гіпотезу, за якою особи, що є носіями таких різновидів «культурно-специфічного синдрому» як «злі очі», вроки та забобонні є більш схильними до розвитку тривожності, а ніж ті, що не вірять в їх існування. Результати опитування показали значну різницю між рівнем тривожності серед осіб, що вірять в погані прикмети, «злі очі», пристріт та осіб, що відкидають їх. Відповідно до отриманого результату перша категорія осіб має значні показники середнього та високого рівня ситуативної тривожності – 70 % та 20 % відповідно. Рівень особистісної тривожності такої групи осіб становить 80 % та 10 % відповідно. Дослідження показало зв’язок між схваленням забобонних переконань і тривоги. Респонденти без подібних вірувань проявили значно нижчі показники тривожності. Вони мають наступні показники ситуативної тривожності: низький – 58 %, середній – 32 % та особистісної тривожності: низький – 30 %, середній – 56 %.

# СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ахметова Ольга Психічні розлади в різних культурах: від шизофренії до синдрому біженця. URL: https://www.akhmetova.com.ua/kulturno-spetsifichni-psihichni-rozladi (дата звернення: 27.07.2024).

2. Гончаренко Д. А. Психологічний аналіз тривоги як стану особистості в умовах воєнного часу. URL: https://er.nau.edu.ua/bitstream/NAU/57641/1/Гончаренко%20Д.О.pdf (дата звернення: 01.08.2024).

3. Гуд Г. О. Психологічні особливості негативних переживань у молодших школярів: автореф. дис. … канд. психол. наук: 19.00.07. Київ, 2021. 22 с. URL: http://ipood.com.ua/data/avtoreferaty_i_dysertatsii/2021/HUD_avtoref_pas.pdf (дата звернення: 01.08.2024).

4. Гулько Г. О. Психологічні чинники актуалізації особистісних властивостей тривожного спектру в ситуації досягнення: дис. … канд. психол. наук: 19.00.01. Київ, 2017. 249 с. (дата звернення: 04.08.2024).

5. Дуже особливі прикмети. URL: https://www.platfor.ma/specials/duzhe-osoblyvi-prykmety-ya-misyats-spetsialno-porushuvav-usi-zabobony-shho-z-tsogo-vyjshlo/(дата звернення: 03.08.2024).

6. Етнопсихологія / Укладачі Ольховецький С. М. Ольховецький В. С. Умань: Видавничо-поліграфічний центр "Візаві", 2019. 155 с. URL: https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/123456789/12258/1/посібник.pdf (дата звернення: 01.08.2024).

7. Жайворонок В.В. Знаки української етнокультури. Київ: Довіра, 2006. 703 с.

8. Іванова М. Тривога як психологічний феномен. URL: http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/6_2020/13.pdf (дата звернення: 14.10.2024).

9. Лановик М. Б., Лановик З. Б. Українська народна творчість: підручник. Київ: Знання-Прес, 2005. 591 с. (дата звернення: 03.08.2024).

10. Лащук В. Г. Забобони як психологічний феномен. URL: http://ecopsy.com.ua/data/zbirki/2012_28/sb28_17.pdf (дата звернення: 12.09.2024).

11. Маслюк А. М. Вплив забобонів на психологію українців. *Вісник Національного університету оборони України*. Збірник наукових праць. 2014. Вип. 3. С. 273–279.

12. Масюк О. П. Забобони як містична основа сподівання. Грані. 2018. Т. 21, № 11. С. 78–85.

13. Масюк О. П. Феномен соціального сподівання: дис. … д-ра філос. наук: 09.00.03. Запоріжжя, 2020. 406 с.

14. Огієнко І. Дохристиянські вірування українського народу. Вінніпег, 1981.424 с.

15. Орос М.М. Вплив війни на людину. Зміни психіки та характеру в умовах воєнного стану. URL: https://umj.com.ua/uk/publikatsia-241952-vpliv-vijni-na-lyudinu-zmini-psihiki-ta-harakteru-v-umovah-voyennogo-stanu (дата звернення: 16.09.2024).

16. Пономаренко Я.І. Ставлення до прикмет та неформальних ритуалів в соціокультурі льотних навчальних підрозділів. URL: https://er.nau.edu.ua/bitstream/NAU/10505/1(дата звернення: 12.09.2024).

17. Психічне здоров’я та ставлення українців до психологічної допомоги. *Аналітичний звіт.* Січень 2024. URL: https://drive.google.com/file/d/1bROoqHpwTMnDVPR79V5wrm-r9u8tnCb5/view

18. Свідерська О. І., Дидів М.-В. В. Психологічні особливості формування магічного мислення. *Вісник Національного університету оборони України*. 57(4), 104–110. URL: https://doi.org/10.33099/2617-6858-2020-57-4-104-110 (дата звернення: 29.09.2024).

19. Сердега Р. Структурно-функцюнальні особливості «забороннозалякувальних» повір’їв. *Вісн. ХНУ ім. В. Н. Каразіна*. URL: http://belissena.livejournal.com (дата звернення: 10.10.2024).

20. Словник української мови: в 11 т. / за ред.: Білодід І. К., Бурячок А. А., Винник В.О. та ін. Київ : Наукова думка, 1972. Т. 3. 744 с.

21. Сопільняк С. В. Перські прикмети й забобони: лінгвопрагматичний та когнітивно-дискурсивний аспекти: дис. … д-ра філос. : 035 – Філологія. К., 2023. 223 с.

22. Соціологи заміряли рівень віри у забобони серед українців. URL: https://www.rbc.ua/ukr/news/sotsiologi-zamerili-uroven-sueveriya-sredi1555339059.html (дата звернення: 10.08.2024).

23. Тиховська О. Етнопсихологічний аспект уявлень про «злі очі» та «вроки» у фольклорі Карпатського регіону. *Актуальні питання гуманітарних наук. Міжвузівський збірник наукових праць молодих вчених Дрогобицького державного педагогічного університету імені І. Франка*. Дрогобич, 2020. Вип. 33. Том 3. С. 174–181.

24. Тихоновська О. Міфологічні образи та магічні ритуали в українському фольклорі закарпаття: етнопсихологічний аспект: дис. … д-ра філол. наук: 10.01.07. К., 2021. 534 с.

25. Тищенко О. Р. Семантика і структура українських народних прикмет. URL: https://eprints.cdu.edu.ua/3366/1/rodzinka_2_2019-321-322.pdf (дата звернення: 01.09.2024).

26. Федько С. Л. Культуродоцільні тенденції в практиці надання психологічної допомоги: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 ; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. К., 2016. 215 с.

27. Федько С. Л. Культуродоцільність психологічної допомоги: кінічні підстави. *Журнал «Перспективи та інновації науки»*. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина». № 1(19) 2023. С. 503 – 514.

28. Фройд З. Тотем і табу; пер. Володимира Чайковського. Харків: Фоліо, 2019. 267 с.

29. Шевченко Н. Ф. Психологічний аспект марновірства. *Вісник Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля*. Серія «Педагогіка і психологія». Психологічні науки. 2014. № 1 (7). С. 89 – 95.

30. Beck A.T., Clark D.A. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*. 1997. Vol. 35 pp. 49-58.

31. Berry W. J. On cross-cultural comparability URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1080/00207596908247261

32. Brugger P., Viaud-Delmon I. Superstitiousness in obsessive-compulsive disorder. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3181957/ (дата звернення: 01.09.2024).

33. Chukkali S., Dey A. M. Development and Validation of Superstitious Beliefs Scale. URL: https://rupkatha.com/V12/n1/v12n132.pdf (дата звернення: 10.10.2024).

34. Culture-bound syndrome. APA Dictionary of Psychology. URL: https://dictionary.apa.org/culture-bound-syndrome (дата звернення: 12.09.2024).

35. Dean C. E., Akhtar S., Gale T. M., Irvine K., Grohmann D., Laws K. R. Paranormal beliefs and cognitive function: A systematic review and assessment of study quality across four decades of research. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9067702/ (дата звернення: 22.09.2024).

36. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. URL: https://psycnet.apa.org/record/1994-97698-000 (дата звернення: 12.09.2024).

37. Eysenck M.W. Anxiety: The cognitive perspective. UK: Lawrence erlbaum; 1992; 195 p.

38. Frounfelker R., Gilman S. E., Betancourt T. S., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Bromet E. J., Bruffaerts R., Girolamo G., Gluzman S., Gureje O., Karam E. G., Lee S., Lépine J-P., Ono Y., Pennell B.-E., Popovici D. G., Have M.,. Kessler R. C. Civilians in World War II and DSM-IV mental disorders: Results from the World Mental Health Survey Initiative. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5867901/

39. Grillon C. Models and mechanisms of anxiety: evidence from startle studies. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2711770/ (дата звернення: 08.08.2024).

40. Guarnaccia P., Rogler L. Research on Culture-Bound Syndromes: New Directions. URL: https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.156.9.1322 (дата звернення: 08.08.2024).

41. Hughes C., Simons R., Wintrob R. The «Culture-Bound Syndromes» and DSM-IV. *American Psychiatric Association*. Volum 3. 1997, pp. 991–1000.

42. Huque M., Chowdhury A. H. A Scale to Measure Superstition. URL: https://thescipub.com/pdf/jssp.2007.18.23.pdf (дата звернення: 08.08.2024).

43. ICD-10 Version:2019. URL: https://icd.who.int/browse10/2019/en#/V (дата звернення: 08.08.2024).

44. Jahoda G. The Psychology of Superstition. Penguin, 1970, 158 p.

45. Jamshed Sh. Qualitative research method-interviewing and observation. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4194943/ (дата звернення: 19.08.2024).

46. Jorge G.-U. Theory for Anxiety Disorders. URL: https://www.intechopen.com/chapters/1158251 (дата звернення: 21.08.2024).

47. Kirmayer L. Beyond the «new cross-cultural psychiatry»: cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization.*Transcult Psychiatry*. 2006 Mar. 43(1). PP. 126 – 144.

48. Kleinman A. M. Depression, somatization and the «new cross-cultural psychiatry». *Journal of Social Sciences*. 1977. January (vol. 11, no. 1). PP. 3 – 10.

49. Klein F. D. Historical aspects of anxiety. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181682/ (дата звернення: 22.09.2024).

50. Knott E., Rao A. H., Summers K., Teeger C. Interviews in the social sciences. URL: https://www.nature.com/articles/s43586-022-00150-6 (дата звернення: 02.09.2024).

51. Kurapov A., Danyliuk I., Loboda A., Kalaitzaki A., Kowatsch T., Klimash T., Predko V. Six months into the war: a first-wave study of stress, anxiety, and depression among in Ukraine. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10206008/ (дата звернення: 02.09.2024).

52. Liebowitz M., Salmán E., Jusino C., Garfinkel R., Street L., Cárdenas D., Silvestre J., Fyer A., Carrasco J., Davies S., Guarnaccia P., Klein D. Ataques de nervios and panic disorder. *American Journal of Psychiatry*. June 1994. Volume 151(6). PP.871 – 875.

53. Lim I., Tam W., Chudzicka-Czupała A., McIntyre R., Teopiz K., Ho R., Ho C. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war- and conflict-afflicted areas: A meta-analysis. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9524230/ (дата звернення: 21.10.2024).

54.Luhrmann T.M., Marrow J. Our Most Troubling Madness Case Studies in Schizophrenia across Cultures. University of California Press, 2016. 304 p.

55. Luhrmann, T. M. Padmavati R., Tharoor H., Osei A. Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: interview-based. URL: studyhttps://drive.google.com/file/d/1ksfOl54LO8-p5nzC5MvTYFGfhCIl9qzo/view (дата звернення: 08.08.2024).

56. MacKenzie S.P. Flying against Fate: Superstition and Allied Aircrews in World War II. MacKenzie S. P.Lawrence, KS, 2017. vii + 256pp.

57. Marcos I. R.-M., Alisha M. S.-V., Karen G. M. Ataque de nervios: The impact of sociodemographic, health history, and psychological dimensions on Puerto Rican adults. URL: https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2023.1013314/full (дата звернення: 01.09.2024).

58. Mattelaer J. J., Jilek W. Koro – the psychological disappearance of the penis. *The Journal of Sexual Medicine*. Volume 4. Issue 5. 2007. Pp. 1509 – 1515.

59. Merriam-Webster Dictionary. 2002. URL: https://www.merriam-webster.com/dictionary/superstition (дата звернення: 11.08.2024).

60. Mogg K., Bradley B. Anxiety and attention to threat: Cognitive mechanisms and treatment with attention bias modification. URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796716301310 (дата звернення: 08.08.2024).

61. Nasser L. Do some cultures have their own ways of going mad? URL: https://www.bostonglobe.com/ideas/2012/01/08/some-cultures-have-their-own ways-going-mad/fSuwCngcHbTpMZdBzSFagI/story.html?s_campaign=sm_tw (дата звернення: 08.08.2024).

62. Öhman A. Fear and anxiety as emotional phenomena: Clinical phenomenology, evolutionary perspectives, and information-processing mechanisms. *Handbook of emotions*. New York: Guilford Press,1993. pp. 51 –536.

63. Ola B.A., Morakinyo O., Adewuya A.O. Brain Fag Syndrome – a myth or a Reality. *African Journal of Psychiatry*. 2009. Volume 12. №. 2. PP. 135–143.

64. Oldak S. E., Maristany A. J., Sa B. C. Wendigo Psychosis and Psychiatric Perspectives of Cannibalism. *A Complex Interplay of Culture, Psychology, and History*. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10685673(дата звернення: 12.09.2024).

65. O'Neil D. Explanations of Illness. Medical Anthropology. URL: http://anthro.palomar.edu/medical/med_1.htm (дата звернення: 08.08.2024).

66. Pachter L. Culture and Clinical Care: Folk Illness Beliefs and Behaviors and Their Implications for Health Care Delivery. URL: https://www.researchgate.net/publication/14890332_Culture_and_Clinical_Care_Folk_Illness_Beliefs_and_Behaviors_and_Their_Implications_for_Health_Care_Delivery (дата звернення: 01.09.2024).

67. Potter J, Hepburn A. Qualitative interviews in psychology: Problems and possibilities. *Qualitative Research in Psychology*. 2005. 2(4), pp. 281–307.

68. Raymond H Prince Transcultural Psychiatry: Personal Experiences and Canadian Perspectives. URL: https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/070674370004500502 (дата звернення: 08.08.2024).

69. Robinson O. J., Vytal K.,. Cornwell B. R., Grillon C. The impact of anxiety upon cognition: perspectives from human threat of shock studies. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3656338/ (дата звернення: 11.10.2024).

70. Salman E., Liebowitz M., Guarnaccia P., Jusino C., Garfinkel R., Street L., Cardenas D., Silvestre J., Fyer A., Carrasco J., Davies S., Klein D. Subtypes of ataques de nervios: the influence of coexisting psychiatric diagnosis. *Culture, Medicine, and Psychiatry*. June 1998. Volume 22. PP. 231–244.

71. Simons R. C. The resolution of the Latah paradox. The Journal of nervous and mental disease. 1980. № 168(4). PP. 195–206.

72. Spielberger C. D. State-Trait Anxiety Inventory. URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470479216.corpsy0943 (дата звернення: 08.08.2024).

73. Srinivasa R., Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1472271/ (дата звернення: 08.08.2024).

74. Steimer T. The biology of fear- and anxiety-related behaviors. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181681/ (дата звернення: 08.08.2024).

75. Teo A. R., Gaw A. C. Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal?: A proposal for DSM-5. *The Journal of nervous and mental disease*. 2010. № 198 (6). PP. 444–449

76. Test: Spielberger-Hanin anxiety test. URL: https://testy-online.com/TitlePassTestsPsychology_eng/Index_TitlePassTestsPsychology?name_test=Spielberger-Hanin%20anxiety%20test (дата звернення: 08.08.2024).

77. The Biology of Anxiety. URL: http://surl.li/uoyvdw (дата звернення: 08.08.2024).

78. Ventriglio A., Ayonrinde O. Relevance of culture-bound syndromes in the 21st century. URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pcn.12359 (дата звернення: 08.08.2024).

# ДОДАТКИ

**Додаток А**

## Таблиця 1. Бланк опитування тривожності за Спілбергером-Ханіном [76]

| Група суджень для оцінки рівня ситуативної тривожності | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Ситуація | Ні, це не так | Напевно ,так | вірно | Дійсно вірно |
| 1 | Я спокійний | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Мені нічого не загрожує | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Я почуваю себе напружено | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Я відчуваю жаль | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Я почуваю себе вільно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Я розчарований | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Мене хвилюють можливі невдачі | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Я відчуваю себе відпочилим | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Я стурбований | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Я маю відчуття внутрішнього задоволення | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Я впевнений у собі | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Я нервую | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Я не знаходжу собі місця | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 14 | Я напружений | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Я не відчуваю скованості | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Я задоволений | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Я заклопотаний | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Я надто збуджений і мені не по собі | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Мені радісно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Мені приємно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Група суджень для оцінки рівня особистісної тривожності | | | | | |
| 21 | Ви відчуваєте задоволення | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Ви швидко втомлюєтеся | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Ви легко можете заплакати | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Ви хотіли бути настільки ж щасливим людиною, як та інш | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | Буває, що програєте тому, що недостатньо швидко приймаєте рішення | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | Ви почуваєтеся бадьорим людиною | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | Ви спокійні, хладнокровни і зібрані | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 28 | Чекання труднощів дуже турбує вас | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 | Ви занадто переживаєте через дрібниці | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30 | Ви буваєте цілком щасливі | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31 | Ви приймаєте обходиться без близько до серця | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32 | Вам бракує впевненості у собі | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33 | Ви почуваєтеся безпечно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34 | Ви намагаєтеся уникати критичних ситуацій і труднощів | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35 | Вам буває хандра, туга | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36 | Ви буваєте задоволені | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37 | Всякі дрібниці відволікають вас | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38 | Ви так переживаєте розчарування, що потім він довго не можете про неї забути | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 39 | Ви урівноважений людина | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40 | Вас охоплює сильне занепокоєння, як ви думки про свої добрі справи і турботах | 1 | 2 | 3 | 4 |