

ОСОБЛИВОСТІ ВИРАЖЕНОСТІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ФЕНОМЕНІВ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ЖІНОК

FEATURES OF THE EXPRESSION OF CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL PHENOMENA OF ANXIETY STATES IN WOMEN

Стаття присвячена вивченню особливостей вираженості клініко-психопатологічних феноменів тривожних станів у жінок. Досліджено 236 осіб, клієнток стоматологічних послуг м. Канів у період 2023–2024 рр. Методики дослідження: «Шкала оцінки впливу травматичної події», «Шкала реактивної та особистісної тривожності», «Шкала оцінки тривоги та депресії». Виявлено, що у жінок вплив військових дій формує «особистісний тривожний фон», який є «наскрізним». Встановлено, що для реактивної тривожності провокуючим чинником є хвилювання за стан здоров'я з погіршенням когнітивних функцій. Реактивна тривожність є прогресуючою із наростанням вираженості симптомів, зниженням здатності осмислення травматичної ситуації, почуттям невпевненості. Травматизація війною, як етіопатогенетичний чинник підтримує тривожність за власне життя та життя близьких, сприяє розвитку депресивних ознак. Виявлено переважає психічного реагування над соматичним ознаками, що заважає отриманню стоматологічних послуг. У свою чергу, соматичні симптоми є «підтримуючим фоном» тривоги у періоді між зверненням до стоматологічних послуг ($p < 0,05$). Перспективою подальшого дослідження у даному напрямку є науковий пошук індивідуально-психологічних особливостей та встановлення копінг-стратегій жінок з тривожними станами.

Ключові слова: війна, депресія, емоції, особистість, реактивна та особистісна тривожність, травматична ситуація, тривога, психоемоційний стан.

The article is devoted to the study of the peculiarities of the manifestation of clinical and psychopathological phenomena of anxiety states in women. 236 people – clients of dental services in the city of Kaniv in the period 2023–2024 were examined. Research methods: «Scale for assessing the impact of a traumatic event», «Scale for reactive and personal anxiety», «Scale for assessing anxiety and depression». The impact of military action has been found to create a «personal background of anxiety», which is «through and through». It has been established that the provoking factor of reactive anxiety is concern about the state of health with deterioration of cognitive functions. Reactive anxiety progresses with an increase in the severity of symptoms, a decrease in the ability to perceive a psychotraumatic situation, and a feeling of insecurity. Military traumatization, as an etiopathogenetic factor, supports anxiety for one's own life and the life of loved ones, contributes to the development of depressive symptoms. The predominance of mental reaction over somatic symptoms, which prevents the receipt of dental services, was revealed. In turn, somatic symptoms are the «supporting background» of anxiety in the periods between visits to dental services ($p < 0.05$). The prospect of further research in this direction is the scientific search for individual psychological characteristics and the establishment of coping strategies of women with anxiety disorders.

Key words: war, depression, emotions, personality, reactive and personal anxiety, traumatic situation, anxiety, psycho-emotional state.

УДК 159.923+159.942+ 159.944
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.66.18>

Бичук М.І.

здобувач ступеня доктора філософії з психології
Академія праці, соціальних відносин і туризму

Постановка проблеми. Сьогодні громадяни України перебувають під психологічним тиском короткотривалих та довготривалих травмуючих ситуацій внаслідок військової агресії та воєнних дій, руйнування власного житла, повітряних тривог тощо. Вплив військових дій викликає різноманітні психоемоційні стани, у тому числі страх, тривогу тощо, з їх великим спектром клінічних симптомів нозологічного та донозологічного рівня. Як зазначають дослідники, терміни «страх» і «тривога» дуже пов'язані, але між ними існують концептуальні відмінності. Тривожність є емоційним станом, який передувє зустрічі з об'єктом або ситуацією, що викликає страх, тоді як страх відноситься до фактичної або «активованої» реакції на об'єкт або ситуацію. Як правило, у людини буде реакція страху на щось, про що вона відчуває тривогу. І страх, і тривога можуть включати фізіологічні, когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти, хоча те, як вони виражаються, може відрізнятися у різних людей. У свою чергу, фобія на відміну від страху та

тривоги є більш вузьким станом та включає виражений страх або уникнення певного об'єкта чи ситуації, що значно заважає функціонуванню людини або викликає емоційне хвилювання [1, 2]. Вплив стресів внаслідок військових дій викликає негативні емоції, які проявляються у людей, коли вони звертаються по медичну допомогу, зокрема до стоматологічних лікарень. Відчуття тривоги та страху перед зверненням до лікаря-стоматолога може варіюватися від цілком легкого до вкрай важкого та мати клінічно окреслений стан. Тому відповідаючи на виклики сьогодення актуальним питанням психології є проблема особливостей вираженості клініко-психопатологічних феноменів тривожних станів у жінок як клієнток стоматологічних послуг. Спеціальних праць, присвячених вивченню даної проблеми, налічуються одиниці, й загалом ця проблема є мало вивченою.

Аналіз публікацій. Взаємозв'язок між тривоگوю і болем дуже актуальний для практикуючих стоматологів. Хоча біль виклика-

ний фізіологічним процесом, він має сильний когнітивний компонент і люди, які страждають від зубної тривоги, можуть мати як очікування болю, так і відчуття болю [3]. Клініцисти повинні усвідомлювати, що впоратися з болем пацієнта – це не те саме, що впоратися з тривогою та страхом клієнта. Так, можливість застосування місцевої анестезії за допомогою внутрішньоротової ін'єкції для тривожних осіб є стресом, що викликає тривогу [4], а її ступінь варіюється і включає багато додаткових аспектів, не пов'язаних з болем [1, 5]. Іншими чинниками є непередбачуваність або негативний стоматологічний досвід, що у сукупності стають ключовими в етіології стоматологічної тривоги. Потрібно зазначити, що проявом посттравматичного стресу є симптоми вторгнення, уникнення, гіперзбудження, які під час військового стану проявляються мимовільним згадуванням, проблемами зі сном, роздратуванням, гнівом, самообмеженням на емоційні реакції при згадках про травматичну подію.

У контексті травмуючої ситуації тривожність, як риса особи або набута поведінкова реакція, у поєднанні з стоматологічним страхом синергується, що об'єктивно провалюється пошуком безпечних обставин, які нівелюються шляхом відмови від відвідування стоматолога. У свою чергу, реактивна тривожність є станом суб'єкта в даний момент часу, який характеризується емоціями, що суб'єктивно відчуються напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію та є різним за інтенсивністю й динамікою у часі [6]. А.С. Зігмунд із співавтор. зазначають, що при оцінюванні тривоги необхідно враховувати етіогенез та ступінь наростання відповідної симптоматики, тому що деякі симптоми тривоги і депресії, можуть бути інтерпретовані як прояв соматичного захворювання (наприклад, запаморочення, головний біль та ін.). Наявність в анамнезі загрози життю пацієнта позитивно корелює із симптомами тривоги, натомість симптоми депресії більше пов'язані з психологічними особливостями пацієнтів (наприклад, такими рисами, як інтровертованість, песимізм тощо) [7].

Мета статті – дослідити вираженість клініко-психопатологічних феноменів тривожних станів у жінок. **Завдання** – виявити особливості реактивної та особистісної тривожності у жінок у стоматологічній практиці.

Матеріали та методи. З дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2023–2024 рр. за умови інформаційної згоди проведено комплексне обстеження 236 осіб, клієнок стоматологічних послуг м. Канів. Дослідження проведено з дотриманням принципів етики Американської психоло-

гічної асоціації [8], «Кодексу етики» протокол № 10 від 14.07.2016 [9], «Положення про академічну доброчесність Академії праці, соціальних відносин і туризму» протокол № 7 від 12.04.2018 р. [10]. Після первинної обробки даних у дослідження включено 200 осіб, серед яких проведено порівняльний аналіз результатів дослідження та які розподілилися наступним чином: дослідна група – ДГ, N=150 та контрольна група – КГ, N=50. Дослідження виконувалося за допомогою методик: «Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R) [6], «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (Ч.Спілбергер) [6], «Шкала оцінки тривоги та депресії» Гамільтона [7]. Аналіз, обробка і підрахунок процентних характеристик і коефіцієнтів кореляції здійснювалися за допомогою програми SPSS 10.0.5 for Windows [11, 12]. Частина досліджень виконана за допомогою Google Forms у форматі інтерв'ювання (Computer Assisted Personal Interviewing, CAPI) та веб-опитування (Computer Aided Web Interviewing, CAWI) [13].

Результати дослідження. Згідно дизайну дослідження проведено первинну оцінку суб'єктивного дистресу, пов'язаного із травматичною подією, аналіз особливостей симптоматики та оцінку ступеня їх вираженості Шкалою оцінки впливу травматичної події (IES-R), методика опублікована М. Горовицем [14]. Розподіл клієнок стоматологічної клініки за показниками посттравматичного стресу представлено у табл. 1. З представлених у табл. 1 даних можна зазначити, що за аналізом «сирих балів», в середньому симптоматика посттравматичного стресу для вибіркової групи ДГ та КГ перебуває на рівні $M = 29,9$; $SD = 24,8$. Загальний показник посттравматичного стресу є помірним. За аналізом досліджень розподілу окремих тверджень «Шкали оцінки впливу травматичної події» у клієнок стоматологічної клініки виявлено, що в цілому показник стресу за більшістю складових був вищим в ДГ, ніж у КГ ($p \leq 0,05$). В цілому симптоми впливу травматичної події у жінок ДГ переважали у відсотковому показнику над жінками КГ за вираженістю, про свідчить розподіл відповідей у бік «інколи» та «часто» ($p \leq 0,05$). У свою чергу, у жінок КГ у більшості відповіді розподілилися у межах «ніколи» та «рідко» ($p \leq 0,05$).

Результати статистичного аналізу щодо симптоматики за узагальненою оцінкою обох груп за трьома діагностичними кластерами свідчать, що середні значення за шкалою «вторгнення» перебувало на рівні $M = 10,5$; $SD = 8,944$; за шкалою «уникнення» $M = 10,3$; $SD = 7,097$; за шкалою «фізичне збудження» $M = 8,2$; $SD = 8,783$. Наведені результати дають змогу констатувати, що у структурі прояву посттравматичного стресу переважають симптоми вторгнення ($M = 10,5$) та уникнення

Таблиця 1

Розподіл клієток стоматологічної клініки за показниками посттравматичного стресу

Шкала оцінки впливу травматичних подій	Min	Max	Середнє значення, M	Стандартне відхилення, SD
Субшкала «вторгнення»	0	36	10,5	8,944
Субшкала «уникнення»	0	33	10,3	7,097
Субшкала «фізичне збудження»	0	34	8,2	8,783

(M = 10,3). Частка симптомів гіперзбудження порівняно з ними є нижчою (M = 8,2) (p≤0,05). Можна зазначити, що різноманітний прояв травматичного досвіду у жінок під час військового стану складають показники: згадування, проблеми зі сном, роздратування і гнів, заборона на емоційні реакції при згадках про травматичну подію (p≤0,05).

Наступним стало оцінювання реактивної та особистісної тривожності за допомогою «Шкали реактивної та особистісної тривожності» (Ч. Спілбергера), яка уможлиблює оцінювання психологічного феномену тривожності у вигляді реакції або ситуації та тривожності, як диспозиції, тобто особливості особистості (тривожність, як властивість) [15]. Розподіл клієток стоматологічної клініки за суб'єктивним визначенням наявності тривожності (методика Ч. Спілбергера) відображено у табл. 2. За результатом аналізу даних, представлених у табл. 2, виявлено, що за загальним міжгруповим аналізом реактивної та особистісної тривожності у клієток стоматологічних послуг була більш властивою реактивна (ситуаційна) тривожність – 70,7% (із середнім балом 33), тоді як особистісна тривожність виявлена у 29,3% (із середнім балом 36,6). Респонденток без тривоги не виявлено.

На наш погляд, така ситуація, враховуючи викладений вище розподіл, за показниками «Шкали оцінки впливу травматичної події»,

з одного боку, складається внаслідок впливу військових дій, з іншого – стосується особистісної тривожності внаслідок присутності «особистісного тривожного фону». Характеризуючи взаємозв'язки виявлених ознак тривоги можна зазначити, що дуже висока реактивна тривожність спостерігається щодо власного стану здоров'я з погіршенням когнітивних функцій у вигляді зниження уваги (p≤0,05) та порушення тонкої координації рухів (p≤0,05). Розподіл клієток стоматологічної клініки за рівнем реактивної та особистісної тривожності (методика Ч. Спілбергера) відображено у табл. 3.

З представлених у табл. 3 даних видно, що низький рівень реактивної тривожності виявлено із середнім балом 13, помірний з 36 та високий з 51 бал. Встановлено, що при помірному рівні тривожності діагностувалася схильність до розвитку тривожності у ситуаціях, коли особистість оцінювала власну компетентність (p≤0,05). Стан тривоги супроводжувався зниженою здатністю осмислення травматичної ситуації, її високою суб'єктивною значущістю та почуттям невпевненості, що дезадаптує.

Дуже висока особистісна тривожність мала міцний кореляційний зв'язок з наявністю: невротичних зривів або внутрішнім емоційним конфліктом (p≤0,05), розладами психосоматичного спектру (p≤0,05). Подібно до помірною, при високому рівні також тривожності

Таблиця 2

Розподіл клієток стоматологічної клініки за суб'єктивним визначенням наявності тривожності (методика Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна)

Тривожність (31 та > балів)	ДГ, n=150 (100,0%)	
	N	%
Реактивна (ситуаційна)	106	70,7
Особистісна	44	29,3
Відсутня	–	–
Всього	150	100,0

Таблиця 3

Розподіл клієток стоматологічної клініки за рівнем реактивної та особистісної тривожності (методика Ч. Д. Спілбергера)

Рівень тривожності у балах (31 та > балів)	ДГ, n=150 (100,0%)	
	Реактивна (ситуаційна), середній бал	Особистісна, середній бал
Низький (< 30)	13	17
Помірний (31–45)	36	40
Високий (46 та >)	51	53

виявлено зниження уваги ($p \leq 0,05$). За механізмом розвитку та ступенем вираженості особистісна тривожність диференційована як «наскрізна», проте така, що не проявлялася клінічно окресленими вираженими патологічними ознаками. У свою чергу, у вираженому ступені особистісна тривожність проявлялися коливанням симптомів у бік збільшення їх кількості та вираженості, а таке коливання класифікувалося як «непостійна» тривожність високого рівня ($p \leq 0,05$). Для жінок із низькою особистісною тривожністю було властиве підвищене почуття відповідальності ($p \leq 0,05$). Реактивна тривожність за ступенем вираженості диференційована як «прогресуюча» із коливанням від низької до вираженої. Почасту у респонденток за механізмом розвитку тривожність реактивного характеру мала «обернений» перебіг у вигляді симптомів «загострення» з високим ступенем вираженості. Такі жінки чуттєво сприймати загрозу власній самооцінці й життєдіяльності у незначних ситуаціях напруження ($p \leq 0,05$), особливо коли вони стосувалися їх здоров'я або безпеки ($p \leq 0,05$). Помірний рівень тривожності корелював у жінок із критичністю до близького середовища ($p \leq 0,05$), підвищеною вимогливістю на рівні пікової інтенсивності тривожності до себе та інших, почуттям невпевненості ($p \leq 0,05$), порушенням зацікавленості та руйнуванням почуття відповідальності ($p \leq 0,05$). Розподіл клієнток стоматологічної клініки за вираженістю реактивної та особистісної тривожності (методика Ч. Спілбергера) відображено на рис. 1.

З даних, представлених на рис. 1, видно, що в структурі реактивної тривожності у ДГ низький рівень склав 5,7%, помірний рівень –

21,7%, високий – 72,6%. В структурі особистісної тривожності низький рівень 75,0%, помірний рівень у 25,0%, високий не виявлено ($p \leq 0,05$). Як зазначалося вище, на наш погляд, така ситуація складається внаслідок впливу військових дій та «особистісного тривожного фону» респонденток, що частіше обумовлює перенесення або відмову від отримання стоматологічних послуг внаслідок суб'єктивного збільшення «тривожних» ситуацій.

Наступним етапом дослідження було вивчення тривоги та депресії у жінок. Даний етап виконано за допомогою «Шкали оцінки тривоги та депресії» Гамільтона. Шкала містить 14 пунктів, кожному з яких відповідає 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання відповідної симптоматики [7]. За шкалою депресії Гамільтона (HDRS) оцінка тяжкості рівня депресії класифікувалася як помірний, виражений та тяжкий депресивний епізод. Розподіл клієнток стоматологічної клініки за наявністю та рівнем депресії (шкала Гамільтона, HDRS) відображено у табл. 4.

З даних, представлених у табл. 4, видно, що виявлена депресія на помірному рівні у досліджених ДГ склала 91,4%, у КГ відповідно 75,0%. У вираженому рівні відповідно ДГ – 5,7%, КГ – 15,0%, у тяжкому рівні відповідно 2,9% та 10,0% ($p \leq 0,05$). На наш погляд, даний розподіл свідчить, що незважаючи на єдиний вагомий етіопатогенетичний чинник розвитку депресивних станів (травматична ситуація внаслідок війни), вираженість ступеню депресії є різною. Тобто, механізми виникнення депресивного стану, а саме тривожність за власне життя та життя близьких, необхідно обов'язково враховувати при розробці психо-

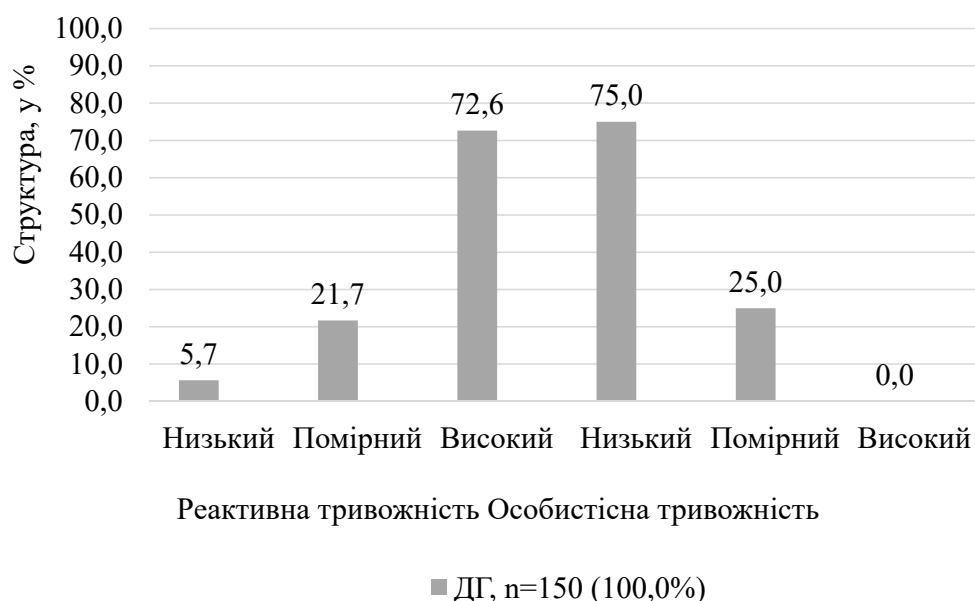


Рис. 1. Розподіл клієнток стоматологічної клініки за вираженістю реактивної та особистісної тривожності (методика Ч. Д. Спілбергера)

Таблиця 4

Розподіл клієнток стоматологічної клініки за наявністю та рівнем депресії (шкала Гамільтона, HDRS)

Наявність / рівень депресії, бал	ДГ		КГ	
	N	%	N	%
Помірна	32	91,4	15	75,0
Виражена	2	5,7	3	15,0
Тяжка	1	2,9	2	10,0
Всього	35	100,0	20	100,0

$\chi^2 - 28,1$; достовірність розбіжностей між групових показників дорівнює $p < 0,05$

Таблиця 5

Розподіл діагностованих симптомів депресії у клієнток стоматологічної клініки (шкала Гамільтона, HDRS)

Симптоми	ДГ, n=35		КГ, n=20	
	N	%	N	%
Знижений настрій	35	100,0	20	100,0
Почуття провини	32	91,4	10	50,0
Суїцидальні тенденції	7	20,0	3	15,0
Труднощі при засипанні	35	100,0	20	100,0
Безсоння	6	17,1	-	0,0
Ранкове пробудження	4	11,4	-	0,0
Праця та діяльність	35	100,0	20	100,0
Загальмованість мислення	20	57,1	6	30,0
Збудження	25	71,4	12	60,0
Психічна тривога	35	100,0	20	100,0
Соматична тривога	19	54,3	8	40,0
Соматичні порушення ШКТ	18	51,4	20	100,0
Загально соматичні симптоми	35	100,0	18	90,0
Розлади сексуальної сфери	4	11,4	-	0,0
Іпохондричні розлади	22	62,9	6	30,0
Втрата ваги	4	11,4	5	25,0
Відношення до власного захворювання	12	34,3	4	20,0
Добові коливання стану	27	77,1	12	60,0

терапевтичного супроводу. У клінічному плані за результатами досліджень виявлено своєрідність впливу «фону війни» у ДГ, що проявлялася «пом'якшенням» клінічної картини, а саме збільшення помірної вираженості депресивних компонентів із зменшенням тривожного компоненту. Середній бал за шкалою HDRS у пацієнтів ДГ склав – малий депресивний епізод – 15,2 балів, тяжкий депресивний епізод – 23. У КГ відповідно 16 та 38 балів.

У рамках дослідження структури зустрічальності симптомів оцінено виявлені симптоми. Розподіл діагностованих симптомів депресії у клієнток стоматологічної клініки (шкала Гамільтона, HDRS), відображено у табл. 5, де відібрані показники, в яких рівень достовірності взаємозв'язку більший від 0,05. Тобто значущі показники за частотою, які враховані при розробці програмних заходів психокорекційного супроводу жінок з тривожними станами, у стоматологічній практиці та оцінки їх ефективності у динаміці.

З даних табл. 5 видно, що у жінок ДГ переважали: знижений депресивний настрій з спонтанними виказуваннями й невербальною поведінкою; почуття провини із самозвинуваченням; труднощі при засипанні (неспокійний сон у продовж ночі, ранкове пробудження); проблеми у трудовій діяльності у вигляді втрати інтересу до праці, добові коливання стану ($p < 0,05$). У клінічній картині ДГ діагностовано наявність психічної тривоги у вигляді підвищеної роздратованості, збільшення проявів загально соматичних симптомів, добових коливань стану ($p < 0,05$), соматичної тривоги перед відвідуванням стоматологічної клініки у вигляді підвищеного серцебиття та потовиділення, задишки, загальносоматичних симптомів у вигляді тяжкості у кінцівках, втрати відчуття енергії ($p < 0,05$). У жінок КГ у нозологічному рівні переважали: знижений депресивний настрій з невербальною поведінкою; труднощі при засипанні; проблеми у трудовій діяльності ($p < 0,05$). Дегерсоналізації, дереа-

Таблиця 6

Розподіл клієток стоматологічної клініки за наявністю та рівнем тривоги (шкала Гамільтона, HARS)

Клінічний рівень вираженості тривоги (у балах)	ДГ, n=150	
	N	%
Субклінічна тривога (< 8)	32	21,3
Тривожний стан (8–20)	106	70,7
Тривожний розлад (20–56)	12	8,0
Всього	106	100,0

лізації, маячних розладів, obsесивно-компульсивних розладів не виявлено.

Наступним етапом стало оцінювання глибини тривоги за Шкалою Гамільтона (HARS) [7]. Дані, отримані по результатах оцінювання розподілу клієток стоматологічної клініки за наявністю та рівнем тривоги, відображені у табл. 6.

З даних табл. 6 видно, що симптоми тривоги в ступені субклінічної тривоги у ДГ діагностовано у 21,3% із середнім балом 7. Тривожний стан діагностовано у 70,0% ДГ з середнім балом 17. У свою чергу, симптоми тривоги у ступені тривожного розладу виявлено у 8,0% ДГ з середнім балом 29, а їх клінічний стан відповідав критеріям тривожного розладу за шкалою HARS. Треба зазначити, що за аналізом клінічної картини та індивідуальних «ситуаційних» чинників у досліджених жінок у кожному конкретному випадку діагноз тривожного розладу, який би відповідав МКХ–10 як самостійна нозологічна одиниця, був виключений. Можна стверджувати, що у ДГ суб'єктивно симптоми тривоги «приховуються» за загальним дезадапційним, травматичним «фоном війни» ($p < 0,05$). Збільшення жінок, які за HARS відповідають тривожному розладу, обумовлено чинником «підвищеного

хвилювання за власне здоров'є та безпеку». Значущість чиннику обґрунтовувалося висловками: «Я бачила новини, я знаходжусь у небезпеці», «Я нікому не потрібна?», «Ми вже ніколи ні будемо жити як раніше?». Такі вислови сформували тривожний фон, який впливав на розвиток депресивних ознак. У подальшому з метою виявлення провідних симптомів тривожного стану, досліджено їх структуру та зустрічальність. Розподіл діагностованих симптомів тривоги за шкалою Гамільтона (HARS) у клієток стоматологічної клініки відображено у табл. 7. З даних табл. 7 видно, що симптоми тривоги у ДГ розподілилися «рівномірно». Переважали «психічні» симптоми тривоги над «соматичними», а саме: тривожний настрій 90,7%, напруга 82,0%, страх 74,0% ($p < 0,05$). Серед «соматичних» симптомів тривоги значущими, на наш погляд, щодо посилення загальної тривожності були наступні: соматичні м'язикові 50,7%, соматичні сенсорні 52,0%, серцево-судинні 51,3%, респіраторні 50,0%, гастроінтестинальні симптоми 52,7%, сечостатеві 52,0% вегетативні 50,0%, поведінка при огляді 50,7% ($p < 0,05$).

Розподіл свідчить про те, що жінкам в умовах війни властиве більш виражене психічне

Таблиця 7

Розподіл діагностованих симптомів тривоги у клієток стоматологічної клініки (шкала Гамільтона, HARS)

Симптоми	ДГ, n=150	
	N	%
Тривожний настрій	136	90,7
Напруга	123	82,0
Страх	111	74,0
Інсомнія	12	8,0
Інтелектуальні порушення	37	24,7
Депресивний настрій	35	23,3
Соматично-м'язикові	76	50,7
Соматично-сенсорні	78	52,0
Серцево-судинні	77	51,3
Респіраторні	75	50,0
Гастроінтестинальні	79	52,7
Сечостатеві	78	52,0
Вегетативні	75	50,0
Поведінка при огляді	76	50,7

реагування на відвідування стоматологічної клініки та отримання послуг, ніж соматичне. Проте, симптоми соматичного радикалу хоча й є менш вираженими за проявом та частою, проте слугували «підтримуючим фоном тривоги» у періоди між зверненням до стоматологічної клініки та загострювалися безпосередньо при її відвідуванні, а в де яких випадках при думках про відвідування ($p < 0,05$).

Висновки. Узагальнюючи результати дослідження можна зазначити, що у жінок вплив військових подій формує «особистісний тривожний фон», який є «наскрізним» й не має клінічно окреслених ознак. Для реактивної тривожності провокуючим фактором є хвилювання за стан здоров'я з погіршенням когнітивних функцій, оцінки власної компетентності. Реактивна тривожність диференційована як «прогресуюча» із коливанням симптомів до виражених. Виявлено знижену здатність осмислення травматичної ситуації, суб'єктивної значущості, почуття невпевненості, що дезадаптує. Суб'єктивно симптоми тривоги «приховуються» за загальним, дезадапційним травматичним «фоном війни». У свою чергу вагомий етіопатогенетичний чинник (травматизація війною), підтримуючі тривожність за власне життя та життя близьких, сприяє розвитку депресивних ознак. Переважання психічного реагування над соматичним заважає отриманню стоматологічних послуг, а симптоми соматичного радикалу слугують «підтримуючим фоном тривоги» у періоди між зверненням до стоматолога ($p < 0,05$). Перспективи подальшого дослідження у даному напрямку полягають у науковому пошуку індивідуально-психологічних особливостей та встановлення копінг-стратегії у жінок з тривожними станами, як клієнток стоматологічних клініки.

ЛІТЕРАТУРА:

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edn.* Washington. DC: APA. 2000. 896 p.
- Armfield J., Heaton L. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Journal Dent.* 2013. № 58. P. 390–407. <https://doi.org/10.1111/adj.12118>
- Arjen J., Hoogstraten J. Anxiety and pain during dental injections. *Journal Dent.* – 2009. №37. P. 700–704. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2009.05.023>
- Weiner A. *The fearful dental patient: a guide to understanding and managing.* Ames: Wiley-Blackwell. 2011. 320 p.
- Oosterink F., Jongh A., Aartman I. What are people afraid of during dental treatment? Anxiety-provoking capacity of 67 stimuli characteristic of the dental setting. *Eur. Journal Dent Oral Sci.* 2008. №116. – P. 44–51.
- Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Шкала оцінки впливу травматичної події IES-R. *Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник.* – К.: НДЦ ГП ЗСУ. 2016. С. 171.
- Зликов В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка. 2016. 219 с.
- Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychological Association. Effective June 1, 2003 (as amended 2010, 2016).* Effective January 1, 2017. <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>.
- Кодекс етики Академії праці, соціальних відносин і туризму. *Протокол 10.* Київ : АПСВТ. 2016. URL : <https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/KodeksEtyky.pdf>.
- Положення про академічну доброчесність Академії праці, соціальних відносин і туризму. *Протокол № 7, 12.04.2018.* <https://www.socosvita.kiev.ua/sites/all/themes/apsv/pologenja.pdf>
- Landau S., Everitt B.S. *A Handbook of Statistical Analyses using SPSS.* Chapman & Hall / CRC Press LLC. 2004. 339 p.
- Климчук В.О. Математичні методи у психології. *Навчальний посібник для студ. психол. спец.* Київ : Освіта України. 2009. 288 с.
- Wimmer R. D., Dominick J. R. *Mass Media Research: An Introduction.* Cengage Learning. 2011. 260 p.
- Horowitz M., Wilner N., Alvarez W. Impact of events scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine.* 1979. V41. P. 208–218.
- Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів. *Методичний посібник.* – К.: НДЦ ГП ЗСУ. 2011. 281 с.