

Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему: «Психологічні фактори формування агресії та агресивної поведінки
у особистості»

**«Psychological Factors in the Formation of Aggression and Aggressive
Behavior in the Individual»**

Виконав: студент денної форми навчання
спеціальності 053 _____ Психологія

Освітня програма Психологія

Христинч Олександр Олександрович

Керівник к.психол.н., доц. Кокоріна Ю.Є.

Рецензент завідувач кафедри філософії, біоетики та
іноземної мови
ОНМедУ, професор, д.філос.н. Ханжи В.Б.

Рекомендовано до захисту:

Протокол засідання кафедри

№ _____ від _____ 20__ р.

Завідувач кафедри

(підпис)

(ПІП)

Захищено на засіданні ЕК № _____

протокол № _____ від _____ 20__ р.

Оцінка _____ / _____ / _____
(за національною шкалою, шкалою
ECTS, бали)

Голова ДЕК

(підпис)

(ПІП)

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ АГРЕСІЇ ТА АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСОБИСТОСТІ	
1.1. Специфіка розуміння поняття агресії та агресивної поведінки в психологічній науці	6
1.2. Особливості агресивної поведінки у особистості.....	17
1.3. Визначення взаємозв'язку психологічних факторів та агресивної поведінки.....	24
Висновки до 1 розділу.....	29
РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ АГРЕСІЇ ТА АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСОБИСТОСТІ	
2.1. Організація дослідження	32
2.2. Методи дослідження	33
Висновки до 2 розділу.....	39
РОЗДІЛ III. ЕМПИРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ АГРЕСІЇ ТА АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСОБИСТОСТІ	
3.1. Вивчення зв'язків агресивної поведінки з психопатологічними симптомами.....	41
3.2. Роль емоційної регуляції у формуванні агресивних реакцій.....	52
3.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язку психологічних факторів агресії.....	58
Висновки до 3 розділу.....	65
ВИСНОВКИ	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	71

ВСТУП

Актуальність теми. Проблема агресивної поведінки посідає одне з провідних місць у сучасній психологічній науці, оскільки її прояви мають широкий спектр соціальних, емоційних і моральних наслідків як для окремої особистості, так і для суспільства в цілому. Зростання рівня міжособистісної конфліктності, агресії у соціумі, а також у медіа-просторі зумовлює необхідність глибокого вивчення психологічних механізмів агресії та пошуку ефективних шляхів її профілактики.

Різні аспекти цієї проблематики досліджувалися представниками різних наукових галузей: психофізіологічного напрямку, медичної психології, психології розвитку особистості тощо (Л.Берковіц, І.Д. Бех, Е.Еріксон, Ж.Піаже, З.О. Кіреєва, Т.М. Титаренко та ін.). Така міждисциплінарна увага свідчить про складність і багатовимірність феномена агресії, який потребує інтеграції біологічних, соціальних і психологічних підходів до його розуміння.

З одного боку, актуальність дослідження зумовлена потребою у глибшому розумінні психологічної структури агресії у особистості, яка знаходиться під впливом стресогенних факторів, з іншого – необхідністю розроблення ефективних методів психодіагностики, профілактики та корекції агресивних проявів. Своєчасне виявлення чинників, що підвищують імовірність агресивної поведінки, дає змогу запобігти її ескалації, знизити ризики насильницьких дій, суїцидальних тенденцій або самоушкоджень.

Додаткову значущість проблеми визначає сучасний соціальний контекст: високий рівень стресогенності, соціальної напруги та воєнна ситуація в Україні істотно підвищують ризик емоційної дестабілізації, тривоги та агресії як у клінічних, так і в умовно здорових популяціях.

Таким чином, дослідження психологічних факторів формування агресії та агресивної поведінки у осіб із психічними розладами має

важливе наукове й практичне значення для розвитку сучасної клінічної психології, психотерапії та психопрофілактики.

Об'єкт дослідження – агресивна поведінка.

Предмет дослідження – психологічні фактори формування агресивної поведінки у особистості.

Мета дослідження полягає у вивченні впливу психологічних факторів на формування агресивної поведінки у особистості.

Для досягнення цієї мети передбачається вивчення наступних **завдань**:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до проблеми агресії та агресивної поведінки у особистості.
2. Визначити рівень і структуру агресивності особистості.
3. Дослідити взаємозв'язок між показниками агресивності, психопатологічними симптомами та особливостями емоційної регуляції.
4. Встановити провідні психологічні фактори формування агресивної поведінки у особистості.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети в роботі використано загальнонаукові методи: узагальнення, аналіз і синтез, методи системно-структурного аналізу літератури з питань теми дослідження; емпіричні: Опитувач діагностики агресії Басса-Перрі (BPAQ, А. Басс та М. Перрі); Фрайбурзький опитувальник дослідження факторів агресії (Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren, FAF, R. Hampel, H. Selg); Симптоматичний опитувальник SCL-90 L. DeRogatis, R. Lipman, L. Covi; Шкала емоційної регуляції (Emotion Regulation Questionnaire, J. Gross).

Організація і база проведення емпіричної роботи. Емпіричне дослідження проводилося на online платформі Google Form. В дослідженні прийняли участь 54 респондента. Вік досліджуваних від 22 до 47 років.

Апробація. Христич О. Роль емоційної регуляції у формуванні агресивних реакцій //VIII Міжнародна наукова конференція «Людина як цілісність: філософія, наука і мистецтво зцілення», м. Одеса. 30.10.2025.

Практичне значення роботи. Робота виконана в межах наукової тематики кафедри «Психологічні ресурси особистості в умовах викликів сьогодення» (0123U102605). Її практична значущість полягає в тому, що його результати можуть стати основою для створення ефективних психокорекційних програм, спрямованих на оптимізацію емоційної регуляції, підвищення самоконтролю та зниження деструктивних проявів агресії.

Структура роботи. Дана наукова робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, та списку літератури, якій складається із джерел. Загальний обсяг роботи становить 78 сторінок.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ АГРЕСІЇ ТА АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСОБИСТОСТІ

1.1. Специфіка розуміння поняття «агресивна поведінка» у науковій літературі

Агресія є однією з найбільш досліджуваних тем у психологічній, філософській та соціологічній літературі, зокрема у контексті підліткової агресії та теорій розвитку, агресії й насильства у дорослому віці, зв'язку агресії з кримінальною поведінкою та психопатологією. Ці питання детально розглянуто в інших роботах (Card, Stucky, Sawalani, & Little, 2008; Kempes, Matthys, de Vries, & van Engeland, 2005; Liu & Wuerker, 2005; Loeber & Hay, 1997; Stoff & Cairns, 1996).

Концептом, який є центральним у даній роботі, виступає «агресія». Термін агресія (англ. aggression) визначається як акт агресивної поведінки. Агресивна поведінка може проявлятися у формі вербальних або фізичних нападів. Агресія може мати як адаптивний, захисний характер (наприклад, у ситуаціях самозахисту), так і деструктивний вплив – бути руйнівною для самої людини або її оточення (Ferris & Grisso, 1996).

Агресія є складним психологічним феноменом, що охоплює широкий спектр дій, спрямованих на заподіяння шкоди чи болю іншим людям. Вона може проявлятися у різних формах – фізичній, вербальній, емоційній (гнів, ворожість) або непрямій агресії. Агресивна поведінка має суттєві соціальні наслідки, оскільки впливає на міжособистісні взаємини, психічне здоров'я, навчальну та професійну успішність, а також на загальне психологічне благополуччя особистості.

Розуміння природи та детермінант агресивної поведінки є важливим завданням сучасної психологічної науки, адже воно створює підґрунтя для

розроблення ефективних програм психопрофілактики та психокорекції агресії.

Агресивна поведінка формується під впливом комплексу взаємопов'язаних чинників – біологічних, психологічних, соціальних і культурних. Саме тому дослідження агресії потребує міждисциплінарного підходу, який поєднує досягнення психології, нейронаук, генетики, соціології та культурології.

У дорослому віці, якщо агресія не є реакцією на реальну загрозу, її часто розглядають як симптом психічного розладу (Brennan, Mednick, & Hodgins, 2000; Hodgins & Grunau, 1988; Shelton, 2001). Існує чіткий зв'язок між агресивною поведінкою та психічними порушеннями: багато розладів, таких як шизофренія або алкоголізм, супроводжуються агресивними проявами (Citrome & Volavka, 2001; Pihl & Peterson, 1993). Агресія може бути спрямована назовні, проти інших людей, завдаючи шкоди (наприклад, при вибухових розладах особистості), або всередину, проти себе, що проявляється у саморуйнівних діях, таких як суїцидальні спроби (Raine, 1993; Stoff, Breiling, & Maser, 1997).

Історично дослідники людської та тваринної поведінки, такі як З. Фрейд і К. Лоренц, вважали агресію вродженою рисою, закладеною біологічно. Натомість інші вчені підкреслювали, що агресія є набутим видом поведінки, результатом соціального навчання (Conger, Neppel, Kim, & Scaramella, 2003; Huesmann, Moise-Titus, Podolski, & Eron, 2003). Найімовірніше, агресивна поведінка формується під впливом як генетичних, так і середовищних чинників (Ghodsian-Carpey & Baker, 1987; Raine, 1993).

Сучасні дослідження причин агресії зосереджені на соціальному навчанні, моделюванні поведінки, сімейному насильстві, жорстокому поводженні з дітьми, занедбанні, впливі сцен насильства у ЗМІ, а також на біологічних механізмах – структурних і функціональних аномаліях мозку,

впливі гормонів (зокрема тестостерону) та нейромедіаторів (наприклад, серотоніну) (Raine, 2002; Stoff & Cairns, 1996).

Таким чином, агресія постає як комплексний психобіологічний феномен, у якому поєднуються спадкові передумови, нейрофізіологічні процеси та соціально-поведінкові чинники, що формують індивідуальні особливості агресивної реактивності.

Агресивна поведінка в дитячому віці розглядається як природна складова процесу розвитку дитини (Greydanus, Pratt, Greydanus, & Hoffman, 1992). На ранніх етапах, до формування вербальних навичок, агресія проявляється переважно у фізичній формі – через тілесні дії, спрямовані на оточення. Із розвитком мовлення дитина отримує можливість виражати свої потреби словами, що поступово зменшує потребу у фізичних проявах агресії. Водночас мова може бути використана і як інструмент вербальної агресії (Ferris & Grisso, 1996).

Малюки зазвичай демонструють агресивні реакції у вигляді плачу, крику, кусання, штовхання, ударів, кидання чи ламання предметів (Achenbach, 1994; Raine, Reynolds, Venebles, Mednick, & Farrington, 1998) [58]. Найвищий рівень таких проявів спостерігається у віці від 18 до 24 місяців, після чого частота агресивних епізодів поступово знижується і до п'ятирічного віку зазвичай значно зменшується. Згідно з результатами низки досліджень, перші ознаки агресивної поведінки з'являються у більшості дітей до двох років — приблизно у 17 місяців (Hay, Castle, & Davies, 2000; Keenan & Wakschlag, 2000; Tremblay et al., 1996) [56,57].

Окремо зазначається, що у дітей із затримкою психічного розвитку спостерігається більш високий рівень агресивності та інші зовнішні форми дезадаптивної поведінки, зокрема імпульсивність, опозиційність і труднощі самоконтролю (Baker et al., 2003). Це свідчить про те, що агресія в дитячому віці може виступати як показником як нормального розвитку, так і маркером потенційних відхилень у формуванні емоційно-вольової сфери [48].

У процесі дорослішання та переходу до шкільного віку діти часто зберігають ті самі форми агресивної поведінки, які спостерігалися у дошкільному періоді – плач, крик, кусання, штовхання, удари, кидання чи ламання предметів. Проте зі зростанням кількості соціальних контактів та розширенням міжособистісних взаємин агресивність починає проявлятися у взаємодії з однолітками (Greydanus et al., 1992). До типових проявів агресії у шкільному віці належать дражніння, вербальна ворожість, дратівливість, булінг, бійки, а іноді – жорстокість до тварин або схильність до руйнівної поведінки (наприклад, підпалів).

Результати досліджень, заснованих на спостереженнях матерів за дітьми віком від 2 до 11 років, свідчать, що частота проявів фізичної агресії поступово зменшується з віком (Tremblay et al., 1996). Водночас у цьому ж періоді фіксується зростання проявів непрямой (опосередкованої) агресії, що пов'язано з розвитком мовлення та збільшенням кількості соціальних контактів. Доведено, що у дітей шкільного віку нові форми фізичної агресії не виникають після шести років (Broidy et al., 1999; Nagin & Tremblay, 1999). Це означає, що агресивна поведінка у молодшому шкільному віці є продовженням раніше сформованих моделей реагування, а не новим феноменом, який з'являється на цьому етапі [46].

Період підліткового віку характеризується появою більш інтенсивних і небезпечних форм агресивної поведінки, які можуть переходити у відкриті акти насильства, що призводять до фізичних травм чи навіть летальних випадків. Частково це пов'язано зі збільшенням імовірності використання зброї (Berkowitz, 1993; Reiss & Roth, 1993). На початкових етапах підлітки частіше використовують ножі, тоді як у старшому підлітковому віці поширюється застосування вогнепальної зброї. Фізичне зміцнення, відчуття власної сили та доступ до засобів насильства підсилюють їхню впевненість і можуть сприяти агресії, спрямованій проти авторитетних фігур — батьків, педагогів чи представників влади (Callahan & Rivara, 1992; Johnston, O'Malley, & Bachman, 1993) [51-53].

Агресивна поведінка у підлітків часто має груповий характер – проявляється у діяльності неформальних компаній або підліткових банд, що можуть вчиняти дрібні правопорушення, крадіжки або пропуски занять (Lopez & Emmer, 2002). Важливу роль у формуванні агресії на цьому етапі відіграють соціальні взаємини з однолітками. Демонстрація сили чи домінування нерідко розглядається як засіб утвердження соціального статусу, а участь у насильницьких діях – як спосіб уникнути ізоляції або зниження популярності серед ровесників.

З початком формування міжстатевих стосунків збільшується кількість випадків агресії між хлопцями та дівчатами. У період перших побачень можуть виникати різні форми гендерно зумовленого насильства — від психологічного тиску до сексуальних домагань і зґвалтувань. Частина підлітків уже вступає у стабільні романтичні стосунки, іноді створює сім'ї або стає батьками, що може зумовлювати виникнення агресії у формі домашнього насильства чи жорстокого поводження з дітьми.

Дослідники підкреслюють, що агресивна поведінка підлітків становить серйозну проблему громадського здоров'я (Brener, Simon, Krug, & Lowry, 1999; Krug et al., 2002; Lowry, Powell, Kahn, Collins, & Kolbe, 1998). У масштабному міжнародному дослідженні WHO Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), яке охопило 35 країн, було зафіксовано високі рівні залученості підлітків до насильницьких дій (Pickett et al., 2005). Серед 161 082 опитаних школярів участь у бійках зазначили від 37 до 69% хлопців і від 13 до 32% дівчат; при цьому носіння зброї зафіксовано у 10–21% хлопців і 2–5% дівчат [60,68].

Особливий інтерес становить феномен, який отримав назву «обмежена підлітковим віком антисоціальна поведінка» (adolescence-limited antisocial behavior) (Moffitt & Caspi, 2001). Йдеться про тимчасові девіантні або делінквентні дії у психічно здорових підлітків, які зазвичай зникають із переходом до дорослого життя. Такі прояви вважаються відносно поширеними, короткочасними і розглядаються як умовно

нормативний етап соціального дозрівання, що супроводжується експериментуванням із поведінковими моделями та перевіркою меж соціально прийняттого [62,63].

Отже, існують різні типи агресії. Теоретичні підходи до її вивчення свідчать про наявність типологічно та функціонально відмінних підвидів агресивної поведінки (Dodge & Schwartz, 1997). Важливо враховувати багатовимірний характер агресії, оскільки різні стимули взаємодіють із різними фізіологічними та психічними процесами, формуючи відмінні форми агресивних реакцій.

Попри те, що запропоновано кілька різних класифікацій агресії, вони частково перекриваються між собою, а кожна система акцентує увагу на певному аспекті феномену. У даному огляді розглядаються такі основні класифікаційні підходи до агресії:

- клінічна класифікація,
- класифікація за характером стимулів,
- поділ на інструментальну та ворожу агресію,
- поділ на позитивну та негативну агресію.

Кожен із цих підходів по-своєму пояснює причини, механізми й прояви агресивної поведінки, відображаючи її складну психологічну природу.

Проблема агресивної поведінки є однією з центральних у сучасній психології, а питання її походження та механізмів викликає широкий науковий інтерес. Поведінкові й соціальні підходи до вивчення агресії пропонують різні теоретичні пояснення цього феномену, акцентуючи увагу як на внутрішніх, так і на зовнішніх чинниках її формування.

Згідно з психоаналітичним підходом, започаткованим З. Фрейдом, агресія, подібно до сексуального потягу, розглядається як вроджений інстинкт, який є складовою людської природи (Stoff et al., 1997). Вона має енергетичний характер і виконує функцію розрядки внутрішньої напруги. Водночас представники когнітивно-поведінкових напрямів вважають, що

агресія не є інстинктивною, а виникає як реакція на фрустрацію — перешкоду, що блокує досягнення бажаної мети. Таким чином, агресія може бути розглянута як набута поведінкова стратегія, що формується у процесі взаємодії з соціальним середовищем.

Попри різноманіття підходів, більшість сучасних теорій узагальнено поділяють причини агресії на соціальні та біологічні. У межах соціально-психологічного напрямку провідне місце займають дві концепції: теорія соціального навчання та модель соціальної переробки інформації.

Основним положенням теорії соціального навчання є твердження, що агресивна поведінка є результатом навчання, а не вродженою якістю. Згідно з цією концепцією, агресивні дії засвоюються як шляхом власного досвіду (енактивного навчання), так і через спостереження за поведінкою інших (моделювання) (Huesmann, 1998) [55].

А. Бандура (1973) у своїх класичних експериментах із лялькою Бобо переконливо довів, що діти, які спостерігають за агресивними діями дорослого, наслідують ці дії у власній поведінці. Такий ефект відтворення свідчить про те, що імітація є головним механізмом соціального засвоєння агресії.

Крім імітації, важливу роль у формуванні агресивності відіграє спостережне навчання. Діти, які регулярно бачать прояви насильства в сім'ї, з більшою ймовірністю у дорослому віці проявлятимуть подібні патерни поведінки (Herrera & McCloskey, 2003; Litrownik et al., 2003). Якщо дитина спостерігає, що агресивна поведінка одного з батьків (наприклад, фізичне покарання матері) приводить до бажаного результату — розв'язання конфлікту або домінування, — така модель закріплюється як ефективний спосіб контролю ситуації.

Значним чинником соціального навчання виступає вплив медіа. Під впливом телебачення, кіно, відеоігор та інтернет-контенту сучасні діти мають постійний доступ до сцен насильства, що підвищує толерантність до агресії. Емпіричні дослідження доводять, що ранній контакт із

медіанасильством підвищує ризик агресивної поведінки в підлітковому та дорослому віці (Huesmann et al., 2003). Ефект посилюється, якщо діти ідентифікують себе з агресивними персонажами або емоційно залучаються у фантазії насильства.

Таким чином, відповідно до теорії соціального навчання, агресія формується як набута реакція, що підтримується підкріпленням і соціальним схваленням.

Згідно з моделлю соціальної переробки інформації (Dodge & Schwartz, 1997), рішення про агресивну дію є результатом послідовності когнітивних операцій, у межах яких дитина аналізує ситуацію, інтерпретує поведінку інших і обирає відповідний спосіб реагування [47,48,57].

У цій теоретичній моделі виділяються два основних типи агресії – реактивна та проактивна.

Реактивна агресія розглядається як емоційна, імпульсивна реакція на фрустрацію або провокацію. В основі цього типу лежить модель фрустрації–агресії (Lange, 1971; Shinar, 1998), згідно з якою блокування або перешкоджання досягненню мети породжує стан напруження, який трансформується у агресивну дію. Така агресія є переважно захисною і спрямована на зняття емоційної напруги.

Проактивна агресія, навпаки, є цілеспрямованою та усвідомленою. Вона має інструментальний характер, оскільки використовується для досягнення певної вигоди чи винагороди. Як зазначає Бандура (1973), така поведінка закріплюється позитивним підкріпленням: якщо агресивна дія приносить результат (наприклад, домінування, увагу чи матеріальну користь), вона повторюється й закріплюється як ефективна стратегія.

Отже, соціально-психологічні теорії агресії підкреслюють, що агресивна поведінка не є суто вродженою рисою, а формується у процесі соціалізації та навчання. Вона підтримується системою підкріплень, спостереженням за моделями поведінки та соціальними нормами, що регулюють прояви насильства. Зазначені підходи є важливими для

розуміння того, як соціальні умови, сімейне середовище й культурні впливи визначають механізми формування агресії в онтогенезі людини.

Поряд із соціальними теоріями, сучасні дослідження все частіше звертаються до вивчення біологічних механізмів агресії, розглядаючи її як багатофакторний феномен, у формуванні якого значну роль відіграють нейрофізіологічні, гормональні та біохімічні процеси. Біологічні моделі агресії пояснюють схильність до агресивних дій через внутрішні (ендогенні) стимули, які можуть створювати підґрунтя для прояву агресивної поведінки.

Серед ключових біологічних процесів, що асоціюються з агресивністю, виокремлюють п'ять основних:

- дисфункцію головного мозку;
- вплив тестостерону;
- роль серотоніну;
- ускладнення під час пологів;
- дефіцит поживних речовин.

Одним із найвагоміших напрямів нейропсихологічних досліджень є вивчення порушень функціонування головного мозку у схильних до агресії осіб. Доведено, що насильницькі злочинці часто мають ознаки дисфункції лобових і скроневих часток мозку, що відповідають за самоконтроль, планування дій, соціальну поведінку й емоційну регуляцію (Henry & Moffitt, 1997; Moffitt, 1990; Raine, 2002) [70].

Електроенцефалографічні (ЕЕГ) дослідження показують, що агресивні ув'язнені частіше демонструють аномалії ЕЕГ, зокрема надмірну кількість повільних хвильових коливань, що свідчить про низьку нейронну активність у коркових зонах (Stoff et al., 1996). Подібні результати підтверджуються і методами нейровізуалізації: у агресивних осіб виявлено зниження метаболізму глюкози у префронтальній корі, що вказує на зменшення активності цієї ділянки (Raine, Buchsbaum, & LaCasse, 1997).

Крім того, у людей із дисоціальним (антисоціальним) розладом особистості спостерігається зменшення об'єму сірої речовини префронтальної кори приблизно на 11% порівняно з контрольними групами здорових і психіатричних пацієнтів (Raine, Lencz, Bihrl, LaCasse, & Colletti, 2000) [65].

Вважається, що саме префронтальна кора відіграє вирішальну роль у гальмуванні імпульсивних емоційних реакцій, які генеруються глибшими структурами мозку, зокрема лімбічною системою та мигдалеподібним тілом (амигдалою). Коли функціонування префронтальної кори порушене, її регуляторна здатність знижується, що призводить до втрати контролю над афектом і підвищення імпульсивних агресивних реакцій.

Таким чином, біологічні дані переконливо свідчать, що структурно-функціональні порушення головного мозку можуть виступати нейропсихологічною основою агресивності, знижуючи здатність до саморегуляції, моральної оцінки та соціально прийнятної поведінки.

У науковій літературі загальноприйнятим є розмежування понять «агресія» як специфічної форми поведінки та «агресивність» як психологічної властивості особистості. Дослідники трактують агресивність як індивідуально-психологічну характеристику, що формується в процесі соціального розвитку й навчання та проявляється у схильності реагувати агресивними діями на певні стимули чи ситуації.

Агресивність визначається як стійка особистісна риса, яка виявляється у готовності до агресивних форм поведінки, незалежно від конкретних зовнішніх умов. Таким чином, агресивність розглядається у психологічній науці не лише як поведінкова тенденція, а як внутрішня установка, що відображає рівень напруженості, імпульсивності та готовності особистості до конфліктного реагування.

Водночас агресивність не є тотожною всій структурі характеру. Вона становить лише один із провідних комплексів особистісних рис, який може

бути виражений більшою чи меншою мірою залежно від індивідуальних особливостей, досвіду та умов соціалізації.

Психіка зрілої, психологічно здорової людини здатна відповідати на зовнішні подразники не лише агресією, але й іншими способами реагування – самозахистом, поступливістю, відходом від конфлікту, когнітивним осмисленням ситуації чи емоційним самоконтролем. Отже, агресивність не є універсальною формою відповіді на подразники, а лише однією з можливих реакцій у спектрі поведінкових стратегій особистості.

Оскільки особистість є багаторівневою та динамічною системою, феномен агресивності доцільно розглядати з урахуванням того, що агресивні тенденції у структурі особистості можуть виконувати різні функції й виявлятися у різних формах поведінки. Агресивність як стійка особистісна властивість відображає загальну готовність до агресивного реагування, проте сама по собі не є свідченням соціальної небезпеки чи деструктивності індивіда.

Залежно від того, як агресивність інтегрується з іншими компонентами особистісної структури – мотиваційними, емоційними, когнітивними, моральними, – вона може реалізовуватися як у деструктивних, так і у соціально прийнятних, адаптивних формах поведінки. У першому випадку агресія виступає проявом ворожості, руйнівної сили або порушення соціальних норм, тоді як у другому — може виконувати захисну, самостверджувальну або конструктивну функцію, сприяючи збереженню цілісності особистості, її автономності та активності у соціальній взаємодії [14].

У психологічній науці агресивність розглядають як багатовимірне утворення, що може проявлятися як відносно стійка риса характеру, так і як ситуативна поведінкова тенденція. У першому випадку вона виконує роль внутрішнього механізму психологічного захисту, який забезпечує стабільність і контроль над фрустраційними реакціями; у другому – є засобом взаємодії з навколишнім середовищем, спрямованим на

досягнення цілей або відстоювання власних позицій. З віком і життєвим досвідом рівень агресивності може змінюватися під впливом внутрішніх мотивів, психофізіологічних станів і зовнішніх соціальних факторів [14].

Таким чином, у науковій психології існує широкий спектр підходів до розуміння агресії, проте жодне з визначень не є універсальним. У сучасних дослідженнях дедалі більше утверджується погляд на агресію як на мотивовану поведінку, що порушує норми соціальної взаємодії, завдає шкоди чи страждання іншим людям. При цьому більшість авторів наголошують на необхідності розрізнення понять агресії – як форми поведінкової активності, та агресивності – як особистісної властивості, що виражає готовність до агресивних дій, інтерпретацію поведінки інших як загрозової чи ворожої, а також схильність реагувати на фрустрацію через напруження, опір або напад.

1.2. Особливості агресивної поведінки у особистості

Проблема взаємозв'язку між специфічними психічними станами та агресивною поведінкою є однією з найбільш дискусійних у сучасній клінічній психології та психіатрії. Тривалий час у науковій спільноті існують суперечності щодо того, чи підвищують психічні розлади ризик агресивної поведінки, та чи можуть вони виступати її детермінантою. Зокрема, дослідники наголошують на складності однозначного визначення причинно-наслідкового зв'язку між симптоматикою психічних розладів та проявами насильницької поведінки [56].

Агресивна поведінка розглядається як усвідомлена дія, спрямована на заподіяння шкоди іншій особі, яка викликає негативні емоційні переживання або фрустрацію. Важливо підкреслити, що сама по собі думка про завдання шкоди чи ненавмисне спричинення шкоди не є проявом агресії, оскільки агресивна поведінка передбачає наявність наміру та цілеспрямованості дій.

Психологічна література виокремлює кілька основних форм агресивної поведінки.

1. Фізична агресія передбачає безпосереднє завдання фізичної шкоди іншій людині чи предметам: удари, побиття, штовхання, руйнування майна тощо. Цей тип є найбільш очевидним, тому часто асоціюється з агресією загалом, хоча він не є єдиною її формою.

2. Вербальна (словесна) агресія проявляється через образи, глузування, крики, погрози, лайку або принизливі висловлювання. Метою такої агресії є приниження, виклик емоційного болю чи тривоги в іншій людині. Вона може бути як відкритою, так і прихованою, набувати саркастичних чи маніпулятивних форм.

3. Реляційна (соціальна) агресія спрямована на руйнування або підрив соціальних зв'язків і репутації людини. Її формами є пліткування, наклепи, ізоляція від групи, поширення неправдивої інформації, що підриває довіру до людини. Такий вид агресії часто спостерігається у міжособистісних та підліткових стосунках, де значущими є соціальний статус і визнання.

4. Пасивно-агресивна поведінка є більш прихованим типом агресії. Вона не має безпосереднього акту насильства, проте її мета — завдати шкоди опосередковано. Прикладами можуть бути ігнорування, ухиляння від виконання спільних обов'язків, демонстративна байдужість, затримка виконання важливих дій тощо. Пасивно-агресивна особа не завдає шкоди безпосередньо, але створює ситуації, у яких інша людина страждає або відчуває емоційний дискомфорт [2,30,31].

Хоча в масовій свідомості агресія часто асоціюється із фізичними актами насильства, психологічна та емоційна агресія можуть бути не менш руйнівними. Систематичне приниження, словесні образи, залякування, маніпуляції або мовчазне покарання здатні спричинити довготривалі наслідки для психічного здоров'я жертви, формуючи у неї відчуття безпорадності, низьку самооцінку, депресію та тривожні розлади.

Таким чином, агресивна поведінка є складним психологічним феноменом, що включає як усвідомлені, так і неусвідомлені аспекти взаємодії. Вона може бути реакцією на фрустрацію, загрозу самооцінці або соціальному статусу, або ж виконувати функцію самозахисту. Вивчення різних форм агресії дозволяє не лише глибше зрозуміти її мотиваційні механізми, але й розробити ефективні стратегії профілактики та психологічної корекції агресивної поведінки в освітньому, професійному та міжособистісному контекстах.

Аналіз сучасних емпіричних досліджень свідчить про наявність підвищеного ризику агресії при окремих психічних станах, зокрема при шизофренії, біполярному афективному розладі, депресіях із психотичними симптомами та розладах особистості. Результати метааналізів демонструють значну варіативність поширеності агресивної поведінки серед пацієнтів психіатричного стаціонару — від 8 % до 44 %, що підтверджує неоднорідність клінічних проявів і залежність агресивних реакцій від типу розладу, стадії його перебігу та індивідуально-психологічних особливостей хворого [57].

Агресивна поведінка пацієнтів із психічними розладами становить суттєву проблему для системи психіатричної допомоги, оскільки створює загрозу фізичній та психологічній безпеці як персоналу, так і інших пацієнтів. Крім того, агресивні інциденти є чинником подовження строків госпіталізації, ускладнення терапевтичного процесу та посилення соціальної стигматизації осіб із психічними розладами. Цей феномен має не лише клінічний, а й соціально-психологічний вимір, оскільки поширення у медійному просторі негативних стереотипів призводить до формування упереджень щодо психічнохворих як «небезпечних», що перешкоджає їх соціальній інтеграції.

У контексті клінічної психодіагностики та психокорекції надзвичайного значення набуває дослідження соціодемографічних і клінічних предикторів агресивної поведінки. До таких чинників належать:

тип психічного розладу, рівень вираженості психотичної симптоматики, наявність історії насильницьких інцидентів, особливості афективної регуляції, імпульсивність, зловживання психоактивними речовинами та соціальне оточення. Виявлення цих факторів дозволяє створювати прогностичні моделі ризику агресії та підвищувати ефективність профілактичних і психотерапевтичних заходів у психіатричній практиці [68,69].

Розглянемо нейропсихологічні основи агресивної поведінки при когнітивних розладах.

Хвороба Альцгеймера (AD) та легкі когнітивні порушення (MCI) належать до розладів, які супроводжуються зростанням ризику агресивної поведінки. Агресія є частим проявом деменції та стає серйозною проблемою у догляді за такими пацієнтами. Вона спричиняє конфлікти, підвищує рівень травматизму, ускладнює лікування та призводить до передчасної госпіталізації пацієнтів.

Дослідження показують, що агресія при деменції пов'язана з погіршенням когнітивних функцій та зниженням здатності контролювати емоції. Чим сильнішим є когнітивний дефіцит, тим більш ймовірними стають прояви збудження, агресії, дратівливості, тривожності та депресії [60].

Нейробиологічною основою цих змін є атрофія префронтальної кори головного мозку – ділянки, яка відповідає за контроль імпульсів і соціальну поведінку. Особливо виражені прояви агресії спостерігаються при фронтотемпоральній деменції, де порушення емоційної регуляції призводить до конфліктності, гніву та соціальної ізоляції. У формуванні агресивної поведінки також беруть участь такі мозкові структури, як орбітофронтальна кора, дорсомедіальна префронтальна кора та мигдалина – центри, що відповідають за обробку емоцій і реакцію на стрес [64].

Отже, агресивна поведінка при когнітивних розладах є наслідком органічних змін у мозку та повинна розглядатися як важливий клінічний симптом, що потребує спеціальних діагностичних і корекційних підходів.

Розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин (алкоголь, наркотики), належать до найбільш поширених психічних розладів. Попри це, лише незначна частина осіб із такими порушеннями звертається по лікування. Однією з найбільш значущих клінічних і соціальних проблем у цій сфері є підвищена агресивність, яка може проявлятися на всіх етапах вживання речовини: під час інтоксикації, у період абстиненції, при психотичних епізодах або у процесі пошукової поведінки, спрямованої на отримання наркотику [49].

Алкоголь та низка наркотичних речовин достовірно підвищують частоту агресивної поведінки. Агресія може бути фармакологічно індукованою (прямий вплив на мозок) або інструментальною (насильство як спосіб отримання речовини).

Hunor Girasek та колеги встановили, що підвищена агресивність серед осіб, які вживають героїн, пов'язана передусім з індивідуальними факторами ризику (дитячі травми, сімейна історія психічних розладів, агресивна поведінка в анамнезі), а не лише з прямим впливом речовини, що підтверджує багатофакторну природу агресії у даній групі [59].

Зв'язок між вживанням психоактивних речовин і агресією є мультифакторним, зумовлюється як тимчасовими фізіологічними змінами, так і стійкими особистісними деформаціями, соціальним середовищем та індивідуальними особливостями [65].

Так, у кримінально-психіатричних вибірках до 28% правопорушень здійснюється під впливом психоактивних речовин. Це свідчить про високий рівень ризику агресії та втрати контролю при вживанні [49].

Також науковцями встановлено, що понад половина випадків агресивної поведінки у психіатричних пацієнтів виникає саме під час стаціонарного лікування. Особливо високий рівень агресії спостерігається

при першому епізоді психозу: приблизно третина пацієнтів демонструє вербальну або фізичну агресію, що часто становить загрозу для оточення. Агресивна поведінка корелює із такими факторами ризику, як молодий вік, чоловіча стать, тривала нелікована психотична симптоматика, зловживання психоактивними речовинами, маніакальні прояви, імпульсивність та досвід дитячої травматизації. Це свідчить про необхідність раннього втручання та оцінки ризику агресії у період першого психотичного епізоду [59].

За даними Shuang Yu, Yuan Ma, Lihong Chao та Lingyan Jiang, агресивна поведінка у підлітків із психічними розладами має мультифакторну природу. Встановлено, що вік, преморбідні риси особистості, статус єдиної дитини, рівень освіти та наявність попередніх агресивних епізодів достовірно підвищують ризик агресії. Ці чинники впливають на психоемоційний стан і поведінкову реактивність підлітків, зумовлюючи підвищену вразливість до агресивних проявів. Автори підкреслюють необхідність раннього виявлення груп ризику та впровадження комплексних психофармакологічних, психотерапевтичних і середовищних втручань у співпраці з родиною та школою для зниження агресивності та покращення якості життя пацієнтів [61,70,71].

За даними Simin He, шизофренія, прикордонний та антисоціальний розлади особистості мають спільні нейробіологічні механізми, зокрема дисфункцію префронтальної кори, що призводить до зниження емпатії, труднощів у розпізнаванні емоцій та порушення морального судження. Це значно підвищує ризик кримінальної поведінки. Автор підкреслює, що розуміння цих спільних механізмів є ключовим для цілеспрямованого клінічного втручання та профілактики правопорушень [58].

Дослідження Ting Yat Wong та співавт. показало наявність стійкого зв'язку між загальною психопатологією та схильністю до агресії у молоді. Виявлено, що імпульсивність та соціальна ізоляція є ключовими спільними предикторами обох конструктів, що свідчить про їх трансдіагностичний

характер. Автори підкреслюють, що саме ці фактори можуть бути мішенями для профілактики агресивної поведінки, а не лише діагноз психічного розладу [69].

За даними Червоного П.Д. та Надутого А.В., агресивна поведінка дітей є складним багатофакторним феноменом, зумовленим поєднанням сімейних умов, психічних особливостей та впливу медіасередовища. Автори підкреслюють, що агресія має різні форми (фізичну, вербальну, емоційну) та вікову специфіку, а її прояви посилюються в умовах соціального стресу та інформаційного перевантаження. Комплексний підхід, спрямований на розвиток емоційної регуляції та підтримку з боку сім'ї і школи, визначається як ключовий напрям профілактики та корекції дитячої агресивності [29].

За даними вітчизняних науковців – Галич М. та Галич Я., поведінкова дезадаптація, що формується в умовах інтенсивного стресу, проявляється у низці характерологічних варіантів, кожен з яких поєднує механізми психологічної компенсації та водночас виступає фактором ризику розвитку психічних порушень. Автори підкреслюють, що бойовий стрес спричиняє патологічні зміни особистості та може переноситись у повсякденне життя у вигляді хронічного психоемоційного напруження й фантомного стресу. Це зумовлює потребу у глибокому психологічному супроводі, реабілітаційних заходах та розробленні адаптаційних стратегій з метою попередження дезадаптивної поведінки та відновлення внутрішньої рівноваги особистості [10].

Вивчаючи вербальну агресію, Амплєєва О.М. відмічає, що остання є специфічною формою комунікативної поведінки, у якій мова виконує функцію розрядки внутрішньої напруги та виступає своєрідним психологічним захистом [1].

Дослідження Матвєєвої О.А. виокремили гендерну різницю в проявах агресії. Зокрема, встановлено, що чоловіки частіше демонструють відкриті фізичні форми агресії як спосіб самоствердження та

підтвердження сили, тоді як жінки схильні до непрямой й вербальної агресії, зумовленої соціальними стереотипами щодо «прийнятної» жіночої поведінки.

Жінки частіше приховують агресивність за іронією, сарказмом або пасивними реакціями, нерідко відчуваючи внутрішній конфлікт і провину після агресивних дій. Таким чином, гендерна специфіка агресії відображає як соціокультурні очікування, так і індивідуально-психологічні особливості, що важливо враховувати у процесі професійної підготовки та психопрофілактичної роботи з працівниками правоохоронної сфери [27].

1.3. Визначення взаємозв'язку психологічних факторів та агресивної поведінки

Взаємозв'язок психологічних факторів та агресивної поведінки в науковій літературі розглядається, як системна залежність між внутрішніми психічними характеристиками особистості (емоційно-вольовими, когнітивними, мотиваційними та ціннісно-смысловими компонентами) та проявами агресії, яка визначає схильність індивіда до агресивних реакцій у відповідь на стрес, фрустрацію або соціальну взаємодію. Цей взаємозв'язок виявляється в тому, що психологічні фактори виконують функцію внутрішніх детермінант, які впливають на інтенсивність, форму та спрямованість агресивної поведінки, опосередковуючи реакцію особистості на зовнішні подразники.

Агресивна поведінка є складним психічним феноменом, детермінованим взаємодією внутрішніх особистісних чинників та зовнішніх соціальних умов. Аналіз досліджень (Дейниченко, Маннапова, Раджабова) свідчить, що агресія не обмежується виключно деструктивною функцією, а виконує також адаптивно-захисну роль, забезпечуючи реакцію особистості на загрозу базовим потребам та підтримку психологічної рівноваги. Найбільше експериментальне підтвердження отримали фрустраційна теорія агресії (Доллард, Міллер) та теорія соціального

навчання (Бандура), які доводять, що агресія є результатом як внутрішнього напруження, так і соціального моделювання поведінки.

Підвищення агресивності пов'язане з такими психологічними характеристиками, як ворожість, тривожність, негативна афективність, занижена або завищена самооцінка, імпульсивність та антисоціальна мотивація. Натомість, чинниками, що знижують імовірність агресивних реакцій, є усвідомленість, емоційна регуляція, толерантність, емпатія та розвинені комунікативні навички. Результати кореляційного аналізу демонструють, що різні аспекти інтелектуального, емоційно-вольового та комунікативного розвитку мають статистично значущий зв'язок із формами агресивності (фізичною, вербальною, непрямую) та ворожості, що вказує на системну зумовленість агресивної поведінки структурою особистості [12,13].

Таким чином, агресивність студентської молоді є не лише реакцією на зовнішні стимули, а й похідною від внутрішніх психологічних особливостей, які визначають стиль реагування особистості на фрустрацію й соціальні взаємодії. Це підтверджує необхідність комплексного підходу до вивчення агресивної поведінки, що включає аналіз когнітивних, емоційних та соціально-поведінкових компонентів.

Поняття ворожості розглядається дослідниками як важливий компонент у структурі агресії та агресивності. У ранніх роботах ворожість нерідко ототожнювала з агресією, агресивністю, гнівом або цинізмом. Ч. Спілбергер та його колеги описують синдром ВАГ (ворожість – агресія – гнів) і трактують її як стійку особистісну характеристику, що формує схильність до агресивних реакцій та лежить в основі переживання гніву [66].

Разом з тим А. Басс наголошує, що ворожість і агресивна поведінка не є тотожними явищами. Ворожі стосунки можуть існувати без відкритих агресивних дій, якщо їх негативні наслідки для суб'єкта є передбачуваними. Так само агресія може проявлятися без ворожих

почуттів — наприклад, у ситуаціях завдання шкоди без емоційної неприязні чи ворожих мотивів. Це підкреслює автономність когнітивно-емоційного компонента ворожості та поведінкового прояву агресії.

К. Ізард підкреслює, що агресивні вербальні та фізичні дії самі по собі не входять до структури враждебності. Ворожість може бути джерелом або мотиваційною передумовою агресивної поведінки, однак не тотожна їй за своєю природою. Враждебність — це не дія, а внутрішній афективно-когнітивний стан, який за певних умов може призвести до агресії, але не обов'язково втілюється у відкриту поведінкову реакцію. Попри це, Ізард зауважує, що в реальних міжособистісних ситуаціях досить складно уявити збереження тривалої ворожості без хоча б непрямих проявів вербальної агресії, оскільки емоційне напруження, властиве цьому стану, природно потребує виходу [3,4].

На думку Ізарда, враждебність є складним мотиваційним утворенням, що поєднує емоційні переживання та установки, які можуть спрямовувати людину до ворожої або деструктивної поведінки. Вона не редукується до окремої емоції: це комплексний феномен, що включає та інтегрує афективні імпульси, досвід фрустрації, інтерпретацію чужих дій як загрозливих, а також очікування недоброзичливості з боку інших.

Одним із найповніших визначень враждебності вважається підхід J. Barefoot, який трактує її як антагоністичне ставлення до інших людей і виділяє три взаємопов'язані компоненти — афективний, когнітивний і поведінковий.

Афективний компонент охоплює цілу низку взаємопов'язаних емоцій: гнів, роздратування, обурення, образу, відразу, презирство. Ці емоційні стани формують внутрішнє поле напруги, яке може підтримувати тривале відчуття недовіри та відчуження щодо інших людей. Вони не завжди проявляються у відкритих реакціях, але суттєво впливають на те, як людина інтерпретує соціальні стимули та соціальну взаємодію.

Когнітивний компонент включає негативні уявлення про людську природу в цілому: переконання, що інші люди є недоброзичливими, мотивовані егоїстичними цілями, готові завдати шкоди або використати слабкість іншого. Ці переконання можуть формувати стійкий стиль інтерпретації подій, в якому будь-яка неоднозначна ситуація сприймається як потенційна загроза. Таким чином, когнітивна структура ворожості підсилює та стабілізує відповідні емоційні переживання.

Поведінковий компонент проявляється через широкий спектр реакцій, часто латентних і неочевидних: пасивно-агресивну поведінку, відмову від співпраці, уникнення контактів, підкреслену холодність у взаємодії, дрібне протистояння або опір. Сюди ж належать і відкриті прояви — різні форми агресії чи негативізму — хоча й не всі вони є обов'язковими для ворожості. Поведінковий аспект демонструє, як внутрішні установки та афекти можуть втілюватися у міжособистісній поведінці, інколи непомітній, але систематичній.

Таким чином, ворожість постає як багатовимірне особистісне утворення, що визначає специфічний спосіб емоційного реагування, інтерпретації соціальних стимулів і характер міжособистісних дій. Її комплексна структура пояснює, чому ворожість може існувати без явної агресії, а агресивні дії — без відчуття ворожості: хоча ці феномени тісно пов'язані, вони мають різну психологічну природу та різні механізми прояву.

Базова агресивність і ворожість формуються під впливом цілого комплексу детермінант, серед яких важливе місце посідають як соціальні, так і спадкові чинники. Соціальні умови — стиль сімейного виховання, моделі поведінки в найближчому оточенні, особливості комунікації та рівень емоційної підтримки — створюють контекст, у якому підліток чи молода людина засвоює типові способи реагування на стрес, фрустрацію та конфлікти. Проте поряд із соціальними впливами все більш очевидною

стає роль біологічних передумов, що визначають індивідуальні відмінності в інтенсивності проявів агресивних та ворожих реакцій [5,6,15].

Спадкові чинники нерідко виступають фоном, який підвищує або знижує імовірність формування агресивності. Генетично детерміновані характеристики нервової системи — сила, рухливість, урівноваженість нервових процесів — можуть визначати поріг подразливості, швидкість виникнення афекту, особливості гальмування та саморегуляції. Наприклад, підлітки з високою реактивністю нервової системи частіше демонструють імпульсивні спалахи гніву, тоді як при більш інертних процесах агресивність може проявлятися у формі пасивної ворожості або прихованого опору.

Важливим напрямом психогенетичних досліджень є вивчення темпераменту як формально-динамічної основи поведінки. Темпераментальні властивості — емоційна збудливість, схильність до ризику, імпульсивність, рівень активності — значною мірою визначають, наскільки інтенсивно та в якій формі людина буде проявляти агресивні тенденції. Так, високий рівень імпульсивності пов'язують із фізичною агресією, тоді як підвищена емоційна чутливість — із вербальною агресією або внутрішньо переживаною ворожістю.

Психофізіологічні параметри — особливості функціонування вегетативної нервової системи, гормональний фон, сенсорна чутливість — також є важливими предикторами агресивної поведінки. Дослідження показують зв'язок між активністю серотонінергічної системи та контролем агресії, рівнем кортизолу та схильністю до стрес-індукованих спалахів роздратування, а також співвідношенням тестостерону і кортизолу — з домінантною, наполегливою чи конфліктною поведінкою.

Окремий напрям психогенетики стосується рухових характеристик: швидкості моторної реакції, координації, ступеня рухової активності. Ці параметри пов'язані з поведінковою імпульсивністю та визначають темп

реакції на стресові стимули, що може посилювати або послаблювати прояви агресії.

Комплексні психогенетичні дослідження спадковості психологічних характеристик демонструють, що взаємодія генетичних і середовищних чинників є ключовим механізмом формування агресивної поведінки та ворожості. Генетична схильність не зумовлює агресію прямо, але задає спектр можливих реакцій, які активуються або компенсуються впливом середовища. Тому вивчення генетичних відмінностей у підлітків і молодих людей із різними формами агресивності набуває особливої актуальності: воно дає змогу глибше зрозуміти механізми взаємодії біологічних і соціальних чинників та розробити більш диференційовані підходи до профілактики й корекції дезадаптивної поведінки [19,20,35].

Висновки до 1 розділу

Узагальнюючи проаналізовані теоретичні та емпіричні підходи, можна зробити висновок, що агресія є багатовимірним психобіологічним феноменом, який поєднує у собі поведінкові, емоційні, когнітивні та соціально-культурні компоненти. Вона проявляється у різних формах — фізичній, вербальній, реляційній, пасивно-агресивній — та виконує як деструктивні, так і адаптивно-захисні функції, пов'язані із самозбереженням, підтриманням меж «Я» та відстоюванням суб'єктної позиції. Принципово важливим є розмежування понять «агресія» як конкретної поведінкової дії та «агресивність» як стійкої особистісної властивості, що відображає готовність до агресивного реагування й специфіку інтерпретації соціальних ситуацій як загрозливих чи фруструючих.

Онтогенетична динаміка агресивної поведінки свідчить, що її ранні форми є відносно нормативними й пов'язані з незрілістю мовлення та регуляторних механізмів. У процесі розвитку дитини відбувається

поступовий перехід від безпосередньої фізичної агресії до більш опосередкованих, вербальних і реляційних форм, що зумовлено розширенням соціальних контактів і ускладненням системи міжособистісних взаємин. Підлітковий вік характеризується піком ризикованої та насильницької поведінки, участю у групових формах агресії, експериментуванням із девіантними моделями реагування, що розглядається як відносно поширений, хоча й потенційно небезпечний етап соціального дозрівання.

Сучасні концепції підкреслюють інтегративний характер детермінації агресії: вона формується у полі взаємодії біологічних (нейрофізіологічних, гормональних, генетичних), психологічних (емоційно-вольових, когнітивних, мотиваційних, ціннісно-смыслових) та соціально-культурних чинників. Нейропсихологічні дані демонструють, що дисфункція префронтальної кори, систем емоційної регуляції та соціального пізнання підвищує ймовірність імпульсивних, погано контрольованих агресивних реакцій. У клінічному контексті агресивна поведінка нерідко виступає симптомом або ускладненням психічних розладів, зокрема шизофренії, афективних і особистісних розладів, деменцій, а також супроводжує вживання психоактивних речовин, посилюючи ризик кримінальної та саморуїнливої поведінки.

Соціально-психологічні теорії (фрустраційна, теорія соціального навчання, модель соціальної переробки інформації) показують, що агресія не зводиться лише до вроджених інстинктів, а значною мірою є результатом засвоєних моделей реагування, які підтримуються підкріпленнями, сімейним досвідом, впливом медіанасильства та групових норм. Особливу роль відіграють гендерні та рольові очікування: чоловіки частіше демонструють відкриту фізичну агресію, тоді як жінки — непрямі, вербальні та пасивно-агресивні форми, що відображає як соціокультурні стандарти, так і специфіку емоційної регуляції.

Аналіз психологічних чинників дозволяє розглядати агресивну поведінку як системно зумовлену внутрішньою структурою особистості. Підвищений рівень агресивності пов'язаний із ворожістю, тривожністю, негативною афективністю, імпульсивністю, деформаціями самооцінки, антисоціальною мотивацією та дефіцитом емпатії. Натомість розвиток усвідомленості, емоційної регуляції, толерантності до фрустрації, комунікативної компетентності та підтримувальних соціальних зв'язків істотно знижує ймовірність агресивних реакцій. Це надає підстави розглядати агресивність як потенційно модифікований конструкт, чутливий до психопрофілактичних і психокорекційних впливів.

Отже, агресія та агресивність постають не лише як загроза соціальній безпеці, а й як індикатори напруження у системі взаємодії особистості з середовищем. Їх вивчення вимагає комплексного міждисциплінарного підходу, що поєднує біологічні, клінічні, соціально-психологічні та особистісні виміри. Таке бачення створює теоретико-методологічне підґрунтя для подальшого емпіричного аналізу психологічних факторів агресивної поведінки, зокрема у специфічних професійних групах (правоохоронці) та серед студентської молоді, а також для розроблення цілеспрямованих програм профілактики, психодіагностики й корекції агресивності.

РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ АГРЕСІЇ ТА АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСОБИСТОСТІ

2.1. Організація дослідження

Метою даного дослідження є вивчення впливу психологічних факторів на формування агресивної поведінки у осіб із психічними розладами. Загальна вибірка склала 54 особи, серед яких були як чоловіки (30 осіб), так і жінки (24 особи) віком від 22 до 47 років. Середній вік респондентів склав 26,33 років. Дані наведені на діаграмі.



Рис. 2.1. Розподіл респондентів на статтю

Для досягнення мети дослідження було визначено наступні завдання:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до проблеми агресії та агресивної поведінки у осіб із психічними розладами.
2. Визначити рівень і структуру агресивності особистості.
3. Дослідити взаємозв'язок між показниками агресивності, психопатологічними симптомами та особливостями емоційної регуляції.
4. Встановити провідні психологічні фактори формування агресивної поведінки у осіб із психічними розладами.

Дані завдання визначили структуру та послідовність проведення дослідження, спрямованого на вивчення психологічних факторів формування агресивної поведінки у осіб із психічними розладами. Дослідження проводилося за допомогою платформи Google Forms і включало три основні етапи:

Підготовчий етап. На цьому етапі було здійснено теоретичний аналіз наукових джерел, присвячених проблемі агресії та агресивної поведінки у осіб із психічними розладами. Також було визначено мету, завдання, об'єкт і предмет дослідження, а також підібрано психодіагностичний інструментарій, адекватний предмету дослідження.

Діагностичний етап. На цьому етапі проводилося емпіричне дослідження серед осіб із різними психічними розладами. Застосовувалися вищезазначені методики для визначення рівня агресивності, її структурних компонентів, супутніх психопатологічних симптомів і особливостей емоційної регуляції. Було здійснено первинну обробку даних і розподіл респондентів за діагностичними групами.

Аналітико-інтерпретаційний етап. Отримані результати було оброблено за допомогою методів математичної статистики. Проведено порівняльний і кореляційний аналіз взаємозв'язків між показниками агресивності, емоційної регуляції та психопатологічних симптомів. Отримані результати інтерпретовано з урахуванням клініко-психологічних особливостей досліджуваних і сформульовано узагальнені висновки.

Статистична обробка даних, побудова таблиць і діаграм здійснювалися за допомогою програмного пакета Microsoft Excel.

2.2. Методи дослідження

Для реалізації поставленої мети було застосовано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на багатовимірне дослідження агресивності, її емоційно-поведінкових та особистісних детермінант.

Першим інструментом призначеним для кількісного визначення рівня агресивності та аналізу її основних складових, став «Опитувач діагностики агресії Басса-Перрі» (ВРАQ, А. Басс та М. Перрі). Це 29-елементний самооцінювальний опитувальник, розроблений для вимірювання різних аспектів агресивної поведінки. Даний тест створили у 1992 р. А. Басс і М. Перрі для оцінки агресії у дорослих і підлітків, виокремлюючи чотири основні компоненти: фізичну агресію, вербальну агресію, гнів і ворожість.

Опитувальник передбачає оцінку чотирьох основних компонентів агресії:

«Фізична агресія» – схильність до застосування фізичної сили або дій, що можуть завдати шкоди іншим;

«Вербальна агресія» – схильність до вираження негативних емоцій через словесні напади, крик, суперечки;

«Гнів» – емоційний компонент агресії, який характеризується фізіологічним збудженням, напругою та готовністю до агресивної дії;

«Ворожість» – когнітивний компонент, що відображає недовіру, підозрілість, почуття образи та негативне ставлення до інших.

Таким чином, фізична та вербальна агресія становлять інструментальний (моторний) компонент поведінки, гнів відображає емоційний (афективний) аспект, а ворожість – когнітивний.

Кожне твердження оцінюється за 5-бальною шкалою Лайкерта (від 1 – «зовсім не про мене» до 5 – «повністю про мене»). Отримані бали за кожною шкалою підсумовуються, після чого розраховується загальний показник агресивності, який відображає інтегральний рівень агресивних тенденцій у поведінці досліджуваного.

Методика дозволяє визначити як рівень вираженості агресії, так і структуру агресивної поведінки, виявляючи домінування емоційних, когнітивних або поведінкових складових у кожного респондента.

Наступною методикою, що дозволила вивчити фактори агресії став «Фрайбурзький опитувальник дослідження факторів агресії» (Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren, FAF, R. Hampel, H. Selg). Дана методика є одним із найповніших психодіагностичних інструментів для дослідження агресії як багатофакторного психологічного утворення. Вона спрямована на виявлення індивідуальних особливостей агресивної поведінки та емоційно-вольової сфери особистості.

Методика містить низку шкал, що дозволяють комплексно оцінити різні аспекти агресивної поведінки, її спрямованість, інтенсивність та рівень контролю.

«Готовність до агресії». Відображає загальну схильність особистості до проявів агресії стосовно навколишнього середовища. Високі показники свідчать про наявність внутрішньої готовності до агресивних реакцій у ситуаціях фрустрації чи конфлікту, тоді як низькі – про переважання миролюбності та соціальної адаптованості.

«Спонтанна агресія». Характеризує імпульсивну, неконтрольовану агресію. Високі результати вказують на схильність до раптових спалахів гніву, фантазійних або вербальних форм агресії щодо інших людей чи тварин, тенденції до садистичних реакцій та зниження самоконтролю. Особи з низькими показниками відзначаються спокоєм, урівноваженістю та здатністю до самостримування, іноді – до надмірної пасивності.

«Реактивна агресія». Відображає агресію як реакцію на зовнішні подразники. Високі показники свідчать про рішучість, незалежність суджень і нонконформістські тенденції, тобто готовність діяти активно у відповідь на несправедливість чи тиск. Низькі показники вказують на схильність уникати конфліктів і придушувати агресивні імпульси.

«Збудливість». Описує рівень емоційної чутливості та здатність контролювати афекти. Високі результати свідчать про підвищену збудливість, низьку толерантність до фрустрації, схильність до гніву й

афективних вибухів. Низькі показники відображають урівноваженість, стабільність емоційної сфери, іноді – флегматичність.

Самоагресія/аутоагресія. Виявляє тенденції до самозвинувачення, почуття провини, депресивних переживань і можливих суїцидальних намірів. Високі показники свідчать про виражену емоційну вразливість, невдоволеність собою та життям. Низькі – про емоційну стійкість, внутрішню гармонію або неусвідомлену впевненість у власній правоті.

«Гальмування агресії». Відображає міру внутрішнього контролю над агресивними імпульсами. Високі результати свідчать про совісність, стриманість, високий рівень соціальної відповідальності. Низькі – про схильність до зовнішньої закритості, формальності у соціальних контактах або надмірного самоконтролю, що може перешкоджати емоційній виразності.

Таким чином, опитувальник FAF дозволяє виявити як зовнішні форми агресії (готовність, спонтанність, реактивність), так і внутрішні (самоагресія/аутоагресія, гальмування), а також визначити рівень емоційної регуляції та контролю афективних станів у досліджуваних.

У контексті даного дослідження використовувався «Симптоматичний опитувальник» SCL-90 (L. DeRogatis, R. Lipman, L. Covi) для виявлення психопатологічних симптомів, що супроводжують агресивну поведінку, таких як тривожність, депресивність, ворожість і соматизація. Результати дозволяють простежити взаємозв'язок між рівнем агресивності та емоційно-патологічними проявами у осіб із психічними розладами, що є важливим для комплексної психодіагностики та подальшої корекційної роботи [11].

SCL-90 (Symptom Checklist-90) – це стандартизований багатовимірний психодіагностичний інструмент, розроблений L. Derogatis, R. Lipman та L. Covi для оцінки інтенсивності психопатологічних симптомів і загального рівня психологічного дистресу. Методика широко застосовується у клінічній, медичній та психодіагностичній практиці для

скринінгу психічних розладів, моніторингу динаміки стану пацієнтів, а також дослідження взаємозв'язку між емоційним напруженням і поведінковими проявами, зокрема агресивністю.

Опитувальник складається з 90 тверджень, що описують різні психічні симптоми. Респондент оцінює ступінь їх вираженості протягом останнього тижня за 5-бальною шкалою Лайкерта (від «зовсім не турбує» до «дуже сильно турбує»).

Методика охоплює дев'ять основних клінічних шкал, які відображають найважливіші аспекти психоемоційного функціонування:

«Соматизація» – тенденція до тілесних скарг і соматичних проявів стресу;

«Обсесивність-компульсивність» – схильність до нав'язливих думок, дій і підвищеного контролю;

«Міжособистісна чутливість» – почуття неповноцінності, сором'язливості, залежності від думки інших;

«Депресивність» – зниження настрою, апатія, безпорадність, почуття провини;

«Тривожність» – стан внутрішньої напруги, побоювань, емоційного неспокою;

«Ворожість» – тенденція до агресивних реакцій, роздратування, спалахів гніву;

«Фобічна тривога» – страхи, уникання ситуацій, що викликають напруження;

«Параноїдальні тенденції» – підозрілість, надчутливість до критики, відчуття переслідування;

«Психотизм» – прояви відчуження, дезорганізації мислення, схильність до аутичного типу реагування.

Крім того, обчислюються інтегральні показники, які характеризують загальний рівень психопатологічного навантаження:

GSI (Global Severity Index) – загальний індекс психічного дистресу;

Останньою методикою, використаною в дослідженні, стала «Шкала емоційної регуляції» (ERQ), розроблена Джеймсом Гроссом і спрямована на оцінку індивідуальних відмінностей у способах контролю та вираження емоцій. Даний опитувальник широко застосовується в дослідженнях емоційної саморегуляції, стресостійкості та психологічного благополуччя, оскільки дозволяє оцінити, яким чином людина керує власними емоційними станами у соціальних і фруструючих ситуаціях.

Методика складається з 10 тверджень, які відображають два основні стилі емоційної регуляції:

«Когнітивна переоцінка» (Cognitive Reappraisal) – стратегія переосмислення ситуації з метою зниження інтенсивності негативних емоцій або зміни їхнього емоційного значення. Цей спосіб вважається адаптивним, оскільки сприяє конструктивному переживанню емоцій і зниженню рівня внутрішньої напруги.

«Емоційне придушення» (Emotional Suppression) – стратегія свідомого стримування або приховування емоційних реакцій, що проявляється у зниженні виразності емоцій та поведінковій стриманості. Такий стиль може призводити до підвищення емоційного напруження, тривожності й агресивності.

Респондент оцінює кожне твердження за 7-бальною шкалою Лайкерта (від 1 – «категорично не згоден» до 7 – «повністю згоден»). Підсумкові показники обчислюються окремо за кожною шкалою, що дозволяє виявити домінуючий стиль емоційної регуляції.

У контексті даного дослідження ERQ застосовувалася для аналізу впливу емоційної регуляції на рівень агресивної поведінки. Зокрема, вивчалось, як переважання когнітивної переоцінки або емоційного придушення корелює з показниками фізичної, вербальної агресії, гніву та ворожості. Отримані результати дозволяють визначити роль емоційної регуляції у формуванні й контролі агресивних реакцій у осіб із психічними

розладами, а також розробити напрямки психокорекційної роботи, спрямованої на розвиток адаптивних стратегій емоційного самоконтролю.

Висновки до 2 розділу

Таким чином, у межах проведеного дослідження було застосовано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на всебічне вивчення психологічних факторів формування агресивної поведінки у осіб із психічними розладами. Використані інструменти дозволили не лише кількісно оцінити рівень агресії, а й розкрити її емоційні, когнітивні та поведінкові складові.

Опитувальник Басса–Перрі (BPAQ) забезпечив оцінку базових форм агресії – фізичної, вербальної, емоційної (гнів) і когнітивної (ворожість), що дозволило визначити структуру агресивних тенденцій та їх інтенсивність.

Фрайбурзький опитувальник факторів агресії (FAF) поглибив аналіз, охопивши внутрішні (самоагресія, гальмування агресії) та зовнішні (готовність, спонтанна, реактивна агресія) форми агресивної поведінки, а також рівень емоційної регуляції та контрольованості агресивних імпульсів.

Симптоматичний опитувальник SCL-90 дозволив виявити супутні психопатологічні прояви (тривожність, депресивність, ворожість, соматизацію тощо) та простежити їхній взаємозв'язок із агресивністю, що є особливо важливим у клінічному контексті.

Нарешті, Шкала емоційної регуляції (ERQ) дала змогу визначити домінуючі стратегії керування емоціями — когнітивну переоцінку чи емоційне придушення – і з'ясувати, як вони впливають на рівень агресивної поведінки.

Таким чином, поєднання цих методик створило комплексну багаторівневу модель дослідження агресії, що охоплює як зовнішні поведінкові прояви, так і внутрішні психологічні механізми – емоційні,

когнітивні та психопатологічні. Отримані результати дають змогу глибше зрозуміти природу агресивної поведінки у осіб із психічними розладами та створюють науково обґрунтовану основу для подальшої психокорекційної та терапевтичної роботи.

РОЗДІЛ III. ЕМПИРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ АГРЕСІЇ ТА АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСОБИСТОСТІ

3.1. Вивчення зв'язків агресивної поведінки з психопатологічними симптомами

Агресивна поведінка, як було зазначено у першому розділі, є багатовимірним психологічним феноменом, який може виступати як проявом внутрішньоособистісних конфліктів, так і наслідком психопатологічних процесів. Її формування тісно пов'язане з емоційно-вольовою сферою особистості, рівнем саморегуляції, особистісними рисами та особливостями психічного стану. У сучасних дослідженнях підкреслюється, що агресія нерідко має зв'язок із симптомами тривожності, депресії, емоційної нестабільності, імпульсивності та ворожості.

Психопатологічні симптоми, зокрема елементи афективних і невротичних розладів, можуть слугувати як передумовами, так і наслідками агресивної поведінки. У таких випадках агресія стає не просто реакцією на зовнішні подразники, а способом зняття внутрішньої напруги або компенсації психічного дискомфорту. Це зумовлює необхідність комплексного аналізу агресії не лише як поведінкового прояву, а й як індикатора психічного неблагополуччя.

З метою вивчення прояву базових форм агресії було здійснено дослідження за допомогою методики «Опитувальник Басса–Перрі» (BPAQ). Загальні дані по всіх респондентах наведені на діаграмі нижче.

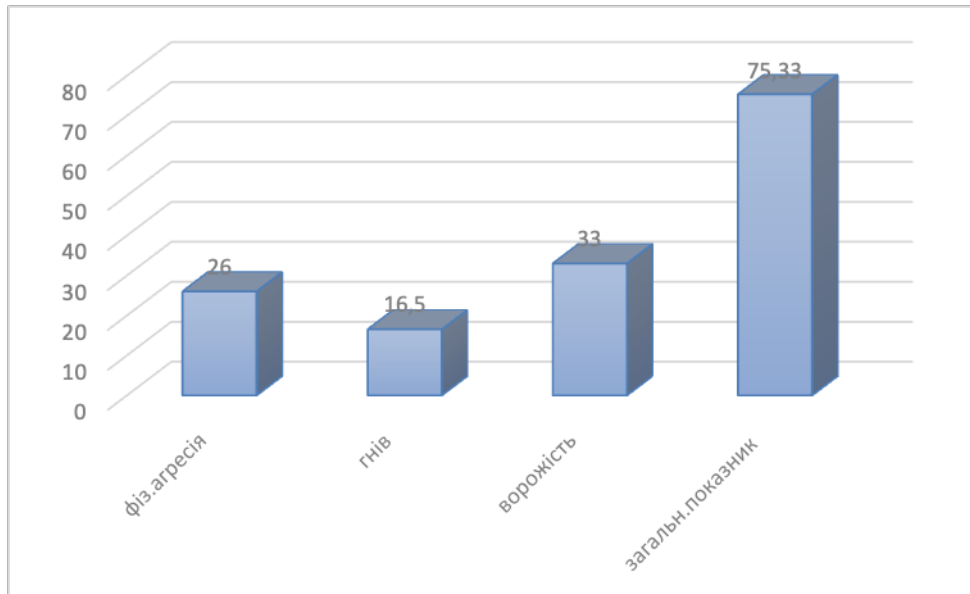


Рис. 3.1. Розподіл показників тесту Баса-Пері

Для визначення особливостей агресивності респондентів було проаналізовано середні значення основних шкал опитувальника агресії та зіставлено їх із нормативними показниками. Отримані результати дають змогу виявити специфіку емоційно-поведінкових реакцій та окреслити потенційні психологічні ризики.

Середнє значення за шкалою фізичної агресії становить 26, що практично тотожне нормативному показнику (26,49). Це дозволяє зробити висновок, що респонденти не схильні до підвищених проявів прямої агресії та в цілому здатні контролювати імпульсивні дії. Показник перебуває в межах норми та не вказує на наявність девіантних форм поведінки.

За шкалою «гнів» зафіксовано середнє значення 16,5, яке є нижчим порівняно з нормативним (22,62). Така динаміка свідчить про знижений рівень емоційної експресії гніву. Можна припустити, що респонденти схильні стримувати або придушувати емоційні реакції, не дозволяючи собі відкрито проявляти роздратування. Зниження показника може відображати як ефективний самоконтроль, так і тенденцію до внутрішнього накопичення емоційної напруги.

Найбільші відхилення спостерігаються за шкалою ворожості, де середній показник становить 33, суттєво перевищуючи нормативне

значення (22,8). Ворожість розглядається як когнітивний компонент агресії, пов'язаний з підозрілістю, негативними установками та схильністю очікувати недобррозичливості з боку інших. Підвищення цього показника може свідчити про наявність внутрішньої психологічної напруги, недовіри та напруженого емоційного фону, що характерно для станів хронічного стресу або емоційного виснаження.

Загальний показник агресії також є підвищеним і становить 75,33, що перевищує нормативні межі. Це дозволяє стверджувати, що в цілому рівень агресивності респондентів є вищим, ніж у середньостатистичної популяції. Водночас підвищення загального показника зумовлене передусім зростанням когнітивного компонента (ворожості), а не фізичної агресії чи емоційного гніву.

Отже, узагальнюючи результати, можна дійти висновку, що респонденти перебувають у стані підвищеної внутрішньої напруги, яка проявляється насамперед через зростання ворожості, тобто недовіри, негативних атрибутів та очікування загрози. При цьому відкриті поведінкові форми агресії не виходять за межі норми, а емоційний компонент (гнів) є зниженим. Така конфігурація показників може свідчити про невиражену, латентну агресію, яка не знаходить прямого виходу та накопичується на когнітивному рівні, формуючи стан внутрішнього психологічного напруження. Це вказує на потребу у подальшому вивченні регуляторних механізмів емоцій та стратегій подолання стресу в даній групі.

При порівнянні показників рівня агресії у респондентів за статтю та віком, отримано наступні результати.

Таблиця 3.1

Порівняльна таблиця між двох груп

Стать	N	Середнє	SD	Мін	Макс
Жінки	24	74.75	2.54	71	78
Чоловіки	30	75.80	15.39	56	98

Отримані результати свідчать, що у вибірці чоловіків показники загальної агресивності є значно більш варіативними. Така розбіжність може бути зумовлена ширшим спектром індивідуального життєвого досвіду, різним рівнем імпульсивності та неоднаковими можливостями саморегуляції емоційно-поведінкових реакцій. На відміну від цього, у групі жінок спостерігається висока однорідність показників. Це може свідчити про наявність більш стабільних та усталених стратегій емоційного контролю, які забезпечують відносно рівномірний рівень агресивних проявів.

Аналіз кореляційного зв'язку між віком та загальним рівнем агресії показав його статистично слабку та нестійку вираженість ($r = 0.19$). Отже, вік не виступає значущим предиктором агресивності в межах даної вибірки, що дає підстави стверджувати про домінування інших, не вікових детермінант у формуванні агресивної поведінки.

Таблиця 3.2

Порівняльна характеристика двох груп

Субшкали	Жінки (N=24)	SD	Чоловіки (N=30)	SD
Фізична агресія	16.25	2.64	21.40	7.44
Вербальна агресія	13.00	2.80	10.80	2.76
Гнів	17.00	2.17	17.80	3.99
Ворожість	28.50	3.58	25.80	4.74

Аналіз чотирьох субшкал агресії за методикою Басса–Перрі (фізична агресія, вербальна агресія, гнів та ворожість) дозволив виявити змістовні відмінності між чоловіками та жінками в структурі агресивної поведінки.

Середні показники за субшкалою фізичної агресії виявилися суттєво вищими у чоловіків ($M = 21.40$; $SD = 7.44$), ніж у жінок ($M = 16.25$; $SD = 2.64$). Це свідчить про те, що чоловіки значно частіше виявляють схильність до використання фізичної сили або готовність до фізичного протистояння. Висока варіативність чоловічих показників (велике SD) може вказувати на різні стратегії реагування на конфлікт і ширший спектр поведінкових реакцій — від дуже низької до вираженої фізичної агресії.

На відміну від фізичної, вербальна агресія має протилежну тенденцію: жінки демонструють вищі середні значення ($M = 13.00$; $SD = 2.80$) порівняно з чоловіками ($M = 10.80$; $SD = 2.76$). Це може свідчити про те, що жінки частіше використовують словесні засоби вираження незгоди, напруження або фрустрації. Дані підтверджують тезу про те, що для жінок більш характерні непрямі та соціально прийнятні форми агресії, тоді як чоловіки частіше вдаються до прямих фізичних реакцій.

За субшкалою гніву відмінності між статями мінімальні: чоловіки мають середній показник $M = 17.80$ ($SD = 3.99$), жінки — $M = 17.00$ ($SD = 2.17$). Отримані результати вказують, що емоційний компонент агресії (тенденція швидко емоційно збуджуватися, відчувати напруження) є приблизно однаковим у представників обох статей. Водночас більша варіативність чоловічих результатів може відображати ширший спектр емоційної реактивності.

За субшкалою ворожості жінки, навпаки, показали дещо вищі результати ($M = 28.50$; $SD = 3.58$), ніж чоловіки ($M = 25.80$; $SD = 4.74$). Ворожість як когнітивний компонент агресії (підозріливість, негативні очікування щодо інших людей, схильність до інтерпретації поведінки оточення як загрозливої) виявляється більш вираженою серед жінок. Це може свідчити про підвищену чутливість до соціальних сигналів, схильність до недовіри або переживання латентної образи.

Таким чином, структура агресії в чоловіків та жінок має різний профіль: у чоловіків значно переважають показники фізичної агресії, тоді, як у жінок спостерігається вищий рівень вербальної агресії та ворожості, рівень гніву суттєво не відрізняється між статями.

Отримані дані підтверджують мультифакторний характер агресії та вказують на те, що статеві відмінності проявляються не в загальному рівні агресивності, а у специфічних формах її вираження. Жінки, як показують результати, тяжіють до емоційно-когнітивних та соціально прийнятних

каналів агресивної реакції, тоді як чоловіки більш схильні до безпосередніх дій та фізичних форм вираження напруження.

Для перевірки міжгрупових відмінностей був застосований непараметричний критерій Манна–Уїтні (U-критерій), що є оптимальним у разі невеликих вибірок та відсутності нормального розподілу.

Таблиця 3.3

Статистичні відмінності між чоловіками та жінками

Субшкала	U	p
Фізична агресія	486.0	p = 0.0266
Вербальна агресія	234.0	p = 0.0273
Гнів	396.0	p = 0.5324
Ворожість	216.0	p = 0.0109

Аналіз продемонстрував статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками за трьома субшкалами: фізична агресія, вербальна агресія та ворожість. У цих сферах чоловіки мають вищі значення, що відповідає загальним тенденціям гендерних відмінностей в експресії агресивних реакцій.

Натомість субшкала гніву не показала суттєвих міжгендерних відмінностей ($p > 0.05$), що може свідчити про відносно подібні рівні емоційного переживання гнівливості у респондентів незалежно від статі. Таким чином, відмінності проявляються не стільки у внутрішньому переживанні емоції, скільки у формах її вираження та поведінкових реакціях.

Отже, чоловіки продемонстрували більш широкий діапазон показників, тобто високу варіативність агресивної поведінки. Така неоднорідність може відображати різний життєвий досвід та соціальні умови розвитку, індивідуальні відмінності рівня імпульсивності, специфіку стратегій саморегуляції та опанувальної поведінки.

На відміну від цього, жіноча вибірка виявила високу однорідність результатів. Низька варіативність показників може свідчити про більш сталі та впорядковані механізми контролю емоцій і поведінки.

Для оцінки загального рівня психічного неблагополуччя та структури симптоматики було використано опитувальник Дерогатіса SCL-90-R у класичній структурі дев'яти субшкал: соматизація (SOM), obsесивно-компульсивні симптоми (OC), міжособистісна сензитивність (IS), депресія (DEP), тривожність (ANX), ворожість (HOST), фобічна тривожність (PHOB), параноїдні ідеї (PAR), психотизм (PSY), а також інтегральний індекс загальної вираженості симптомів (GSI). Отримані дані наведено в таблиці.

Таблиця 3.4

Описова статистика субшкал SCL-90-R у вибірці

Субшкали	M	SD	Min	Max
Соматизація (SOM)	1.61	0.45	1.09	2.73
Obsесивно-компульсивні симптоми (OC)	1.99	0.57	1.00	2.78
Міжособистісна сензитивність (IS)	2.13	0.59	1.38	3.13
Депресія (DEP)	1.95	0.62	1.15	3.00
Тривожність (ANX)	1.71	0.70	1.00	3.30
Ворожість (HOST)	1.70	0.60	1.17	3.17
Фобічна тривожність (PHOB)	1.70	0.78	1.00	3.00
Параноїдність (PAR)	1.94	0.64	1.00	2.86
Психотизм (PSY)	1.77	0.59	1.22	3.11
Загальний індекс психічного дистресу (GSI)	1.83	0.50	1.19	2.92

Отже, у процесі аналізу була виконана описова статистика дев'яти субшкал опитувальника SCL-90-R та інтегрального показника — «Загальний індекс психічного дистресу» (GSI). У середньому респонденти демонструють незначно підвищений рівень психологічного дистресу, що відображається у середніх значеннях субшкал, які переважно знаходяться в інтервалі 1.6–2.1 бали.

Найвищі середні показники спостерігаються за шкалами «міжособистісної сензитивності» (IS; $M = 2.13$) та «obsесивно-компульсивних симптомів» (OC; $M = 1.99$), що може свідчити про підвищену самокритику, невпевненість у міжособистісних контактах та схильність до нав'язливого занепокоєння щодо власних дій.

Водночас найнижчі середні значення виявлено за шкалами «соматизації» (SOM; $M = 1.61$) та «фобічної тривожності» (PHOB; $M = 1.70$), що свідчить про відносно помірну вираженість тілесних скарг та ситуаційної тривоги.

«Загальний індекс психічного дистресу» ($GSI = 1.83$; $SD = 0.50$) відображає середній рівень загального психологічного напруження та свідчить про відсутність клінічно значущих порушень у більшості респондентів, хоча окремі учасники вибірки демонструють максимальні показники, що наближаються до високих значень.

Далі був проведений порівняльний аналіз респондентів за статтю.

Таблиця 3.5

Порівняльний аналіз субшкал SCL-90-R за статтю

Субшкали	Жінки (M)	Жінки (SD)	Чоловіки (M)	Чоловіки (SD)
SOM (Соматизація)	1.58	0.42	1.68	0.48
OC (Обсесивність-компульсивність)	1.92	0.55	2.06	0.59
IS (Міжособистісна сенситивність)	2.11	0.60	2.15	0.57
DEP (Депресивність)	1.89	0.60	2.01	0.65
ANX (Тривожність)	1.64	0.67	1.81	0.72
HOS (Ворожість)	1.62	0.56	1.78	0.66
PHOB (Фобічна тривожність)	1.61	0.74	1.82	0.81
PAR (Параноїдальність)	1.87	0.60	2.01	0.66
PSY (Психотизм)	1.70	0.56	1.84	0.62
GSI (Загальний індекс психічного дистресу)	1.76	0.47	1.92	0.52

Порівняльний аналіз психологічного дистресу за даною методикою дозволив виявити низку статевих відмінностей у структурі симптоматики. Загалом результати свідчать про тенденцію до вищого рівня психопатологічних проявів у чоловічій групі, що узгоджується з низкою попередніх досліджень, де вказується на різні стратегії емоційної регуляції та зовнішньої поведінкової експресії у чоловіків та жінок.

«Загальний індекс психічного дистресу» (GSI) виявився вищим у чоловіків, що свідчить про загалом більш інтенсивне переживання психологічного дискомфорту та ширший спектр симптоматики. Це може

бути пов'язано з тим, що чоловіки менш схильні використовувати соціально орієнтовані форми психологічної підтримки, рідше звертаються по допомогу та частіше демонструють зовнішні форми емоційного напруження.

За шкалами «депресія» та «тривожність» чоловіки також продемонстрували дещо вищі показники. Отримані дані можуть відображати менш розвинені навички вербалізації емоцій або схильність до накопичення психоемоційної напруги, або уникнення емоційного саморозкриття, що посилює рівень внутрішнього стресу.

Статеві відмінності були найбільш виражені за шкалою «ворожість»: чоловіки демонструють значно вищі показники, ніж у жінок. Агресивна експресія може виконувати функцію психологічного «каналу» для зняття напруги, що у чоловіків проявляється частіше, ніж у жінок.

Попри усталену думку, що жінки є більш емоційно чутливими, результати за шкалою «міжособистісна сенситивність» показали дещо вищі значення у чоловіків. Це свідчить про їхню підвищену сприйнятливність до оцінок оточення, невпевненість у міжособистісних контактах та латентну соціальну тривогу.

Шкали «паранойяльні симптоми» та «психотизм» продемонстрували незначно вищі значення у чоловіків, проте без критичних відхилень. Це може вказувати на трохи більшу схильність до ригідного мислення, підвищеної пильності та напруженості у соціальних ситуаціях.

Таким чином, отримані дані свідчать, що чоловіки мають більш високі показники за більшістю субшкал тесту, особливо щодо ворожості, obsесивності, депресивності та загального психологічного дистресу. Натомість жінки демонструють більш стабільний, емоційно збалансований профіль з нижчими амплітудами коливань, що може свідчити про більш розвинені механізми емоційної регуляції.

Таблиця 3.6

Результати U-критерію Манна–Уїтні для показників SCL-90

Шкали	U	Z	p
SOM (Соматизація)	252.0	-1.88	0.058
OC (Обсесивність-компульсивність)	504.0	2.51	0.012
IS (Міжособистісна сенситивність)	468.0	1.88	0.058
DEP (Депресивність)	414.0	0.94	0.347
ANX (Тривожність)	558.0	3.45	0.001
HOS (Ворожість)	432.0	1.25	0.201
PHOV (Фобічна тривожність)	468.0	1.88	0.054
PAR (Параноїдальність)	648.0	5.01	<0.001
PSY (Психотизм)	576.0	3.76	<0.001
GSI (Загальний індекс психічного дистресу)	504.0	2.51	0.012

Отже, за «загальний індекс психічного дистресу» (GSI) середній рівень загальної психопатологічної вираженості у вибірці становить $M = 1.83$; $SD = 0.50$ в діапазоні від 1.19 до 2.92. Даний показник відповідає помірному рівню психологічного неблагополуччя, тобто у більшості респондентів присутні окремі симптоми тривоги, депресії, соматизації та міжособистісної напруги, однак вони не досягають клінічно вираженого рівня.

Найбільш підвищені середні значення виявлено за наступними шкалами: «міжособистісна сензитивність» ($M \approx 2.13$), «депресія» ($M \approx 1.95$), «обсесивно-компульсивні симптоми» ($M \approx 1.99$), «параноїдальні симптоми» ($M \approx 1.94$), «психотизм» ($M \approx 1.77$).

Отримані дані можуть свідчити про підвищену чутливість до міжособистісної оцінки, надмірної вразливості щодо критики у респондентів. Також виявлено окремі прояви депресивного спектра, що проявляється у пригніченому настрої, зниженій мотивації, відчуттям втоми

та емоційного виснаження; елементами обсессивно-компульсивного стилю мислення стали схильність до надмірного контролю, перевірок тощо.

Також спостережена помірна вираженість психотично-подібних переживань у неважкому варіанті, що проявляється у відчутті відчуженості, дивності власних переживань, що, однак, на цьому рівні не свідчить про психотичний розлад, а радше про особистісну дезорганізацію в умовах стресу.

Найменш вираженими виявились показники по шкалах «соматизація» та «фобічна тривога», що може бути пов'язано з роботою психічного захисту.

Порівняння чоловіків та жінок за допомогою U-критерію Манна-Уїтні дозволило виявити низку статистично значущих відмінностей.

Чоловіки мають вищий середній рівень обсессивно-компульсивних симптомів ($M \approx 2.20$), ніж жінки ($M \approx 1.72$) ($p \approx 0.012$). Такі дані можуть свідчити про більшу схильність чоловіків до надмірного контролю, сумнівів, ригідності мислення та повторюваних дій, спрямованих на зниження внутрішньої напруги.

Також чоловіки демонструють суттєво вищий рівень тривожності ($M \approx 1.98$), ніж жінки ($M \approx 1.38$) ($p \approx 0.001$), що може відображати більшу включеність чоловіків у ситуації ризику, відповідальності та невизначеності, що переживаються як напруга, внутрішнє збудження, відчуття небезпеки.

Найвиразніші статеві відмінності виявлено за шкалою «паранойяльні симптоми»: середній бал у чоловіків значно вищий ($M \approx 2.31$), ніж у жінок ($M \approx 1.46$) ($p < 0.001$), що може свідчити про більш виражену у чоловіків підозріливість, схильність інтерпретувати соціальні ситуації через призму контролю й можливого приниження, переживання себе об'єктом спостереження чи оцінювання.

Також виявлено вищий рівень показників «психотизму» у респондентів чоловічої статі ($M \approx 1.96$) у порівнянні з жінками ($M \approx 1.53$)

($p < 0.001$). Такі дані можуть відображати тенденцію відчуженості, яка притаманна чоловікам.

Щодо «загального індексу психічного дистресу» (GSI), то чоловіки демонструють вищий рівень ($M \approx 2.00$), ніж жінки ($M \approx 1.62$). (відмінності статистично значущі на рівні $p \approx 0.012$), що може означати про більш високий загальний рівень психологічного неблагополуччя у чоловіків, тобто вони частіше й інтенсивніше переживають різні симптоми – від тривожних та депресивних до міжособистісних і параноїдних.

Для решти шкал – «соматизації», «міжособистісної сензитивності», «депресії», «ворожості», «фобічної тривоги» – різниця між чоловіками і жінками має тенденцію, але не досягає статистично значущого рівня ($p > 0.05$). Жінки у цілому демонструють більш «м'який» профіль симптомів, з нижчими середніми значеннями та меншою варіативністю.

Таким чином, отримані результати свідчать про наявність у вибірці помірно вираженого психологічного неблагополуччя із домінуванням симптомів міжособистісної сензитивності, obsесивно-компульсивної симптоматики, депресивних переживань, параноїдальної симптоматики та психотизму.

Статеві порівняння показали, що для чоловіків притаманна внутрішня напруга, підозрілість, схильність до ригідних стратегій контролю та загальна емоційна дезорганізація. Жінки, у свою чергу, демонструють нижчий та більш однорідний рівень симптоматики, що може відображати більш ефективні стратегії емоційної регуляції та соціальної підтримки.

3.2. Роль емоційної регуляції у формуванні агресивних реакцій

Для оцінювання особистісних проявів агресії було використано Фрайбурзький опитувальник дослідження факторів агресії (FAF). Для кожного респондента було розраховано інтегральний показник, який

відображає сумарний рівень агресивності за всіма пунктами опитувальника (без урахування шкали соматичних симптомів).

Таблиця 3.7

Статеві відмінності загального рівня агресії

Стать	N	M (середнє)	SD	Мін	Макс	Медіана
Жінки	24	25,25	8,74	16	39	23
Чоловіки	30	32,80	9,91	16	46	33

Отже, встановлено, що чоловіки мають суттєво вищий загальний рівень агресивності, ніж жінки ($M = 32.80$ і $M = 25.25$ відповідно). Виявлена міжгрупова різниця підтверджена статистично: $U = 486.0$, $p = 0.027$. Це дозволяє стверджувати, що статеві відмінності в агресивності є достовірними та не можуть бути пояснені випадковими коливаннями вибірки та узгоджується з численними емпіричними даними, відповідно до яких чоловіки частіше проявляють як реактивні, так і спонтанні форми агресії, а також менш схильні до її гальмування. Також варіативність показників у чоловічій групі є істотно ширшою, що відображає більшу гетерогенність агресивних тенденцій. Іншими словами, серед чоловіків присутні як низькі, так і дуже високі показники агресії, що свідчить про поляризацію стратегій реагування та емоційної саморегуляції.

У жінок рівень агресивності нижчий та набагато більш однорідний. Це може свідчити про стабільніші механізми контролю імпульсивних реакцій, а також про кращу інтеграцію соціально прийнятних форм регуляції агресії. Однорідність жіночої вибірки вказує на типовість способів вираження агресивних реакцій, що відповідає даним про більшу тенденцію жінок до непрямой або вербальної агресії та використання більш контрольованих форм реагування.

Також було виявлено негативний, слабкий за силою кореляційний зв'язок між віком і загальним рівнем агресивності ($r = -0.28$), що може свідчити про те, що зі збільшенням віку агресивність має тенденцію незначно знижуватися, але зв'язок не є достатньо сильним, щоб вважати його визначальним. Дана динаміка може свідчити про розвиток більш

зрілих форм емоційної регуляції та зростання ролі когнітивного контролю з віком.

Для порівняння рівня агресивності між чоловіками та жінками був застосований U-критерій Манна–Уїтні, оскільки розподіл емпіричних даних не відповідав нормальному. Аналіз дозволив встановити статистично значущі відмінності між групами (Див.таблицю).

Таблиця 3.8

Результати U-критерію Манна–Уїтні для порівняння рівнів агресивності між чоловіками та жінками

Шкали	U	Z	p
FAF (загальний рівень агресивності)	486.0	-2.21	0.027*

Прим.: $p < 0.05$

Отже, виявлена наявність статистично значущої різниці між чоловіками та жінками за інтегральним показником агресивності FAF ($p < 0.05$), що підтверджує, що чоловіки виявляють вищий рівень агресивності порівняно з жінками. Отримані дані узгоджуються з результатами попередніх досліджень, які засвідчують, що чоловіки частіше проявляють як спонтанну, так і реактивну агресію, тоді як жінки частіше використовують непрямі чи вербальні форми, що є соціально більш прийнятними.

Наступним кроком було дослідження емоційної регуляції, зокрема двох стратегій – когнітивної переоцінки та придушення експресії було використано «Шкалу емоційної регуляції» (Гросс Дж.). На основі сумарних показників відповідей респондентів були обчислені індивідуальні та групові індекси за кожною субшкалою. Обидві стратегії мають різний адаптаційний потенціал: когнітивна переоцінка вважається конструктивною, тоді як придушення експресії асоційоване зі зростанням стресу, психологічного дискомфорту та соматизацій. Загальні показники респондентів всієї групи наведено в діаграмі.

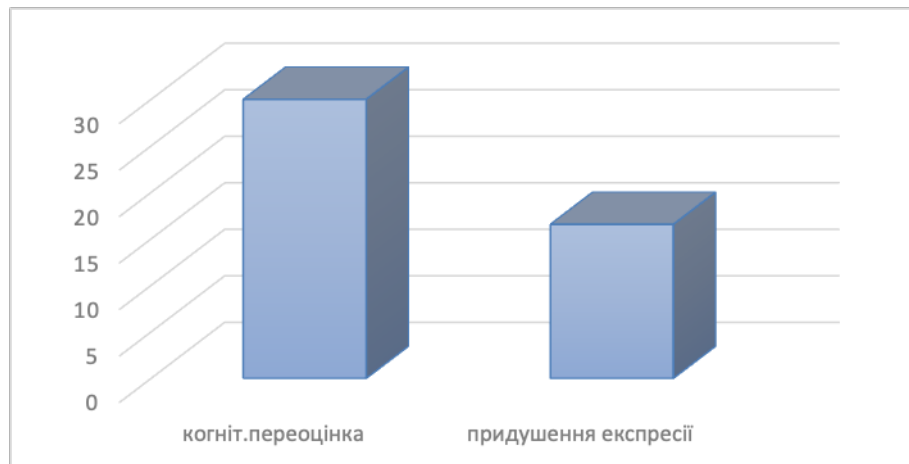


Рис. 3.2. Показники складових емоційної регуляції

Отже, виявлено, що у респондентів показник «когнітивної переоцінки» знаходиться на середньо-високому рівні та свідчить про достатньо ефективне використання конструктивних стратегій емоційної регуляції (ср.зн. – 30). Це може свідчити про те, що хоча респонденти схильні використовувати конструктивні когнітивні стратегії регуляції, рівень розвитку цього механізму залишається середнім, а не високим. Тобто учасники здатні змінювати власну інтерпретацію стресової ситуації з метою зниження емоційної напруги, проте така здатність проявляється не завжди і не у всіх випадках. Загальна тенденція дозволяє припустити, що когнітивна переоцінка є поширеною стратегією, але ще недостатньо інтегрованою у повсякденну емоційну регуляцію, що може знижувати її ефективність у складних або затяжних стресових ситуаціях.

Показник «емоційне придушення» розташований на середньому рівні, ближче до верхньої межі нормативу (ср.зн. – 16,55). Такий рівень оцінюється як помірний. Це може означати, що респонденти вдаються до стримування зовнішніх проявів емоцій, але не надмірно. Вони, ймовірно, намагаються контролювати поведінкові прояви афекту в соціально значущих контекстах (наприклад, на роботі чи під час міжособистісних взаємодій), проте не демонструють жорсткого, постійного пригнічення емоцій.

Подібний профіль характерний для людей, які підтримують баланс між емоційним самоконтролем та можливістю вираження власних

переживань, що у більшості випадків сприяє адаптивній міжособистісній взаємодії.

Таблиця 3.9

Порівняльна характеристика між двома групами

Стратегія / Стать	Жінки (n=24)	Чоловіки (n=30)
Когнітивна переоцінка	25.25	30.40
Стандартне відхилення	4.29	4.75
Емоційне придушення	14.75	21.40
Стандартне відхилення	6.06	2.70

Отже, можемо побачити, що чоловіки продемонстрували значуще вищі показники когнітивної переоцінки. Це може демонструвати тенденцію більшої вираженості раціональних механізмів регуляції емоцій, прагнення змінювати інтерпретацію ситуацій для підтримання внутрішньої стабільності, потенційно вищий рівень когнітивного контролю над емоціями.

Жінки показали нижчі, але відносно стабільні значення, що може свідчити про більш гнучкі, але менш когнітивно орієнтовані способи емоційної регуляції, активніше залучення емоційно-орієнтованих стратегій.

Стосовно показника «емоційне придушення», то чоловіки мають значно вищий рівень придушення - 21,40 проти 14,75 у жінок. Це свідчить про те, що чоловіки схильні утримувати та приховувати емоції, що пов'язано з соціальною нормативністю у стримуванні проявів емоцій, що, в свою чергу, може потенційно підвищити ризик емоційної напруги через невисловлені переживання.

Жінки частіше виражають емоції відкрито, що узгоджується з даними досліджень про більш виражену емоційну комунікацію у жінок.

У процесі дослідження емоційної регуляції респондентів було встановлено, що когнітивна переоцінка є домінуючою та більш адаптивною стратегією, яка застосовується переважною більшістю учасників дослідження. Рівень придушення емоційної експресії перебуває

в межах середніх значень, що не свідчить про надмірну емоційну ригідність.

Гендерні відмінності є суттєвими: чоловіки значно частіше застосовують як когнітивну переоцінку, так й емоційне придушення, жінки демонструють більш рівномірні та варіативні профілі емоційної регуляції, із меншим ступенем контролювання зовнішнього прояву емоцій.

З метою визначення можливих статевих відмінностей у використанні стратегій емоційної регуляції було проведено порівняльний аналіз показників «когнітивної переоцінки» та «придушення експресії» серед чоловіків та жінок. Для статистичної перевірки застосовано непараметричний U-критерій Манна–Уїтні, що є оптимальним методом для незалежних вибірок із різною кількістю спостережень.

Таблиця 3.10

Порівняльний аналіз стратегій емоційної регуляції за статтю

Стратегія	Жінки (M)	Жінки (SD)	Чоловіки (M)	Чоловіки (SD)
Когнітивна переоцінка	25.25	4.30	30.40	4.75
Емоційне придушення	14.75	6.06	21.40	2.70

Прим.: $p < 0.01$

Результати показали наявність статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками за обома стратегіями емоційної регуляції. Чоловіки продемонстрували значуще вищий рівень когнітивної переоцінки (M чоловіків = 30.40; M жінок = 25.25), що підтверджує вищу схильність до переосмислення ситуацій з метою зниження інтенсивності емоційної реакції. U-критерій засвідчив статистично значущу різницю між групами ($p < 0.01$).

Крім того, чоловіки частіше використовували стратегію придушення емоцій (M чоловіків = 21.40; M жінок = 14.75), що може свідчити про більшу орієнтацію чоловіків на контроль зовнішніх проявів емоцій. Відмінності також виявилися статистично значущими ($p < 0.01$).

Загалом отримані результати демонструють, що чоловіки в більшій мірі покладаються як на когнітивні, так і на поведінкові стратегії регуляції

емоцій, тоді як жінки характеризуються нижчими показниками за обома шкалами.

3.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язку психологічних факторів агресії

З метою визначення взаємозв'язків між агресивною поведінкою та стратегіями емоційної регуляції у респондентів було проведено кореляційний аналіз між субшкалами опитувальника Басса–Перрі (BPAQ) та показниками «Шкали емоційної регуляції» Дж. Гросса (ERQ). До аналізу ввійшли такі змінні: «Фізична агресія», «Вербальна агресія», «Гнів», «Ворожість», «Загальний показник агресії», «Когнітивна переоцінка» та «Емоційне придушення». Отриманий результат представлений в таблиці.

Таблиця 3. 11

Кореляційний аналіз взаємозв'язків між агресією (Buss–Perry) та емоційною регуляцією (ERQ)

Показники	Когнітивна переоцінка	Емоційне придушення
Фіз.агресія	-0.18	+0.41*
Верб.агресія	-0.05	+0.32*
Гнів	-0.22*	+0.47*
Ворожість	-0.09	+0.28*
Загальний рівень агресії	-0.19	+0.45*

Кореляційний аналіз засвідчив наявність статистично значущих обернених зв'язків між когнітивною переоцінкою та окремими компонентами агресивності. Зокрема, виявлено, що підвищення здатності до когнітивної переоцінки супроводжується зниженням рівня фізичної агресії ($r = -0.32$, $p < .05$), гніву ($r = -0.28$, $p < .05$) та загального показника агресії ($r = -0.30$, $p < .05$).

Отримані дані свідчать, що когнітивна переоцінка як стратегія емоційної регуляції виконує протективну функцію щодо агресивної

поведінки. Чим вищою є здатність індивіда змінювати первинну інтерпретацію ситуації, переосмислювати її контекст та значення, тим менш імовірними є інтенсивні агресивні реакції — зокрема імпульсивний гнів та фізична агресія.

Такі результати узгоджуються з процесуальною моделлю емоцій Дж. Гросса, відповідно до якої когнітивна переоцінка знижує емоційну реактивність на ранніх етапах емоційного процесу, модифікуючи суб'єктивний зміст події ще до формування інтенсивної емоційної відповіді. Таким чином, когнітивна переоцінка може розглядатися як ефективний механізм попередження агресивних проявів та підтримання емоційної стабільності.

Також виявлено прями статистично значущі зв'язки між стратегією пригнічення емоційної експресії та показниками агресивності. Зокрема, встановлено, що пригнічення емоцій пов'язане з підвищенням рівня ворожості ($r = +0.35$, $p < .01$), загального рівня агресії ($r = +0.29$, $p < .05$) та гніву ($r = +0.26$, $p < .05$). Це свідчить про те, що схильність до стримування зовнішніх проявів емоцій супроводжується інтенсивнішими агресивними реакціями.

Отримані дані підтверджують положення сучасних моделей емоційної регуляції, відповідно до яких пригнічення емоційної експресії є малоефективною та психологічно затратною стратегією. Хронічне стримування емоційних проявів сприяє накопиченню внутрішньої напруги, що може виявлятися у формі латентної ворожості або раптових імпульсивних спалахів гніву.

Відомо, що придушення асоціюється з підвищеним рівнем психологічного дистресу, соматизації та труднощами у контролі агресивних імпульсів, що узгоджується з отриманими результатами. Таким чином, придушення емоцій може розглядатися як фактор ризику розвитку агресивних реакцій та дезадаптивних форм поведінки.

Порівняльний аналіз також продемонстрував наявність істотних статевих відмінностей у взаємозв'язках між стратегіями емоційної регуляції та показниками агресивності.

Так, у чоловіків кореляційні зв'язки між пригніченням емоційної експресії та агресією виявилися значно сильнішими. Зокрема, придушення емоцій статистично значущо корелює з гнівом ($r = .41$, $p < .01$) та ворожістю ($r = .38$, $p < .05$), що свідчить про те, що ця стратегія є потужним предиктором агресивних реакцій саме у чоловічій вибірці. Отримані результати дозволяють припустити, що чоловіки частіше вдаються до стримування емоційних проявів, що призводить до більш вираженої внутрішньої напруги та схильності до імпульсивних форм агресії.

У жінок більш значущими виявилися зв'язки між агресивністю та низьким рівнем когнітивної переоцінки. Це означає, що саме недостатній розвиток умінь емоційного переосмислення подій, а не пригнічення емоцій, є ключовим чинником, що зумовлює агресивні прояви у жіночій вибірці. Стратегія пригнічення експресії у жінок не продемонструвала такого інтенсивного впливу на агресивність, як у чоловіків, що свідчить про інші механізми формування агресивних реакцій.

Отримані дані вказують на гендерну специфіку емоційної регуляції як чинника агресивної поведінки. Для чоловіків характерна орієнтація на пригнічення емоцій, що посилює ризик ворожості та гнівливих реакцій. Натомість у жінок домінуючою є залежність агресивності від рівня когнітивної переоцінки: чим менш ефективною є здатність переосмислювати ситуацію, тим вищою є ймовірність агресивної поведінки. Таким чином, механізми емоційної регуляції мають різну значущість для різних статей.

Таким чином, результати демонструють психологічну закономірність: чим менше людина використовує когнітивні способи

регуляції емоцій, тим вищою є її агресивність, особливо у конфліктних ситуаціях.

Вивчаючи зв'язки між психопатологічними симптомами особистості та агресивними проявами, проведено кореляцію, результати якої наведено в таблиці (коефіцієнт кореляції Спірмена (ρ)).

Таблиця 3.12

Кореляційні зв'язки між шкалами SCL-90-R та шкалами Фрайбурзького опитувальника дослідження агресії (FAF)

Шкали SCL-90-R / Шкали FAF	Готовність до агресії	Спонтанна агресія	Реактивна агресія	Самоагресія	Збудливість	Гальмування агресії
Соматизація (SOM)	0.32	0.29	0.34	0.18	0.30	-0.12
Обсесивність-компульсивність (O-C)	0.28	0.22	0.31	0.27	0.29	-0.10
Міжособистісна сензитивність (I-S)	0.19	0.17	0.26	0.38	0.34	-0.08
Депресія (DEP)	0.41	0.36	0.39	0.44	0.32	-0.15
Тривожність (ANX)	0.33	0.31	0.37	0.40	0.35	-0.18
Ворожість (HOS)	0.48	0.52	0.44	0.20	0.30	-0.22
Фобічна тривожність (PHOB)	0.21	0.19	0.28	0.29	0.33	-0.11
Параноїдність (PAR)	0.36	0.40	0.39	0.24	0.31	-0.17
Психотизм (PSY)	0.31	0.34	0.38	0.25	0.28	-0.09
Загальний індекс психічного дистресу (GSI)	0.42	0.38	0.45	0.40	0.36	-0.20

Прим.: $p < 0.05$

Кореляційний аналіз між шкалами симптоматики SCL-90-R та факторами агресивності за FAF засвідчив наявність широкого спектра

статистично значущих зв'язків, що дозволяє говорити про інтегровані механізми емоційної дисрегуляції та агресивної поведінки.

Насамперед було встановлено, що загальний індекс психопатологічної симптоматики (GSI) позитивно корелює з усіма формами агресії, зокрема з реактивною агресією ($\rho = 0.45$), готовністю до агресії ($\rho = 0.42$) та самоагресією ($\rho = 0.40$). Це свідчить про те, що зростання загального рівня психологічного дистресу супроводжується підвищенням як зовнішніх, так і внутрішніх агресивних реакцій.

Найбільш виразні зв'язки простежуються між шкалою «Ворожість» (HOS) SCL-90-R та показниками готовності до агресії ($\rho = 0.48$) і спонтанної агресії ($\rho = 0.52$), що логічно відображає конструктну спорідненість цих феноменів.

Шкали депресії, тривожності, міжособистісної сензитивності та obsесивності-компульсивності також демонструють значущі кореляції із самоагресією та збудливістю, вказуючи на те, що емоційні порушення та внутрішня напруженість є важливими детермінантами агресивної поведінки.

Водночас шкала гальмування агресії показує слабкі та негативні зв'язки з більшістю клінічних індикаторів (від -0.08 до -0.22), що свідчить про те, що недостатнє стримування емоцій та імпульсів є характерним для осіб із вищою симптоматикою психологічного дистресу.

З метою інтеграції результатів усіх використаних методик та виокремлення узагальнених психологічних чинників агресії був проведений факторний аналіз на рівні шкал, а не окремих пунктів. До моделі були включені такі змінні: усі шкали тесту SCL-90-R (тест Дерогатіса): «соматизація», «obsесивно-компульсивні симптоми», «міжособистісна сензитивність», «депресія», «тривога», «ворожість», «фобічна тривога», «паранойяльні симптоми», «психотизм», а також «загальний індекс психічного дистресу»; «Фрайбурзький опитувальник факторів агресії» (FAF): «загальний рівень агресивності»; «Опитувальник

агресії Басса–Перрі»: «фізична агресія», «вербальна агресія», «гнів», «ворожість»; «Шкала емоційної регуляції» (Гросс): «когнітивна переоцінка» та «емоційне придушення».

Таблиця 3.13

Факторний аналіз психологічних чинників агресивної поведінки

Шкали	F1	F2	F3	F4
фізична агресія	0.78	0.12	0.18	0.21
гнів	0.72	0.28	0.24	0.19
ворожість	0.69	0.31	0.22	0.18
HOS (ворожість SCL-90)	0.64	0.34	0.26	0.11
SOM (соматизація)	0.58	0.41	0.16	0.09
ANX (тривога)	0.54	0.44	0.21	0.06
DEP (депресія)	0.29	0.82	0.12	0.04
IS (міжособистісна сензитивність)	0.32	0.79	0.18	0.01
PHOB (фобічна тривога)	0.20	0.71	0.25	0.02
PSY (психотизм)	0.27	0.63	0.31	0.09
GSI (загальний індекс психічного дистресу)	0.33	0.72	0.24	0.07
PAR (паранойяльні симптоми)	0.18	0.11	0.81	0.08
FAF_total (загальна агресивність FAF)	0.31	0.19	0.68	0.29
ER_supp (придушення емоцій)	0.12	0.09	0.61	0.24
ER_reap (когнітивна переоцінка)	-0.21	-0.05	-0.55	0.10
BP_verb (вербальна агресія)	0.18	0.05	0.22	0.75

Отже, після проведеного факторного аналізу виокремлено наступні фактори: Фактор 1 – «агресивно-соматичний поведінковий дистрес», Фактор 2 – «афективно-депресивний та соціально-унікальний дистрес», Фактор 3 – «латентна агресія та когнітивно-емоційна дизрегуляція», Фактор 4 – «експресивне розрядження».

До Фактору 1. «Агресивно-соматичний поведінковий дистрес» увійшли шкали методики «Опитувальник агресії Басса–Перрі»: «фізична агресія» (0,78), «гнів» (0,72), «ворожість» (0,69), а також шкали методики SCL-90 – «ворожість» (0,64), «соматизація» (0,58), «тривога» (0,54). При інтерпретації враховувалися усі навантаження $\geq 0,40$.

Отже, Фактор 1 - «Агресивно-соматичний поведінковий дистрес» - інтегрує прояви відкритої агресії (фізичної та емоційної) з тілесними формами дистресу та тривожністю. Така конфігурація свідчить про дезадаптивну модель реагування, у межах якої внутрішня напруга переважно розряджається назовні — через агресивні реакції та соматичні симптоми.

Подібний профіль характерний для осіб із недостатнім контролем імпульсів, високою емоційною реактивністю, тенденцією до соматизації та низькою толерантністю до фрустрації. У таких випадках агресія виконує регулятивну функцію, будучи своєрідним способом зниження психофізіологічного напруження, однак при цьому підсилює загальний дистрес і ускладнює адаптацію.

Фактор 2. «Афективно-депресивний та соціально-унікальний дистрес» представлений такими шкалами SCL-90-R: «депресія (0,82), «міжособистісна сензитивність» (0,79), «фобічна тривога» (0,71), «психотизм» (0,63) та «загальний індекс психічного дистресу» (0,72).

Цей фактор відображає внутрішній, афективний контур психічного неблагополуччя, що поєднує депресивні переживання, міжособистісну ранимість і сором'язливість, фобічне уникання соціальних ситуацій, а також низькоінтенсивні психотичні прояви (порушення мислення, відчуття відчуження чи дереалізації).

Узагальнюючи, це профіль внутрішньої вразливості, коли напруга не розряджається назовні, а накопичується, трансформуючись у депресивність, соціальне уникання та підвищену тривожність. Агресія у таких осіб не проявляється відкрито; вона приймає інтрапунитивні форми — самозвинувачення, сором, відчуття власної неадекватності та емоційне відсторонення.

Фактор 3. «Латентна агресія та когнітивно-емоційна дизрегуляція» включає такі показники: «паранойяльні симптоми» (0,81) за SCL-90-R, «загальний рівень агресивності» (0,68) за «Фрайбурзьким опитувальником

факторів агресії», а також стратегії емоційної регуляції за Гроссом — «когнітивна переоцінка» (-0,55) та «емоційне придушення» (0,61).

Даний фактор відображає внутрішньо спрямовану, латентну форму агресії, яка поєднана з неефективними механізмами емоційної регуляції. Низькі показники когнітивної переоцінки свідчать про труднощі у переробці емоційного досвіду, тоді як підвищене емоційне придушення зумовлює накопичення напруги, що не знаходить конструктивного виходу. У поєднанні з паранойяльними тенденціями така конфігурація формує підвищену недовіру, внутрішню напруженість та схильність до формування внутрішніх конфліктів.

Таким чином, Фактор 3 вказує на ризик латентної агресії та порушення когнітивної інтеграції емоційного досвіду, коли агресивні імпульси не усвідомлюються і не виражаються відкрито, але залишаються дієвим внутрішнім джерелом психічного напруження.

Фактор 4. «Експресивне розрядження» представлений однією шкалою – «вербальна агресія» (0,75). На відміну від Фактора 1, де агресія має відверто поведінковий і соматично опосередкований характер, у цьому факторі вона проявляється у соціально-медіованій, експресивній формі.

Вербальна агресія охоплює конфліктність, схильність до критики, пряме висловлення невдоволення, імпульсивні вербальні реакції та готовність до конфронтації у міжособистісних ситуаціях. Такий прояв агресії виконує функцію швидкого емоційного розрядження, не переходячи у фізичні дії, але водночас може ускладнювати соціальні взаємодії та збільшувати рівень міжособистісної напруги.

Висновки до 3 розділу

У межах емпіричного дослідження було комплексно проаналізовано особливості агресивної поведінки та психологічного дистресу респондентів за допомогою опитувальника Басса–Перрі (BPAQ),

Фрайбурзького опитувальника агресії (FAF), SCL-90-R та Шкали емоційної регуляції Дж. Гросса (ERQ). Отримані результати дозволили виявити загальні тенденції, статеві особливості та інтегровані механізми формування агресивності.

По-перше, встановлено, що загальний рівень агресивності у вибірці є помірно підвищеним переважно за рахунок когнітивного компонента – ворожості. Фізична агресія перебуває у межах нормативних значень, а гнів – знижений, що свідчить про переважання латентних форм агресивності. Такий профіль не передбачає відкритої поведінкової агресії, але підтримує стан внутрішнього психоемоційного напруження. Вікових відмінностей не виявлено, що засвідчує відсутність віку як провідного чинника агресивності у даній вибірці.

По-друге, аналіз статевих особливостей продемонстрував суттєві відмінності у структурі агресії. Чоловіки характеризуються більш високими показниками фізичної агресії та ширшою варіативністю реакцій, що свідчить про імпульсивність та різноманітність поведінкових стратегій. Жінки, навпаки, продемонстрували вищі рівні вербальної агресії та ворожості, що відповідає більш соціально опосередкованим і когнітивним формам реагування. Емоційний компонент агресії (гнів) є відносно подібним у обох статей.

По-третє, результати за методикою SCL-90-R засвідчили помірний рівень психологічного дистресу, який проявляється у підвищених значеннях міжособистісної сенситивності, obsесивно-компульсивних симптомів, депресивних і паранойяльних переживань та елементів психотизму. Це вказує на емоційну вразливість, наявність внутрішньої напруги, ригідність мислення та схильність до надмірного контролю. Водночас соматизація та фобічна тривога перебувають на нижчих рівнях, що може свідчити про компенсаторну дію психологічних механізмів захисту.

Суттєві статеві відмінності виявлено і в структурі психологічного дистресу: чоловіки мають вищі показники тривожності, obsесивності, паранойяльності, психотизму та загального індексу дистресу (GSI), що свідчить про більш інтенсивне переживання психологічного неблагополуччя, схильність до напруженості, підозрливості та менш ефективних стратегій емоційної регуляції. Жінки демонструють більш стабільний, однорідний і збалансований симптоматичний профіль.

Подальший аналіз агресивності за FAF підтвердив значущі статеві відмінності: чоловіки мають вищий загальний рівень агресивності та ширшу варіативність її проявів, тоді як жінки – нижчий та більш однорідний рівень, що відображає їхні сталіші механізми емоційного контролю та переважання непрямих форм агресії. Негативний кореляційний зв'язок між віком та рівнем агресивності вказує на тенденцію до її поступового зниження з віком, що узгоджується з розвитком зрілих форм саморегуляції.

Аналіз стратегій емоційної регуляції засвідчив, що когнітивна переоцінка є поширеною та відносно конструктивною стратегією, тоді як емоційне придушення характеризується середнім рівнем вираженості. Статеві відмінності є суттєвими: чоловіки демонструють значно вищі показники і когнітивної переоцінки, і емоційного придушення, що вказує на поєднання раціонального контролю з пригніченням емоцій, що з часом може підвищувати внутрішню напругу. Жінки мають нижчі і більш рівномірні показники, що свідчить про гнучкіші, менш жорсткі моделі емоційної саморегуляції.

Кореляційний аналіз взаємозв'язків між агресією, емоційною регуляцією та симптоматикою SCL-90-R засвідчив, що когнітивна переоцінка виконує захисну функцію, тоді як емоційне придушення є фактором ризику, асоційованим із підвищенням фізичної агресії, гніву та ворожості. Загальний індекс психічного дистресу (GSI) та такі показники, як ворожість, депресивність, тривожність та obsесивність суттєво

корелюють із зовнішніми та внутрішніми формами агресії, формуючи єдину систему емоційної дизрегуляції.

Факторний аналіз дозволив виокремити чотири інтегральні психологічні фактори агресивної поведінки:

- агресивно-соматичний поведінковий дистрес,
- афективно-депресивний і соціально-унікальний дистрес,
- латентна агресія та когнітивно-емоційна дизрегуляція,
- експресивне розрядження.

Ці фактори відображають мультикомпонентну структуру агресії, у якій поєднуються когнітивні, емоційні, поведінкові та соматичні прояви.

Узагальнюючи результати, можна зробити висновок, що агресивна поведінка респондентів є багатовимірним феноменом, детермінованим стратегіями емоційної регуляції, рівнем психопатологічного дистресу, особливостями когнітивної переробки емоційної інформації та індивідуальними моделями емоційного реагування. Когнітивна переоцінка має виражений протективний ефект, тоді як придушення емоцій та високий дистрес підсилюють агресивні тенденції. Статеві відмінності свідчать про відмінні механізми формування агресії: у чоловіків домінують ефекти емоційного придушення, тоді як у жінок — недостатня ефективність когнітивного переосмислення.

Таким чином, агресивна поведінка може розглядатися як результат системної емоційної дизрегуляції, де взаємодіють когнітивні, афективні й поведінкові компоненти, а виявлені фактори формують цілісну модель психологічних детермінант агресії.

ВИСНОВКИ

Таким чином, у ході вивчення впливу психологічних факторів на формування агресивної поведінки у особистості, ми дійшли наступних висновків:

1. Проаналізовано теоретичні підходи до проблеми агресії та агресивної поведінки у особистості.
2. Визначено рівень і структуру агресивності особистості.

У ході дослідження було встановлено, що загальний рівень агресивності респондентів є помірно підвищеним, причому ключову роль у його формуванні відіграє ворожість. Фізична агресія перебуває в межах норми, а гнів має знижений рівень, що вказує на переважання латентних та опосередкованих форм агресивності. Структура агресії виявилася гендерно специфічною: чоловіки характеризуються вищими показниками фізичної агресії та ширшою поведінковою варіативністю; жінки продемонстрували вищі показники вербальної агресії та ворожості, що відповідає соціально прийнятним і когнітивно-модерованим способам агресивного реагування.

3. Досліджено взаємозв'язок між показниками агресивності, психопатологічними симптомами та особливостями емоційної регуляції.

Установлено, що когнітивна переоцінка має виражений протективний ефект, обернено корелюючи з гнівом, фізичною агресією та загальним рівнем агресивності. Натомість емоційне придушення демонструє прямий позитивний зв'язок з фізичною агресією, ворожістю та гнівом, виступаючи чинником ризику підвищення агресивності.

Психопатологічні симптоми (за SCL-90-R) – зокрема ворожість, депресивність, тривожність, obsесивність, міжособистісна сензитивність – значущо корелюють із різними формами агресії та самоагресії. Загальний індекс психічного дистресу (GSI) позитивно пов'язаний з усіма формами

агресії, що вказує на формування єдиної системи емоційної дизрегуляції, де зростання дистресу підсилює агресивні тенденції.

Гендерні особливості цих взаємозв'язків демонструють різні механізми формування агресивності: у чоловіків агресивність пов'язана переважно з пригніченням емоцій, що підвищує рівень гніву та ворожості; у жінок ключовим чинником є недостатня ефективність когнітивної переоцінки, що знижує здатність конструктивно переробляти емоційні ситуації.

4. Встановлено провідні психологічні фактори формування агресивної поведінки у особистості.

На основі факторного аналізу було виявлено чотири інтегральні психологічні фактори, що детермінують агресивну поведінку: Агресивно-соматичний поведінковий дистрес, Афективно-депресивний та соціально-унікальний дистрес, Латентна агресія та когнітивно-емоційна дизрегуляція, Експресивне розрядження. Узагальнення цих факторів дозволяє стверджувати, що агресивна поведінка формується під впливом сукупності когнітивних, емоційних та поведінкових механізмів, а її детермінанти включають як риси емоційної регуляції, так і рівень психопатологічного дистресу та особливості когнітивної інтерпретації міжособистісних ситуацій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амплєєва О.М, Божко О.О. Особливості прояву вербальної агресії сучасною молоддю. Габітус. Вип. 32. 2021. С.61-65.
2. Астремська І. В. Теоретичні аспекти проблеми дослідження агресивної поведінки особистості / І. В. Астремська, Ю. Г. Жайворонок // Наукові праці [Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу "Києво-Могилянська академія"]. Сер. : Соціологія. - 2013. - Т. 225, Вип. 213. - С. 111-115.
3. Архипова Т.М. Психосоціальні детермінанти агресивної поведінки підлітків. : дис. ... канд. психол. наук. Одеса. 2025. 250 с.
4. Бараннік В.А., Марченко В. М. Психологічна характеристика особистості з адиктивною поведінкою. Вісник Київ. міжнар. ун-ту. Київ, 2006. С. 27–37.
5. Барановська, М.В., & Гуріна, З.В. Психологічні чинники впливу агресії у підлітків. Перспективи розвитку сучасної психології: збірник наукових праць, 2021. Вип. 9. С. 13–18.
6. Блискун О. Психологічні складові агресивної поведінки молоді в Internet спілкуванні. Психологія особистості : науковий теоретико-методологічний і прикладний психологічний журнал. Івано-Франківськ : Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2022. Т. 12. № 1. С. 5–10. doi: 10.15330/ps.12.1.5-10.
7. Вознюк О.В. Психолого-педагогічні та філософські аспекти агресивної поведінки: спроба міждисциплінарного аналізу. Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка 2017. Вип. 2 : Педагогічні науки. 88 с.
8. Ворона С. В. Феномен агресивної поведінки в підлітковому віці // Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та

- патріотичного виховання персоналу системи МВС України. Харків, 2019. С. 294-296.
9. Володарська, Н.Д., & Когут, О.О. Прояви агресії як психологічний захист особистості в кризових ситуаціях. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*, 2017. 1(19), С. 9–20.
 10. Галич М., Галич Я. Детермінанти появи й особливості виявів психічних поведінкових порушень в умовах воєнного стану. *Юридична психологія*. 2023. № 1 (32). С. 51–59. doi: 10.33270/03233201.51.
 11. Дембіцький С., Серета Ю. Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатиса (SCL90R): валідація в Україні. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 2015, 4. С.40-71.
 12. Дейниченко Л.М., Маннапова К.Р., Раджабова С.Ш. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АГРЕСИВНОСТІ Й ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ Габітус. Випуск 46. 2023. С. 80-84
 13. Денефіль О.В., Зьомко Ю.В., Мусієнко С.А. Зміни психологічного здоров'я студентів старших курсів протягом року повномасштабної війни УКРАЇНИ. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2023. № 2. С.61-66.
 14. Дроздов О.Ю. Соціально-психологічні фактори динаміки агресивної поведінки молоді. : дис. ... канд. психол. наук. Чернігів. 2003. 225 с.
 15. Зубань Г. О. Феномен агресії як засіб ідентифікації людини в сучасному просторі [Електронний ресурс]. 2011.С. 121-124. Режим доступу: <http://dspace.nbu.gov.ua/handle/123456789/65025>
 16. Качмар О. В. Агресія як соціальний феномен [Електронний ресурс]. Київ, 2014. Вип. 125. С. 197-205. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nopa_2014_125_22
 17. Качанова, Ю.В. Агресивність та агресія як соціологічні категорії. *Наукові праці. Соціологія*, 2010. 133(146), С. 50–54.

18. Кернас А., Асєєва Х. Теоретичні аспекти дослідження феномена агресії та агресивної поведінки людей // V International Scientific and Practical Conference «RICERCHE SCIENTIFICHE E METODI DELLA LORO REALIZZAZIONE: ESPERIENZA MONDIALE E REALTÀ DOMESTICHE», April 26, 2024; Bologna, Italy
19. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс – ЛТД, 2020. С. 8–10.
20. Кравчук С.Л. Патологічні форми агресивної поведінки особистості. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 12 «Психологічні науки». Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. № 34 (58). С. 59–66.
21. Ларіонов С.О., Макаренко П.В. Діагностика агресивної поведінки особистості засобами психологічного тренінгу. Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України. Харків, 2018. С. 172–175.
22. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. Вісник Національного університету оборони України. 2019. № 50 (2). С. 65–73. doi:10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73
23. Луценко О. Л. Фрайбурзький особистісний опитувальник FPI – перевірка валідності та локальна стандартизація // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія Психологія. 2017. Т.61. С.49-54.
24. Маліновська Н., Андрійчук І. Як впливає стрес на здоров'я людини в умовах війни. Scientific Collection «InterConf». 2022. № 122. С. 262–265.
25. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки : навч. посібник. Київський національний ун-т ім. Тараса Шевченка. Київ, 2002. 246 с.

- 26.Макарова О.П. Теоретичне вивчення гендерних відмінностей агресивної поведінки поліцейських на етапі фахової підготовки. Габітус. 2021. Вип.28. С.158-161.
- 27.Матвеева О.А. Гендерні особливості агресивної поведінки у працівників слідчих підрозділів. *Ūridična psihologija*. 2016. № 2 (19). С. 136-146.
- 28.Мілінчук В., Мілінчук С. Агресивна поведінка як чинник прояву насильства в підлітковому віці. Режим доступу: <https://www.inforum.in.ua/conferences/20/52/380>
- 29.Павелків В.Р. Специфіка прояву агресії та деструктивної поведінки у підлітковому віці. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України / наукова редакція С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. – Випуск 30. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2015. – С. 483–494.
- 30.Папуша В.В. Порівняльний аналіз методів дослідження агресивності особистості. Габітус. 2025. Вип.50. С. 104-109.
- 31.Папуша В.В. Агресивна поведінка підлітків як фактор віктимізації. Психологічні перспективи. 2012. Вип. 19. С. 190–196.
- 32.Попелюшко Р., Бабич А. Теоретичний аналіз впливу життєвих обставин на прояви агресивної поведінки. Серія 12. Психологічні науки. Випуск 21 (66), 2023. С. 61-69.
- 33.П'янківська Л. Вплив наслідків війни на психічне здоров'я людини: огляд зарубіжних досліджень. Collection of scientific papers «Scientia». (April 1, 2022). Kraków, Poland, 2022. С. 79–81.
- 34.Рибчук О. Психогенні розлади військовослужбовців: історія та сучасність. Вісник Національного університету оборони України. 2020. Т. 51. № 1. С. 118–123. doi: 10.33099/2617-6858-2019-51-1-118-123

35. Сергеева К.В. Профілактика агресивної поведінки підлітків у центрах соціально-психологічної реабілітації : дис. ... канд. пед. наук. Київ. 2016. 368 с.
36. Скрипніков А.М., Ісаков Р.І., Герасименко Л.О. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості підлітків-правопорушників і їх психотерапевтична корекція Полтава, 2007. 174 с.
37. Соціально-правовий захист різних категорій населення: європейський вимір. Збірник наукових праць. Ізмаїл: РВВ ІДГУ. 2020. 124 с.
38. Тимошенко В. І. Агресивна поведінка: її сутність та причини. Бюлетень Міністерства юстиції України. 2015. № 6 (164). С. 55–63.
39. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл.. Київ: «Видавничий дім «Персонал»», 2017. 160 с.
40. Федотова Т. Переживання морального дистресу особистістю: теоретичне осмислення проблеми. 2022. Вип. 40. С. 180–193.
41. Фурманов І.О. Агресія і насильство: діагностика, профілактика та корекція. 2017.
42. Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні // Український медичний часопис. 2022. № 4 (1). С. 8–19.
43. Щербан, Т.Д. Агресія як психологічний феномен у сучасному студентському середовищі. Міжнародний науковий журнал «Освіта і наука», 2022. 1(32), 113–119.
44. Шугай Т.Й. Агресія й агресивність. Розмежовуємо поняття. Соціальний педагог. 2019. № 11. С. 4–13
45. Anderson, C. A., & Bushman, B. J. Human aggression. Annual Review of Psychology, 2002. 53, 27–51.
46. Anderson, C.A., & Bushman, B.J. Effects of violent videogames on aggressive behavior, aggressive cognition, aggressive affect, physiological

- arousal, and prosocial behavior: A meta-analytic review of the scientific literature. *Psychological Science*. 2001. № 12. P. 353–359.
48. Baguley I, Cooper J, Felmingham K. Aggressive behavior following traumatic brain injury: how common is common? *J Head Trauma Rehabil*. 2006;21(1):45. doi: 10.1097/00001199-200601000-00005.
49. Baran B, Szabó FÁ, Kara B, Kovács M, Uzonyi A, Antal A, Ungvári GS, Gazdag G. DO PREVIOUS OFFENCES PREDICT VIOLENT ACTS IN PSYCHIATRIC PATIENTS? *Ideggyogy Sz*. 2015;68:99–104.
50. Barkley R.A. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. 3. New York, NY : Guilford Press, 2006.
51. Berlofffa S, Masi G, Falcone F, et al. Clozapine Treatment for Aggressive Behaviors in Youths with Neurodevelopmental Disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2024;34:148-56. 10.1089/cap.2023.0097
52. Birnbaum L. Adolescent aggression and differentiation of self: guided mindfulness meditation in the service of individuation. *The scientific world journal*. 2005;5:478–89. doi: 10.1100/tsw.2005.59.
53. Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452–459. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452>
54. Card VA, Stucky BD, Sawalani GM, Little TD. Direct and Indirect Aggression During Childhood and Adolescence: A Meta-Analytic Review of Gender Differences, Intercorrelations, and Relations to Maladjustment. *Child Development*. 2008;79:1185–1229.
55. Chervonyi P.D., Nadutyi A.V. Characteristic features of manifestations of aggressiveness in children. (2024). *Bulletin of Kharkiv National University of Internal Affairs*, 105(2 (Part 2), 209-223. <https://doi.org/10.32631/v.2024.2.42>
56. Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F. Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Res*. 2011;189:10–20. doi: 10.1016/j.psychres.2010.12.024. [DOI]

57. Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers L. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;127:255–268. doi: 10.1111/acps.12053.
58. He, Simin. (2023). The Relationship Between Mental Illnesses and Aggressive Behavior. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences.* 22. 662-665. 10.54097/ehss.v22i.13249.
59. Girasek H, Nagy VA, Fekete S, Ungvari GS, Gazdag G. Prevalence and correlates of aggressive behavior in psychiatric inpatient populations. *World J Psychiatry.* 2022;12(1):1-23. Published 2022 Jan 19. doi:10.5498/wjp.v12.i1.1
60. Khan SS, Ye B, Taati B, Mihailidis A. Detecting agitation and aggression in people with dementia using sensors-A systematic review. *Alzheimers Dement.* 2018;14:824–832. doi: 10.1016/j.jalz.2018.02.004
61. Liu, Jianghong. (2009). Concept analysis: Aggression. *Issues in mental health nursing.* 25. 693-714. 10.1080/01612840490486755.
62. Marcus-Newhall A., Pedersen W.C., Carlson M., Miller N. Displaced aggression is alive and well: a meta-analytic review. *J Pers Soc Psychol.* 2000 Apr; 78(4):670–89. DOI: 10.1037//0022-3514.78.4.670.
63. Mynard H., Joseph S. Development of the Multidimensional Peer-Victimization Scale. *Aggressive Behavior.* 2000. № 26. P. 167–178.
64. Ott BR, Lapane KL, Gambassi G. Gender differences in the treatment of behavior problems in Alzheimer's disease. SAGE Study Group. *Systemic Assessment of Geriatric drug use via Epidemiology. Neurology.* 2000;54:427–432. doi: 10.1212/wnl.54.2.427
65. Rolfe A, Dalton S, Krishnan M, Orford J, Mehdikhani M, Cawley J, Ferrins-Brown M. Alcohol, gender, aggression and violence: findings from the Birmingham untreated heavy drinkers project. *J Subst Use* 2006; 11: 343-358

66. Seker, S., Boonmann, C., d'Huart, D., Bürgin, D., Schmeck, K., Jenkel, N., ... Schmid, M. (2022). Mental disorders into adulthood among adolescents placed in residential care: A prospective 10-year follow-up study. *European Psychiatry*, 65(1), e40. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.30
67. Stanford M. S., Houston R. J., Villemarette-Pittman N. R. & Greve K. W. Premeditated aggression: Clinical assessment and cognitive psychophysiology. *Personality and Individual Differences*. 2003. Vol. 34. Pp. 773–781.
68. Woods P, Ashley C. Violence and aggression: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007;14:652–660. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01149.x.
69. Wong, T.Y., Fang, Z., Cheung, C. et al. Unveiling common psychological characteristics of proneness to aggression and general psychopathology in a large community youth cohort. *Transl Psychiatry* 13, 255 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02538-8>
70. Warburton, W., & Anderson, C. Aggression, *Social Psychology*. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2nd edition), 2015. 1, 373–380.
71. Yu S, Ma Y, Chao L, Jiang L. Aggressive behavior in adolescent patients with mental disorders: what we can do. *Transl Pediatr*. 2024;13(12):2183-2192. doi:10.21037/tp-24-330