

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
ОДЕСЬКИЙ ІНСТИТУТ**

Кафедра загальнонаукових, соціальних та поведінкових дисциплін

«До захисту допущено»

Завідувач

кафедри _____
(підпис)

доктор філ. наук, доцент

Нерубасська Алла Олександрівна

(наукове звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

« ____ » _____ 2026р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

**на тему: «Психологічна допомога при панічних атаках:
методичні підходи»**

Виконала:

студентка групи ІН18-8-22-Б1Пс (4,0з)
(шифр групи)

Освітньої програми: «Психологія»

Спеціальності: 053 Психологія

(код і найменування спеціальності)

Ненова Оксана Михайлівна

(ПІБ студента)

(підпис студента)

Керівник: кандидат психологічних наук,
доцент, доцент кафедри

Прокоф'єва-Акопова Світлана
Александрівна

(підпис наукового керівника)

2026 р.

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ
УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»

Одеський інститут

Кафедра загальнонаукових, соціальних та поведінкових дисциплін

Рівень вищої освіти: перший (бакалаврський) рівень

Спеціальності: 053 «Психологія»

Освітньої програми: «Психологія»

«Затверджую»

Завідувач кафедри _____

(підпис)

док. філ. наук, доцент **Нерубаська А.О.**

(вчене звання, науковий ступінь, ПІБ)

«_____» _____ 2026р.

Завдання

на кваліфікаційну роботу студентки

Ненової Оксани Михайлівни

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Психологічна допомога при панічних атаках: методичні підходи»

Керівник кваліфікаційної роботи: канд.псих.наук, доцент Прокоф'єва-Акопова С.А.

(посада, науковий ступінь, вчене звання)

2. Строк подання студентом кваліфікаційної роботи на попередній захист: Травень 2026р.

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи (рекомендовані науковим керівником та відповідним методичним забезпеченням /окремі аспекти роботи, обсяги роботи
Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, які поділені на підрозділи, висновків до кожного розділу та загальних висновків, списку використаних джерел (50 найменувань). Загальний обсяг роботи – 98 друкованих сторінок, обсяг основної частини роботи складає 94 сторінки.

4. Необхідний графічний та аналітичний матеріал за темою дослідження: .
Кваліфікаційна робота містить 6 таблиць та 22 рисунки.

5. Календарний план виконання кваліфікаційної роботи

№ з/п	Назва етапів виконання кваліфікаційної роботи	Строки виконання		Примітка
		Планові	Фактичні	
1	2	3	4	5
1.	Збір та опрацювання наукових джерел	Листопад 2025	Листопад 2025	
2.	Написання вступу	Грудень 2025	Грудень 2025	
3.	Розділ 1. Теоретичні основи дослідження панічних атак та психологічної допомоги	Грудень 2025	Грудень 2025	
4.	Розділ 2. Організація та методи емпіричного дослідження особливостей психологічної допомоги при панічних атаках	Березень 2026	Березень 2026	

5.	Висновки	Квітень 2026	Квітень 2026	
6.	Оформлення списку використаних джерел	Квітень 2026	Квітень 2026	
7.	Подання роботи на перевірку керівнику	Квітень 2026	Квітень 2026	
8.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	Травень 2026	Травень 2026	

АНОТАЦІЯ

Ненова О.М. «Психологічна допомога при панічних атаках: методичні підходи» – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» – Одеський інститут ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом». Одеса, 2026.

Актуальність дослідження пов'язана зі зростанням кількості осіб, які стикаються з панічними атаками в умовах сучасної соціальної нестабільності, постійного психоемоційного напруження, інформаційного перевантаження та впливу стресогенних факторів. Панічні атаки суттєво впливають на емоційний стан, поведінку, міжособистісні взаємини та якість життя людини, спричиняючи розвиток тривожності, почуття безпорадності, дезадаптації та зниження рівня психологічного благополуччя

Мета – теоретичний аналіз та обґрунтуванні методичних підходів до надання психологічної допомоги при панічних атаках, а також визначення ефективних способів психокорекційної підтримки осіб із тривожними проявами.

Методи. Теоретичний аналіз джерел та емпіричних результатів; методи збору емпіричних даних.

Ключові слова: панічні атаки, тривожні розлади, психологічна допомога, психоемоційний стан, тривожність, стрес, психокорекція, психотерапія, психологічний супровід, методичні підходи, психологічне благополуччя.

ANNOTATION

Nenova O.M. "Psychological help for panic attacks: methodological approaches" – Manuscript.

Qualification work for obtaining the educational and qualification level "bachelor" – Odessa Institute of PrJSC "Higher Education Institution "Interregional Academy of Personnel Management". Odesa, 2026.

The relevance of the study is associated with the increasing number of people who experience panic attacks in the conditions of modern social instability, constant psycho-emotional stress, information overload and the influence of stress factors. Panic attacks significantly affect the emotional state, behavior, interpersonal relationships and quality of life of a person, causing the development of anxiety, feelings of helplessness, maladjustment and a decrease in the level of psychological well-being.

The goal is theoretical analysis and substantiation of methodological approaches to providing psychological assistance for panic attacks, as well as determining effective methods of psychocorrectional support for people with anxiety manifestations.

Methods. Theoretical analysis of sources and empirical results; methods of collecting empirical data.

Keywords: panic attacks, anxiety disorders, psychological help, psycho-emotional state, anxiety, stress, psycho-correction, psychotherapy, psychological support, methodological approaches, psychological well-being.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
 РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАНІЧНИХ АТАК ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	9
1.1 Панічні атаки як психологічний феномен.....	9
1.2 Психологічні чинники розвитку панічних атак у сучасних умовах..	21
1.3 Теоретичний аналіз сучасних моделей психологічної допомоги при панічних атаках.....	27
Висновки до першого розділу	43
 РОЗДІЛ 2	
ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПАНІЧНИХ АТАКАХ.....	46
2.1 Обґрунтування психодіагностичного інструментарію дослідження..	46
2.2 Характеристика вибірки емпіричного дослідження та методи аналізу результатів дослідження.....	52
2.3 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів емпіричного дослідження.....	56
Висновки до другого розділу	87
 ВИСНОВКИ.....	 90
 СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	 94

ВСТУП

Актуальність теми. Актуальність теми дослідження зумовлена зростанням кількості осіб, які стикаються з панічними атаками в умовах сучасної соціальної нестабільності, постійного психоемоційного напруження, інформаційного перевантаження та впливу стресогенних факторів. Панічні атаки суттєво впливають на емоційний стан, поведінку, міжособистісні взаємини та якість життя людини, спричиняючи розвиток тривожності, почуття безпорадності, дезадаптації та зниження рівня психологічного благополуччя.

Особливої актуальності проблема набуває в умовах тривалих кризових подій та воєнного стану, коли рівень психічного напруження населення значно підвищується. За таких обставин зростає потреба у своєчасній та ефективній психологічній допомозі особам, які переживають панічні стани, а також у розробленні доступних і практично орієнтованих методичних підходів до психологічного супроводу.

Важливість дослідження полягає також у необхідності систематизації сучасних психотерапевтичних і психокорекційних методів допомоги при панічних атаках, визначення найбільш ефективних способів психологічної підтримки та профілактики повторних проявів тривожних станів. Вивчення методичних підходів до психологічної допомоги при панічних атаках має вагоме теоретичне й практичне значення, оскільки сприятиме підвищенню ефективності психологічної практики та збереженню психічного здоров'я особистості.

Проблема панічних атак є актуальною не лише в клінічній психології та психотерапії, але й у сфері психологічного консультування, кризової допомоги та психопрофілактики. Частота виникнення панічних атак у різних вікових і соціальних групах свідчить про необхідність поглибленого наукового вивчення психологічних механізмів їх виникнення та розробки ефективних методичних підходів до психологічної допомоги.

Науковий інтерес до проблеми тривожних і панічних станів представлений у працях зарубіжних та вітчизняних учених. Теоретичні основи вивчення тривоги були закладені у працях З. Фрейда, який розглядав тривогу як прояв внутрішньоособистісного конфлікту, а також К. Роджерс, Ролло Мей та К. Хорні, які акцентували увагу на психологічних та соціальних чинниках виникнення тривожності. Значний внесок у дослідження когнітивних механізмів панічних атак зробили А. Бек та Д. Кларк, які обґрунтували роль когнітивних викривлень, катастрофізації та неадаптивних переконань у розвитку панічної симптоматики.

Проблематика тривожних розладів та психологічної допомоги особам із панічними проявами висвітлюється також у працях українських науковців. Значний внесок у дослідження психоемоційних станів, тривожності, стресу та методів психологічної допомоги здійснили такі українські вчені та практики: Титаренко Т. М., Максименко С. Д., Савчин М. В., Варій М. Й., Москалець В. П., Яценко Т. С., Кокун О. М., Зливков В. Л., Лазос Г. П та інші.

Незважаючи на значну кількість досліджень, проблема психологічної допомоги при панічних атаках залишається недостатньо розробленою у контексті комплексного поєднання сучасних методичних підходів, орієнтованих на індивідуальні особливості особистості, рівень тривожності, специфіку психоемоційного реагування та адаптаційні ресурси людини. Це обумовлює необхідність подальшого теоретичного осмислення та практичного дослідження ефективних способів психологічної підтримки осіб із панічними проявами.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні методичних підходів психологічної допомоги при панічних атаках.

Для досягнення поставленої мети визначено наступні **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення панічних атак у сучасній психологічній науці.

2. Визначити психологічні чинники виникнення панічних атак.
3. Охарактеризувати сучасні методичні підходи до психологічної допомоги при панічних атаках.
4. Провести емпіричне дослідження особливостей тривожності та панічних проявів у досліджуваних.
5. Розробити та обґрунтувати психокорекційні рекомендації щодо психологічної допомоги особам із панічними атаками.

Об'єкт дослідження – панічні атаки як психологічний феномен.

Предмет дослідження – методичні підходи психологічної допомоги при панічних атаках.

Методи дослідження. Для реалізації поставленої мети використано комплекс теоретичних та емпіричних методів: аналіз, синтез, узагальнення та систематизацію наукової літератури; психодіагностичні методики дослідження рівня тривожності та панічних проявів; методи математико-статистичної обробки результатів дослідження.

Теоретичне значення кваліфікаційної роботи полягає у поглибленні наукових уявлень про психологічні механізми виникнення панічних атак та систематизації сучасних методичних підходів до психологічної допомоги.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання результатів дослідження практичними психологами, психотерапевтами, консультантами, фахівцями психологічних служб та центрів психічного здоров'я у процесі психодіагностики, психологічного консультування та психокорекційної роботи з особами, схильними до панічних атак.

Структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, які поділені на підрозділи, висновків до кожного розділу та загальних висновків, списку використаних джерел (50 найменувань). Загальний обсяг роботи – 98 друкованих сторінок, обсяг основної частини роботи складає 94 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАНІЧНИХ АТАК ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Панічні атаки як психологічний феномен

Термін «панічна атака» впродовж останніх років набув значного поширення як у науковому дискурсі, так і в повсякденному житті, що зумовлено зростанням кількості стресогенних чинників сучасного суспільства. Соціальна нестабільність, воєнні події, економічна невизначеність, інформаційне перенавантаження та підвищений рівень психоемоційної напруги сприяють актуалізації проблеми тривожних розладів серед різних вікових категорій населення. У психології та психіатрії панічна атака трактується як раптовий інтенсивний напад тривоги або страху, який супроводжується вираженими соматичними, когнітивними та емоційними проявами й часто виникає без очевидної зовнішньої причини. У сучасній науці існує значна кількість теоретичних підходів до пояснення природи панічних атак, серед яких особливе місце посідає біологічний підхід [цит. за 28].

В межах біологічного підходу панічні атаки розглядаються як наслідок порушень функціонування нейрофізіологічних і біохімічних механізмів організму. Представники цього напрямку акцентують увагу на ролі змін у роботі центральної нервової системи, гормональному дисбалансі та особливостях функціонування нейромедіаторних систем. Зокрема, дослідження у сфері ендокринології свідчать, що підвищений рівень адреналіну, кортизолу та тиреотропного гормону може спричиняти надмірну активацію симпатичного відділу нервової системи, що, своєю чергою, провокує виникнення відчуття небезпеки, тахікардії, утрудненого дихання та інших симптомів панічної атаки. Подібні фізіологічні реакції нерідко супроводжуються переживанням втрати контролю над власним станом, що підсилює тривожність і формує замкнене коло страху [цит. за 15].

Важливе місце у вивченні механізмів виникнення панічних атак займають нейрохімічні дослідження. Науковці аналізують роль таких нейромедіаторів, як серотонін, норадреналін, γ -аміномасляна кислота та дофамін у регуляції емоційних станів і реакцій на стрес. Порушення балансу зазначених речовин здатне негативно впливати на передачу нервових імпульсів у головному мозку, що може сприяти формуванню підвищеної тривожності, емоційної нестабільності та схильності до панічних реакцій. У цьому контексті дослідники підкреслюють важливість взаємозв'язку між нейрофізіологічними процесами та психологічними переживаннями особистості.

Крім того, в межах біологічного підходу значна увага приділяється генетичним чинникам розвитку тривожних і панічних розладів. Сучасні генетичні дослідження засвідчують, що спадкова схильність може виступати одним із факторів ризику формування панічних атак. Наявність тривожних розладів у близьких родичів підвищує ймовірність виникнення подібних психоемоційних порушень у наступних поколіннях, що свідчить про складну взаємодію біологічних і середовищних факторів [цит. за 33].

Проблематика панічних атак активно висвітлюється й у працях українських науковців. Зокрема, дослідження Максименка С.Д., Титаренко Т. М. та Сосновського Б.О. присвячені вивченню психологічних механізмів тривожних станів, впливу стресу на особистість та особливостей психоемоційної адаптації людини в кризових умовах. У працях українських дослідників підкреслюється, що панічні реакції слід розглядати не лише як медико-біологічний феномен, а і як складний психосоціальний процес, пов'язаний із переживанням невизначеності, внутрішніх конфліктів та дефіциту психологічних ресурсів.

На наш погляд, біологічний підхід є важливим для розуміння механізмів виникнення панічних атак, оскільки дозволяє пояснити фізіологічну основу тривожних реакцій та обґрунтувати необхідність комплексної медико-психологічної допомоги. Водночас виключно біологічне трактування

панічних атак є недостатнім, адже їх розвиток значною мірою залежить також від індивідуального досвіду особистості, рівня стресостійкості, особливостей мислення та соціального середовища. Саме тому ефективне подолання панічних атак потребує інтеграції біологічного, психологічного та соціального підходів, що дозволяє забезпечити більш цілісне розуміння природи тривожних розладів та підвищити ефективність психотерапевтичної допомоги.

З позиції психологічного підходу панічна атака розглядається як наслідок тривалого впливу психотравмуючих та стресогенних чинників на психіку особистості. До таких чинників належать хронічний стрес, емоційне перенапруження, пережиті психотравмуючі події, внутрішньоособистісні конфлікти, когнітивні викривлення та інші психологічні механізми, що впливають на емоційний стан людини. В межах цього підходу панічні атаки трактуються не лише як сукупність фізіологічних симптомів, а як складний психоемоційний феномен, тісно пов'язаний із особливостями сприйняття людиною себе, навколишнього світу та власного життєвого досвіду [цит. за 32].

Представники когнітивно-поведінкового напрямку особливу увагу приділяють ролі мисленнєвих процесів у виникненні та підтриманні панічних атак. Відповідно до концепції когнітивно-поведінкової терапії, деструктивні автоматичні думки, катастрофізація подій, надмірна фіксація на тілесних симптомах та схильність до негативного прогнозування можуть провокувати розвиток інтенсивної тривоги. Людина починає інтерпретувати фізіологічні реакції організму як загрозові для життя або психічного здоров'я, що, своєю чергою, підсилює страх і запускає механізм панічної атаки. Наприклад, пришвидшене серцебиття може сприйматися як ознака серцевого нападу, а запаморочення – як втрата контролю або наближення непритомності. У результаті формується так зване «замкнене коло тривоги», коли страх перед симптомами посилює самі симптоми [13].

У психоаналітичному підході панічні атаки пояснюються через дію несвідомих психічних процесів і внутрішніх конфліктів особистості. Представники цього напрямку вважають, що в основі панічних реакцій можуть лежати витіснені переживання, невирішені дитячі конфлікти, внутрішня напруга та глибинні страхи, які не усвідомлюються людиною. Значна увага приділяється особливостям психоемоційного розвитку особистості, механізмам психологічного захисту та впливу раннього досвіду взаємодії з оточенням на формування тривожності. Панічна атака в такому контексті розглядається як своєрідний прояв внутрішнього конфлікту, який набуває соматизованої форми [цит. за 9].

Водночас вагомого значення у сучасній психологічній науці набуває соціокультурний підхід до розуміння панічних атак. Згідно з цим підходом, виникнення тривожних розладів значною мірою залежить від умов соціального середовища, культурних норм, суспільних очікувань та характеру міжособистісної взаємодії. Соціокультурні чинники визначають не лише рівень психологічного навантаження на особистість, а й способи переживання та вираження тривоги. У різних культурах прояви панічних атак можуть суттєво відрізнятися залежно від соціально схвалених моделей поведінки, ставлення до психічного здоров'я та прийнятних способів емоційного реагування.

Дослідники зазначають, що суспільний тиск, високі вимоги до особистісної успішності, нестабільність соціально-економічних умов, інформаційне перенавантаження та постійна невизначеність можуть виступати потужними чинниками розвитку тривожності та панічних станів. Особливо актуальним це питання є в умовах сучасних кризових реалій, коли людина перебуває у стані хронічної психоемоційної напруги. Соціальні очікування щодо професійної реалізації, матеріального добробуту, емоційної стійкості та відповідності певним соціальним ролям нерідко створюють додатковий психологічний тиск, який може виснажувати адаптаційні ресурси особистості [цит. за 21].

Крім того, важливу роль у формуванні та подоланні панічних атак відіграє соціальне оточення людини. Підтримка з боку сім'ї, друзів, професійної спільноти та психологічно безпечного середовища здатна знижувати рівень тривожності й сприяти ефективнішій психологічній адаптації. Натомість соціальна ізоляція, емоційне неприйняття або стигматизація психічних труднощів можуть поглиблювати тривожні переживання та ускладнювати процес подолання панічних станів.

На нашу думку, психологічний підхід до розуміння панічних атак є надзвичайно важливим, оскільки дозволяє розглядати людину не лише через призму фізіологічних симптомів, а як цілісну особистість із власним досвідом, емоціями, переконаннями та способами реагування на життєві труднощі. Панічна атака є своєрідним сигналом психіки про перевантаження адаптаційних механізмів, внутрішню емоційну напругу або тривале перебування в ситуації психологічного дискомфорту. Саме тому ефективна психологічна допомога має бути спрямована не лише на усунення симптоматики, а й на глибоке опрацювання причин тривожності, формування навичок емоційної саморегуляції, підвищення стресостійкості та відновлення внутрішніх ресурсів особистості.

Соціокультурний підхід до вивчення панічних атак суттєво розширює наукові уявлення про механізми виникнення тривожних розладів, акцентуючи увагу на впливі культурного середовища, соціальних норм та суспільних очікувань на психоемоційний стан особистості. В межах даного підходу панічні атаки розглядаються не лише як індивідуальна психологічна або фізіологічна проблема, а як явище, тісно пов'язане з культурним контекстом, системою цінностей суспільства та специфікою соціальної взаємодії. Саме тому важливого значення набуває розробка культурно-чутливих стратегій психотерапевтичної допомоги, які враховують особливості світогляду, поведінкових моделей та способів емоційного реагування в різних соціокультурних групах [7].

На думку вчених, культурні установки та суспільні стереотипи значною мірою впливають на те, як людина сприймає власну тривогу, інтерпретує симптоми панічної атаки та звертається по психологічну допомогу. У деяких культурах прояв емоційної вразливості може сприйматися як ознака слабкості, що спричиняє тенденцію до пригнічення переживань та ускладнює своєчасне виявлення тривожних розладів. Водночас у суспільствах із високим рівнем соціальної підтримки та толерантним ставленням до психічного здоров'я люди частіше звертаються за професійною допомогою, що позитивно впливає на ефективність психотерапевтичного супроводу [цит. за 19].

Окреме місце у сучасних дослідженнях панічних атак посідає нейронауковий підхід, спрямований на детальне вивчення діяльності головного мозку та нейрохімічних механізмів, які беруть участь у формуванні тривожних реакцій. На відміну від психодинамічних концепцій, які акцентують увагу на внутрішніх конфліктах особистості, нейронаука пояснює виникнення панічних атак переважно через особливості мозкової активності та порушення нейрохімічної регуляції. В межах цього підходу досліджується функціонування окремих структур головного мозку, насамперед амігдали, гіпоталамуса та лімбічної системи, які безпосередньо пов'язані з реакціями страху, стресу та емоційного реагування.

Особлива увага приділяється ролі нейромедіаторів – серотоніну, норадреналіну, дофаміну та γ -аміномасляної кислоти (GABA), які забезпечують регуляцію емоційного стану людини. Наукові дослідження свідчать, що дисбаланс зазначених хімічних речовин може порушувати процеси передачі нервових імпульсів, спричиняючи підвищену тривожність, емоційну лабільність та виникнення панічних станів. Саме тому сучасні нейронаукові концепції розглядають панічні атаки як результат складної взаємодії нейрофізіологічних, біохімічних та психоемоційних процесів [цит. за 15].

Для дослідження активності головного мозку під час панічних атак використовуються сучасні методи нейровізуалізації та функціональної

діагностики, зокрема функціональна магнітно-резонансна томографія (fMRI) та електроенцефалографія (EEG). Ці технології дозволяють виявити особливості функціонування мозкових структур у стані тривоги та простежити зміни нейронної активності під час панічного епізоду. Крім того, перспективним напрямом сучасної нейронауки є застосування методів нейромодуляції, зокрема транскраніальної магнітної стимуляції (TMS), яка використовується для корекції порушень мозкової активності та зниження симптоматики тривожних розладів [8].

Вагомим аспектом сучасних досліджень є також аналіз термінологічних понять, пов'язаних із панічними атаками. У науковій літературі поряд із поняттям «панічна атака» часто використовуються такі терміни, як «панічний розлад», «вегетативний криз», «генералізований тривожний розлад» та «тривожно-фобічні стани». Подібна термінологічна різноманітність свідчить про багатогранність проявів тривожних розладів та складність їх диференціації. В межах крос-культурних досліджень особлива увага приділяється аналізу того, як різні культури інтерпретують симптоматику панічних станів і які мовні та соціальні конструкції використовуються для опису тривоги та страху [9].

На наш погляд, сучасне розуміння панічних атак потребує інтегративного підходу, який поєднує психологічні, біологічні, нейронаукові та соціокультурні концепції. Жоден із підходів не може повністю пояснити природу панічних атак ізольовано, оскільки їх виникнення є результатом складної взаємодії психофізіологічних процесів, особистісного досвіду та соціального середовища. Саме комплексне бачення проблеми дозволяє більш ефективно здійснювати психодіагностику, психотерапевтичний супровід та профілактику тривожних розладів, особливо в умовах сучасних соціальних викликів та зростання психоемоційного навантаження на особистість.

Однією з найбільш поширених причин виникнення панічних атак вважається підвищений рівень внутрішньої тривожності, що формується під впливом тривалого психоемоційного напруження, хронічного стресу,

невизначеності та внутрішньоособистісних конфліктів. Високий рівень тривоги поступово виснажує адаптаційні ресурси організму, унаслідок чого навіть незначний подразник або звичайна життєва ситуація можуть сприйматися людиною як потенційна загроза. Особливістю панічних атак є їх раптовість та непередбачуваність, оскільки напад може виникнути без очевидної зовнішньої причини, навіть у ситуаціях, які об'єктивно не становлять небезпеки для особистості.

У науковій літературі панічна атака визначається як раптовий епізод інтенсивного страху або вираженого внутрішнього дискомфорту, що супроводжується комплексом соматичних, когнітивних та емоційних симптомів. До найбільш характерних проявів належать прискорене серцебиття, утруднене дихання, відчуття нестачі повітря, запаморочення, тремтіння, підвищене потовиділення, нудота, біль в грудях, відчуття втрати контролю або страх смерті. У багатьох випадках людина сприймає такий стан як загрозу для життя, що ще більше посилює панічну реакцію та формує стійкий страх повторення нападу.

Важливо зазначити, що панічні атаки часто виникають у контексті накопичення психологічного напруження, емоційного виснаження та недостатньо сформованих навичок подолання стресу. У сучасних умовах постійної інформаційної перенасиченості, соціальної нестабільності та високих вимог до особистості рівень тривожності населення суттєво зростає, що створює сприятливі умови для розвитку тривожних і панічних розладів.

З нашої точки зору, панічна атака є не лише проявом високої тривожності, а й своєрідним сигналом психіки про перевантаження емоційних та адаптаційних механізмів особистості. Саме тому ефективна психологічна допомога має бути спрямована не тільки на усунення симптомів панічного стану, а й на виявлення глибинних причин тривоги, розвиток емоційної саморегуляції, формування стресостійкості та відновлення внутрішніх психологічних ресурсів людини.

Симптоматика панічної атаки, як правило, розвивається стрімко: перші прояви виникають протягом кількох секунд, а максимальна інтенсивність симптомів спостерігається переважно через 5-10 хвилин після початку нападу. Надалі прояви поступово послаблюються, а загальна тривалість панічної атаки у більшості випадків не перевищує 10-15 хвилин. Якщо ж тривожні епізоди повторюються один за одним або симптоматика зберігається протягом тривалого часу, це може свідчити про серію панічних атак або розвиток панічного розладу [11].

Важливою психологічною особливістю осіб, схильних до панічних атак, є підвищена чутливість до власних фізіологічних і тілесних відчуттів. Навіть незначні зміни у функціонуванні організму – пришвидшене серцебиття, незначне запаморочення, утруднення дихання або м'язове напруження – можуть сприйматися ними як ознаки серйозної небезпеки або важкого захворювання. Подібне сприйняття супроводжується тенденцією до катастрофізації, тобто схильністю перебільшувати можливі негативні наслідки ситуації. Унаслідок цього фізіологічні реакції організму інтерпретуються як загроза життю або психічному здоров'ю, що додатково посилює тривожність і підтримує розвиток панічного стану [22].

Слід зазначити, що катастрофічні інтерпретації часто виникають на неусвідомленому рівні. Людина може не усвідомлювати власних автоматичних думок, які запускають механізм тривоги, однак саме вони формують емоційну реакцію страху та відчуття втрати контролю. В межах когнітивно-поведінкового підходу подібні думки розглядаються як деструктивні когнітивні установки, що закріплюються внаслідок негативного досвіду, хронічного стресу або підвищеної тривожності особистості.

У психологічній та психіатричній літературі панічні атаки переважно не розглядаються ізольовано, а досліджуються у взаємозв'язку з іншими психоемоційними та особистісними порушеннями. Найчастіше вони асоціюються з тривожними розладами, депресивними станами, підвищеним рівнем нейротизму, емоційною нестабільністю та труднощами психологічної

адаптації. У деяких випадках панічні атаки можуть супроводжуватися розвитком унікальної поведінки, соціальної ізоляції або страху повторення нападу, що суттєво погіршує якість життя людини [цит. за 25].

Узагальнюючи наукові підходи, панічну атаку можна визначити як раптовий напад інтенсивного, неконтрольованого страху або вираженого внутрішнього дискомфорту, який важко пояснити раціональними причинами та який супроводжується потужними фізіологічними, когнітивними й емоційними реакціями [13].

На нашу думку, панічна атака є не лише реакцією організму на стрес або тривогу, а й своєрідним індикатором психологічного перевантаження особистості, що сигналізує про необхідність відновлення емоційної рівноваги, психічних ресурсів та адаптаційних можливостей людини. Саме тому своєчасна психологічна допомога та психотерапевтичний супровід відіграють надзвичайно важливу роль у профілактиці хронізації тривожних розладів та покращенні психоемоційного благополуччя особистості.

Панічні атаки характеризуються тенденцією до повторюваності та можуть виникати через різні проміжки часу залежно від психоемоційного стану людини, рівня тривожності та впливу стресогенних чинників. Після пережитого панічного епізоду в особистості нерідко формується страх повторення нападу, унаслідок чого людина починає надмірно контролювати власний фізичний стан, прислухатися до тілесних відчуттів та очікувати виникнення нової панічної реакції. Подібна зосередженість на власних переживаннях сприяє активізації негативних автоматичних думок і катастрофічних сценаріїв, які часто не мають об'єктивного підґрунтя, однак суб'єктивно сприймаються як реальна загроза. У результаті формується так зване «коло паніки», коли страх перед можливим нападом сам по собі стає чинником виникнення нової панічної атаки.

У науковій літературі важливим є розмежування понять «панічна атака» та «панічний розлад». Панічна атака являє собою окремий епізод інтенсивного страху або вираженого психоемоційного дискомфорту, який супроводжується

соматичними та когнітивними симптомами. Натомість панічний розлад характеризується систематичним повторенням панічних атак, стійким відчуттям тривоги та постійним страхом виникнення нових нападів. Людина з панічним розладом часто перебуває у стані очікування небезпеки, що значно впливає на її повсякденне функціонування, соціальну активність та якість життя.

Варто підкреслити, що поодинокі панічні атаки не завжди свідчать про наявність панічного або генералізованого тривожного розладу. Панічний епізод може виникати як реакція на сильний стрес, психоемоційне перенавантаження або кризову ситуацію. Проте систематичне повторення нападів, формування унікальної поведінки та стійкої тривоги потребують професійної психологічної та, за необхідності, психіатричної допомоги.

У сучасних наукових дослідженнях виокремлюють кілька основних груп чинників, які можуть провокувати виникнення панічних атак.

До першої групи належать біологічні чинники, пов'язані з особливостями функціонування організму та нейрофізіологічними процесами. Серед них особливе значення мають гормональні зміни, порушення роботи ендокринної системи, генетична схильність до тривожних розладів, а також дисбаланс нейромедіаторів, які відповідають за регуляцію емоційного стану.

Друга група охоплює фізіологічні чинники, до яких належать алкогольна інтоксикація, вживання психоактивних або наркотичних речовин, надмірне споживання стимуляторів, а також побічні реакції на окремі лікарські препарати. Подібні фактори можуть впливати на діяльність нервової системи, провокуючи посилення тривоги та розвиток панічної симптоматики.

Третю групу становлять психогенні чинники, які у сучасній психології вважаються одними з найбільш поширених причин виникнення панічних атак. До них належать хронічний дистрес, психотравмуючі події, емоційне виснаження, тривале нервово перенапруження, внутрішньоособистісні конфлікти та стресові ситуації, з якими людина не здатна ефективно впоратися. Особливо небезпечним є тривале перебування у стані

психологічної напруги без можливості емоційного відновлення, оскільки це поступово виснажує адаптаційні ресурси організму та підвищує ризик розвитку тривожних розладів.

Наукові дослідження свідчать, що панічні атаки найчастіше виникають у молодому та середньому віці, переважно у період від 15 до 35 років. При цьому жінки стикаються з панічними розладами значно частіше, ніж чоловіки. Подібна тенденція може пояснюватися як біологічними особливостями організму, зокрема гормональними коливаннями, так і вищою емоційною чутливістю, схильністю до переживання тривоги та впливом соціально-психологічних чинників [цит. за 12].

Панічні атаки можуть спостерігатися і в похилому віці, однак у цій віковій групі вони зазвичай характеризуються меншою вираженістю соматичних і вегетативних проявів, при збереженні інтенсивної емоційної складової. Водночас під час збору анамнестичних даних у таких осіб нерідко виявляється наявність епізодів панічних атак і в молодшому віці, що може свідчити про їх тривалий або рецидивуючий характер.

Найчастіше панічні атаки виникають у денний час, проте можливі також нічні епізоди, коли людина раптово пробуджується зі сну з інтенсивним відчуттям страху та вираженими тілесними симптомами.

Панічні атаки можуть відображати якісні особливості перебігу різних психічних розладів, у структурі яких вони формуються. У зв'язку з цим їх доцільно розглядати як окрему внутрішньоособистісну проблему, з якою може стикатися індивід, а також як типовий симптом тривожних, тривожно-депресивних і панічних розладів.

На наш погляд, панічні атаки слід розглядати як складний багатофакторний феномен, виникнення якого обумовлюється взаємодією біологічних, психологічних та соціальних чинників. Водночас ключову роль у розвитку панічних станів відіграє не лише сам стресовий фактор, а й спосіб його психологічного переживання особистістю. Саме тому важливими напрямками профілактики панічних атак є формування навичок емоційної

саморегуляції, розвиток стресостійкості, підтримка психічного благополуччя та своєчасне звернення за психологічною допомогою.

1.2. Психологічні чинники розвитку панічних атак у сучасних умовах

В сучасних умовах, зокрема в контексті воєнних дій, психіка людей перебуває в стані тривалого психоемоційного напруження, що негативно впливає на загальний стан психічного здоров'я населення. Протягом останніх років спостерігається зростання кількості звернень до лікарів із соматичними скаргами, при цьому результати медичних обстежень не виявляють органічної патології, яка могла б пояснити наявні симптоми.

У таких випадках пацієнти зазвичай описують раптовий початок стану з проявами тремору, задишки, нудоти та інтенсивного страху. За наявності відповідних анамнестичних даних і результатів обстеження лікар може припустити, що зазначена симптоматика є проявом панічних атак, та скерувати пацієнта до лікаря-психіатра для подальшого медикаментозного лікування.

Водночас важливим компонентом допомоги є психотерапевтичний супровід, спрямований на виявлення психологічних механізмів формування такого стану, а також на профілактику його повторних епізодів у майбутньому.

Травма у сучасній психологічній науці розглядається як комплексне явище, що охоплює як фізичні, так і психічні ушкодження, які виникають унаслідок дії надзвичайних або життєво загрозливих подій. У науковій літературі підкреслюється, що травматичний досвід формується не лише під впливом безпосередньої небезпеки для життя, але й унаслідок переживання втрати, безпорадності, страху та руйнування базового відчуття безпеки особистості. Особливої актуальності проблема психотравматизації набуває в умовах воєнного часу, коли людина змушена функціонувати в ситуації хронічної небезпеки та постійного психоемоційного напруження [14].

У контексті воєнних конфліктів травматичний досвід може проявлятися у різних формах: втраті близьких людей, фізичних пораненнях, переживанні бойових дій, перебуванні під обстрілами, вимушеному переселенні, окупації чи спостереженні за наслідками насильства. Дослідники зазначають, що такі події порушують психологічну рівновагу особистості та здатні спричиняти довготривалі негативні наслідки для психічного здоров'я, особливо за умов відсутності належної соціальної підтримки та психологічної допомоги [35].

Традиційно травму поділяють на фізичну та психічну. Фізична травма пов'язана з безпосереднім тілесним ушкодженням організму внаслідок зовнішнього впливу. В умовах війни це можуть бути поранення, контузії, опіки, інвалідизація, травматичні ампутації та інші ушкодження, які не лише знижують рівень фізичного функціонування людини, але й супроводжуються значними психологічними переживаннями. Науковці наголошують, що тяжкі тілесні ушкодження нерідко стають чинником вторинної психотравматизації, оскільки змінюють звичний спосіб життя людини, її соціальні ролі та уявлення про власне майбутнє [16].

Психічна травма, своєю чергою, виникає внаслідок переживання надмірного емоційного стресу, що перевищує адаптаційні можливості особистості. Її джерелами можуть виступати страх смерті, насильство, втрата рідних, почуття безпорадності, тривале перебування у небезпечному середовищі або вимушене переселення. У контексті війни психотравмуючими чинниками часто стають бойові дії, терористичні акти, обстріли цивільної інфраструктури, перебування в окупації чи статус біженця. Такі події можуть викликати широкий спектр психоемоційних реакцій: підвищену тривожність, емоційну нестабільність, депресивні прояви, порушення сну, соматичні симптоми та розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [14].

На думку сучасних дослідників, воєнна травма має пролонгований характер і нерідко проявляється навіть після завершення безпосередньої дії травмуючого чинника. Це пояснюється тим, що психіка людини тривалий час перебуває у стані мобілізації та очікування небезпеки. Особливо вразливими

до психотравматизації є діти, підлітки, люди похилого віку, військовослужбовці та особи, які втратили дім чи членів сім'ї. Водночас слід враховувати, що реакція на травматичну подію є індивідуальною та залежить від особистісних ресурсів, попереднього життєвого досвіду, рівня соціальної підтримки та наявності ефективних копінг-стратегій.

На наш погляд, в умовах сучасної війни психотравма перестає бути виключно індивідуальною проблемою та набуває масштабів суспільного явища. Тривале перебування населення у стані небезпеки, інформаційного перевантаження та невизначеності формує високий рівень колективної тривожності й емоційного виснаження. Саме тому особливого значення набуває створення комплексної системи психологічної підтримки, що має включати кризове консультування, психотерапевтичний супровід, психоедукацію та програми соціально-психологічної реабілітації. Розуміння природи психічної травми та її наслідків є необхідною умовою для розроблення ефективних механізмів допомоги особам, які постраждали внаслідок воєнних дій.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у сучасній психологічній та психіатричній науці визначається як специфічна психічна реакція, що виникає у відповідь на переживання надзвичайно загрозливої або травматичної події. До основних проявів ПТСР належать нав'язливі та повторювані спогади про травматичний досвід, емоційна напруженість, підвищений рівень тривожності, порушення сну, емоційне оніміння, уникнення нагадувань про травму, а також симптоми дереалізації та деперсоналізації. Наукові дослідження свідчать, що тривале перебування людини в умовах небезпеки та невизначеності значно підвищує ризик формування посттравматичних розладів, особливо за відсутності належної психологічної підтримки [17].

Особливо тяжким різновидом психотравматизації в умовах війни є сексуальне насильство, яке нерідко використовується як засіб психологічного тиску та залякування населення на тимчасово окупованих територіях. Жертви

сексуального насильства зазнають не лише фізичних ушкоджень, але й глибоких психоемоційних травм, що можуть супроводжувати людину протягом багатьох років. Наслідками такого досвіду часто стають порушення міжособистісних стосунків, зниження самооцінки, формування почуття провини та сорому, розвиток депресивних станів, тривожних розладів і ПТСР. У науковій літературі наголошується, що сексуальне насильство під час воєнних конфліктів є одним із найбільш руйнівних чинників для психіки людини, оскільки посягає не лише на фізичну недоторканність, а й на базове відчуття безпеки, гідності та довіри до світу [28].

Воєнний час загалом характеризується високим рівнем соціальної, політичної та емоційної напруги. Постійна загроза життю, вимушене переселення, руйнування звичного способу життя, втрата близьких людей та невизначеність майбутнього створюють потужний психотравмуючий вплив на особистість. Такі переживання можуть залишати тривалий слід у психіці людини та негативно впливати на її емоційне благополуччя, соціальну адаптацію та якість життя навіть після завершення бойових дій. У багатьох випадках наслідки воєнної травматизації проявляються у формі хронічного стресу, емоційного виснаження, підвищеної агресивності або соціальної ізоляції.

Сучасні дослідження засвідчують, що наслідки війни мають не лише індивідуальний, але й колективний характер, оскільки травматичний досвід значної частини населення впливає на психологічний стан суспільства загалом. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває проблема комплексного вивчення війни як психотравмуючого феномену. Аналіз механізмів виникнення та перебігу психічної травми дозволяє розробляти ефективні стратегії психологічної допомоги, психотерапевтичної підтримки та соціально-психологічної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок воєнних дій.

З нашої точки зору, в сучасних умовах війни психологічна допомога має розглядатися не лише як етап післятравматичної реабілітації, а як

безперервний процес підтримки психічного здоров'я населення. Особливого значення набувають рання психодіагностика травматичних станів, формування навичок психологічної саморегуляції, розвиток стресостійкості та забезпечення доступності професійної психотерапевтичної допомоги. Саме системний підхід до подолання наслідків воєнної травматизації сприятиме відновленню психологічного благополуччя особистості та підвищенню рівня психічної стійкості суспільства загалом.

В умовах воєнного стану населення змушене адаптуватися до принципово нової реальності, яка характеризується постійним психоемоційним напруженням, високим рівнем невизначеності та хронічним стресом. Особливістю воєнного періоду є поєднання фізичних, соціальних і психологічних викликів, які становлять загрозу не лише для окремої особистості, але й для функціонування суспільства загалом. Тривале перебування у ситуації небезпеки виснажує адаптаційні ресурси людини та негативно впливає на її психічне здоров'я, емоційну стабільність і здатність до ефективного соціального функціонування [18].

Сучасна війна супроводжується широким спектром травмуючих чинників, серед яких особливе місце посідають ракетні удари, атаки безпілотними літальними апаратами, артилерійські обстріли, руйнування цивільної інфраструктури та постійна загроза життю. Подібні обставини формують у населення стан перманентного очікування небезпеки, що проявляється у підвищенні рівня тривожності, емоційної напруги, порушеннях сну, дратівливості та почутті безсилля. Дослідники зазначають, що навіть відсутність безпосереднього перебування у зоні бойових дій не виключає негативного психологічного впливу війни, оскільки інформаційний простір, сигнали повітряної тривоги та постійне спостереження за наслідками воєнних подій підтримують стан хронічного стресу [19].

Водночас тривале перебування у стресогенних умовах може призводити до виснаження психофізіологічних ресурсів особистості та формування дезадаптивних психоемоційних реакцій. У населення можуть спостерігатися

прояви підвищеної тривожності, депресивні стани, емоційне вигорання, панічні реакції та симптоми посттравматичного стресового розладу. Особливо вразливими до негативного впливу війни є діти, підлітки, особи похилого віку, внутрішньо переміщені особи та люди, які втратили близьких або дім.

Як уявляється, однією з ключових психологічних особливостей сучасного українського суспільства є поступове формування стану «хронічної тривожної адаптації», коли людина змушена функціонувати в умовах постійної небезпеки як у повсякденній нормі. Попри це, значна частина населення демонструє високий рівень психологічної стійкості, здатність до взаємопідтримки та мобілізації внутрішніх ресурсів. Саме тому важливим завданням сучасної психологічної науки є дослідження механізмів адаптації до воєнного стресу та розроблення ефективних програм психологічної підтримки, спрямованих на збереження психічного здоров'я населення в умовах тривалої війни.

Для кращого розуміння механізму виникнення тривоги та страху доцільно розглянути типовий приклад реакції людини на потенційну небезпеку. Так, уявімо ситуацію, коли людина йде лісом і раптово чує шелест в кущах. У цей момент організм миттєво переходить у стан мобілізації: активізується нервова система, пришвидшується серцебиття, підвищується м'язова напруга та концентрація уваги. Мозок автоматично інтерпретує незрозумілий звук як можливу загрозу для життя, внаслідок чого виникає емоція страху, яка виконує сигнальну та захисну функцію. Саме тому людина інстинктивно намагається уникнути потенційної небезпеки – відступає, відскакує або швидко змінює напрям руху.

З позиції психології та нейрофізіології така реакція є проявом базового механізму самозбереження, що сформувався еволюційно та забезпечує швидке реагування організму на можливу загрозу. Первинна оцінка ситуації відбувається автоматично та значно швидше, ніж її раціональне осмислення. Лише після того, як людина опиняється у відносній безпеці, кора головного мозку починає більш детально аналізувати ситуацію та встановлює реальне

джерело шуму. Наприклад, з'ясовується, що причиною шелесту була не отруйна змія, а звичайна жаба. Після усвідомлення відсутності реальної загрози організм поступово «деактивує» тривожну реакцію: знижується рівень напруження, нормалізуються фізіологічні показники, а людина повертається до звичного емоційного стану та продовжує прогулянку.

У науковій літературі подібний механізм розглядається як адаптивна реакція організму на стресовий стимул. Р. Лазарус зазначав, що емоційна реакція людини значною мірою залежить від суб'єктивної оцінки ситуації як безпечної чи небезпечної [19]. Водночас нейропсихологічні дослідження свідчать, що ключову роль у швидкому розпізнаванні потенційної небезпеки відіграє мигдалеподібне тіло (амигдала), яке активує реакцію «бий або тікай» ще до повного усвідомлення ситуації людиною [29].

На нашу думку, наведений приклад особливо важливий для розуміння психологічного стану людей в умовах війни. Якщо в мирному житті тривожна реакція швидко згасає після усвідомлення відсутності небезпеки, то під час воєнних дій сигнал небезпеки часто підтверджується реальною загрозою – вибухами, обстрілами чи повітряними тривогами. Унаслідок цього нервова система тривалий час перебуває у стані підвищеної готовності, що поступово виснажує психічні ресурси людини та може призводити до розвитку хронічної тривожності, емоційного виснаження і посттравматичних реакцій.

1.3. Теоретичний аналіз сучасних моделей психологічної допомоги при панічних атаках

Сучасний етап розвитку клінічної психології та психотерапії характеризується суттєвим зростанням інтересу до проблеми панічних атак, що зумовлено як їх високою поширеністю, так і значним впливом на якість життя особистості. У вітчизняній науковій традиції (О. Чабан, Л. Хаустова, М. Маркова, О. Кокун, О. Фільц) панічні атаки розглядаються як полімодальний феномен, у структурі якого взаємодіють біологічні, когнітивні та соціально-

психологічні чинники, що особливо актуалізується в умовах хронічного стресу та воєнної травматизації.

Далі, в контексті нашого дослідження, зупинимось на характеристиці найбільш поширених та доцільних моделях психологічної допомоги при панічних атаках.

Біопсихосоціальна модель як теоретична основа розуміння панічних атак.

Біопсихосоціальна модель є однією з найбільш комплексних і сучасних концепцій пояснення природи психічних розладів, зокрема панічних атак і панічного розладу. Вона була запропонована американським психіатром Дж. Енгель у 1977 році як альтернатива суто біомедичному підходу. Основна ідея моделі полягає в тому, що виникнення та перебіг психічних порушень визначаються взаємодією трьох груп чинників: біологічних, психологічних і соціальних.

У контексті панічних атак біопсихосоціальна модель дозволяє розглядати цей феномен не як ізольований симптом, а як результат складної взаємодії фізіологічних процесів, індивідуально-психологічних особливостей та соціального середовища.

Біологічний аспект пов'язаний із функціонуванням нервової системи, генетичною схильністю та нейрофізіологічними механізмами тривоги. Дослідження свідчать, що люди з панічними атаками можуть мати підвищену чутливість автономної нервової системи, дисбаланс нейромедіаторів (серотоніну, норадреналіну, γ -аміномасляної кислоти), а також схильність до надмірної активації реакції «бий або тікай».

Особливу роль відіграє мигдалеподібне тіло (амигдала), яке відповідає за швидке розпізнавання небезпеки та запуск тривожної реакції. У людей із панічними атаками навіть незначні фізіологічні зміни – прискорене серцебиття, запаморочення чи нестача повітря – можуть сприйматися мозком як сигнал смертельної небезпеки.

Психологічний аспект пояснює панічні атаки через особливості мислення, емоційного реагування та попереднього життєвого досвіду особистості. Значний внесок у розуміння панічних атак зробив Д. Кларк, який розробив когнітивну модель паніки. Згідно з цією концепцією, панічна атака виникає внаслідок катастрофічної інтерпретації тілесних симптомів.

Наприклад, людина відчуває пришвидшене серцебиття й автоматично думає: «У мене серцевий напад» або «Я зараз помру». Така інтерпретація підсилює страх, що, своєю чергою, ще більше активізує фізіологічні симптоми тривоги. У результаті формується так зване «панічне коло».

Хоча панічні атаки не є математичною функцією, у психології цей механізм часто описують як циклічний процес: *фізичний симптом* → *катастрофічна думка* → *страх* → *посилення симптомів* → *ще більший страх*.



Рис. 1.1. Панічне коло Кларка

В умовах війни ризик розвитку тривожних розладів значно зростає через постійне перебування у стані загрози. Повітряні тривоги, вибухи, невизначеність майбутнього та хронічне психоемоційне напруження сприяють підвищенню загального рівня тривоги населення. У таких умовах навіть фізіологічно нормальні реакції організму можуть сприйматися як небезпечні.

Як уявляється головна перевага біопсихосоціальної моделі полягає в її цілісності, адже вона дозволяє: комплексно аналізувати причини панічних атак; враховувати індивідуальні особливості людини; поєднувати медикаментозне лікування з психотерапією; враховувати роль соціального середовища; розробляти ефективні програми психологічної допомоги.

Когнітивно-поведінкова терапія як модель першої лінії допомоги.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) у сучасній клінічній психології та психотерапії вважається одним із найбільш ефективних і науково обґрунтованих методів допомоги при панічних атаках та панічному розладі. Саме тому міжнародні клінічні рекомендації визначають КПТ як модель першої лінії психологічної допомоги при тривожних розладах. Метод ґрунтується на положенні про взаємозв'язок між думками, емоціями, фізіологічними реакціями та поведінкою людини.

В межах когнітивно-поведінкового підходу панічна атака розглядається як результат катастрофічної інтерпретації тілесних симптомів. Наприклад, прискорене серцебиття, запаморочення або нестача повітря можуть сприйматися людиною як ознаки серцевого нападу, втрати контролю чи навіть смерті. Подібні думки викликають інтенсивний страх, який ще більше посилює фізіологічні симптоми тривоги. Таким чином формується «панічне коло», що підтримує та посилює напад паніки [цит. за 14].

Основною метою КПТ є розрив цього патологічного циклу шляхом зміни дисфункціональних переконань і формування більш адаптивних моделей мислення та поведінки. У процесі терапії клієнт навчається розпізнавати автоматичні негативні думки, аналізувати їхню реалістичність і

замінювати більш раціональними інтерпретаціями. Наприклад, замість думки «Я помираю» людина поступово вчиться сприймати прискорене серцебиття як природну фізіологічну реакцію організму на стрес.

Одним із ключових компонентів КПТ при панічних атаках є психоедукація – інформування клієнта про природу тривоги, механізми виникнення паніки та фізіологічні реакції організму. Розуміння того, що панічна атака не є смертельно небезпечною, сприяє зниженню страху перед самими симптомами тривоги.

Важливе місце в когнітивно-поведінковій терапії займають поведінкові техніки, зокрема: дихальні вправи; техніки м'язової релаксації; розвиток навичок емоційної саморегуляції; експозиційна терапія; інтероцептивна експозиція.

Особливо ефективною при панічних атаках вважається інтероцептивна експозиція – метод, під час якого людина у безпечних умовах навмисно відтворює фізичні симптоми тривоги (наприклад, пришвидшене дихання чи запаморочення), щоб поступово знизити страх перед ними. Такий підхід допомагає мозку переконатися у відсутності реальної загрози та зменшує унікальну поведінку.

КПТ також спрямована на роботу з поведінковими стратегіями уникнення, які часто підтримують панічний розлад. Люди можуть починати уникати громадського транспорту, людних місць або ситуацій, де раніше виникала паніка. Хоча уникнення тимчасово знижує тривогу, у довгостроковій перспективі воно лише посилює страх і звужує життєвий простір особистості. Тому терапія допомагає поступово відновлювати відчуття контролю та безпеки у повсякденному житті.

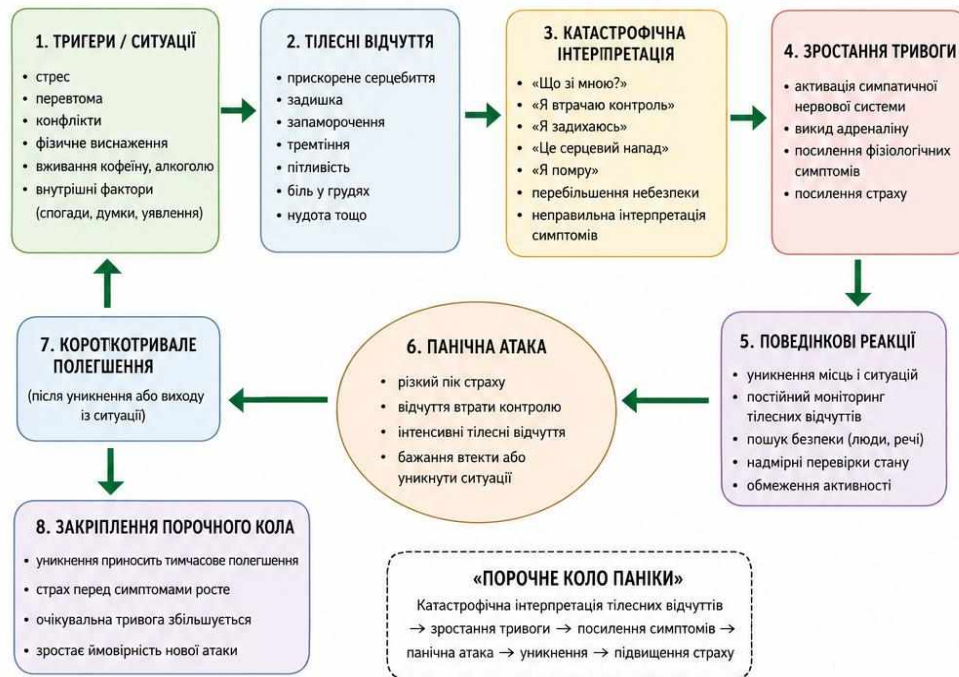
На нашу думку, ефективність когнітивно-поведінкової терапії при панічних атаках значною мірою пояснюється її практичною спрямованістю та активною позицією клієнта у процесі терапії. КПТ не лише допомагає зменшити симптоми тривоги, але й формує у людини навички психологічної самодопомоги, стресостійкості та усвідомленого контролю над власними

емоційними реакціями. Особливо актуальним цей підхід є в умовах сучасної соціальної нестабільності та воєнного стресу, коли рівень тривожних розладів у населення суттєво зростає.

Водночас сучасні дослідження підтверджують, що найбільш ефективним є комплексний підхід, в межах якого КПТ може поєднуватися з медикаментозною підтримкою, психоедукацією, техніками майндфулнес та соціально-психологічною підтримкою.

СХЕМА КПТ-МОДЕЛІ ПАНІЧНИХ АТАК

(когнітивна модель Д. Кларка)



ЯК КПТ РОЗРИВАЄ ПОРОЧНЕ КОЛО



УМОВНІ ПОЗНАЧЕННЯ

→ – напрямок розвитку панічної атаки

--- – порочне коло

→ – напрямок терапевтичного впливу (КПТ)

■ – фізіологічний компонент

■ – когнітивний компонент

■ – емоційний компонент

■ – поведінковий компонент

■ – фактори та ресурси

Рис. 1.2. Схема КПТ-моделі панічних атак

Психодинамічна модель у контексті панічних атак.

Психодинамічна модель панічних атак ґрунтується на ідеї про те, що тривога та панічні стани виникають унаслідок внутрішніх несвідомих конфліктів, пригнічених емоцій і невирішених психотравматичних переживань. На відміну від когнітивно-поведінкового підходу, який акцентує увагу переважно на актуальних думках і поведінкових реакціях, психодинамічна терапія зосереджується на глибинних психологічних механізмах, сформованих у ранньому досвіді особистості.

Теоретичним підґрунтям психодинамічного підходу стали праці З. Фрейда, який розглядав тривогу як сигнал внутрішнього конфлікту між несвідомими потягами, моральними заборонами та вимогами реальності. Згідно з психоаналітичною концепцією, панічні атаки можуть бути проявом витіснених переживань, які людина не здатна усвідомлено опрацювати. У такому випадку психічне напруження трансформується у соматичні та емоційні симптоми – серцебиття, задуху, запаморочення, страх смерті чи втрати контролю [цит. за 12].

В межах психодинамічної моделі особливе значення надається раннім дитячим переживанням, стилю прив'язаності та досвіду емоційної взаємодії з батьками. Дослідники вважають, що дефіцит безпеки, емоційне відторгнення, надмірна критика або травматичний досвід у дитинстві можуть формувати підвищену вразливість до тривожних розладів у дорослому віці. Людина може не усвідомлювати справжніх причин своєї тривоги, однак несвідомі конфлікти продовжують проявлятися через панічні симптоми.

Психодинамічний підхід також розглядає панічну атаку як своєрідний «емоційний прорив», коли пригнічені почуття – страх, гнів, провина, сором або внутрішня залежність – більше не можуть утримуватися психікою та проявляються у формі інтенсивної тривоги. У багатьох випадках панічні атаки виникають у періоди життєвих криз, втрати значущих стосунків, змін соціальної ролі чи накопиченого емоційного перевантаження.

Одним із важливих напрямів сучасної психодинамічної терапії є Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy (PFPP). Цей підхід поєднує класичні психодинамічні принципи з фокусом на симптомах паніки та спрямований на: усвідомлення прихованих емоційних конфліктів; дослідження несвідомих страхів; аналіз міжособистісних стосунків; розуміння психологічного значення панічних симптомів; підвищення здатності до емоційної регуляції.

У психодинамічній терапії важливу роль відіграє терапевтичний альянс – безпечні та довірливі стосунки між клієнтом і психотерапевтом. Через аналіз переживань, асоціацій, повторюваних життєвих сценаріїв і міжособистісних патернів людина поступово починає краще усвідомлювати власні емоції та причини виникнення тривоги.

На відміну від КПТ, психодинамічна модель не зосереджується виключно на усуненні симптомів. Її метою є глибше розуміння внутрішнього світу особистості, трансформація способів емоційного реагування та опрацювання психологічних конфліктів, які лежать в основі панічних атак. Саме тому психодинамічна терапія часто має більш тривалий характер, однак може сприяти не лише зменшенню тривоги, але й глибоким особистісним змінам.



Рис.1.3. Психодинамічна модель панічних атак

На наш погляд, цінність даної моделі полягає у тому, що вона дозволяє розглядати панічну атаку не лише як фізіологічний або когнітивний симптом, а як своєрідний сигнал про внутрішній психологічний дисбаланс. У багатьох випадках панічні атаки можуть бути пов'язані з тривалим пригніченням емоцій, внутрішнім конфліктом між потребами та соціальними очікуваннями або невирішеними психотравмуючими переживаннями. Особливо актуальним це є в умовах війни, коли люди нерідко змушені стримувати страх, гнів і переживання задля психологічного виживання.

Гуманістично-екзистенційна модель психологічної допомоги.

Гуманістично-екзистенційна модель психологічної допомоги при панічних атаках ґрунтується на уявленні про людину як цілісну, унікальну особистість, яка прагне самореалізації, внутрішньої гармонії та пошуку сенсу власного існування. На відміну від суто медичних або симптомоорієнтованих підходів, гуманістично-екзистенційна терапія розглядає панічні атаки не лише як прояв тривожного розладу, а як сигнал глибокої внутрішньої кризи, пов'язаної з переживанням страху, самотності, втрати сенсу, внутрішнього конфлікту чи екзистенційної невизначеності.

Теоретичними основами цього підходу стали праці К. Роджерса, В. Франкла, які вважали, що психічні труднощі часто виникають тоді, коли людина втрачає контакт із власними почуттями, потребами та справжнім «Я».

У контексті панічних атак гуманістично-екзистенційний підхід наголошує на тому, що паніка може бути реакцією на: внутрішню втрату сенсу життя; тривале емоційне пригнічення; невідповідність між справжніми потребами та соціальними очікуваннями; страх смерті, самотності або невизначеності; втрату відчуття контролю над власним життям; екзистенційну кризу, спричинену травматичними подіями.

Особливого значення у цьому підході набуває поняття екзистенційної тривоги. На відміну від патологічної тривоги, екзистенційна тривога розглядається як природна реакція людини на усвідомлення крихкості життя, відповідальності за власний вибір, невизначеності майбутнього та

неминучості смерті. У деяких випадках панічна атака може бути наслідком того, що людина тривалий час уникає осмислення цих переживань або намагається пригнічувати власні емоції.

Особливо актуальним гуманістично-екзистенційний підхід є в умовах війни, коли люди стикаються з постійною загрозою життю, втратою близьких, руйнуванням життєвих планів та невизначеністю майбутнього. У таких умовах панічні атаки нерідко пов'язані не лише з фізіологічною тривогою, а й із глибокими переживаннями страху смерті, втрати безпеки та сенсу життя.

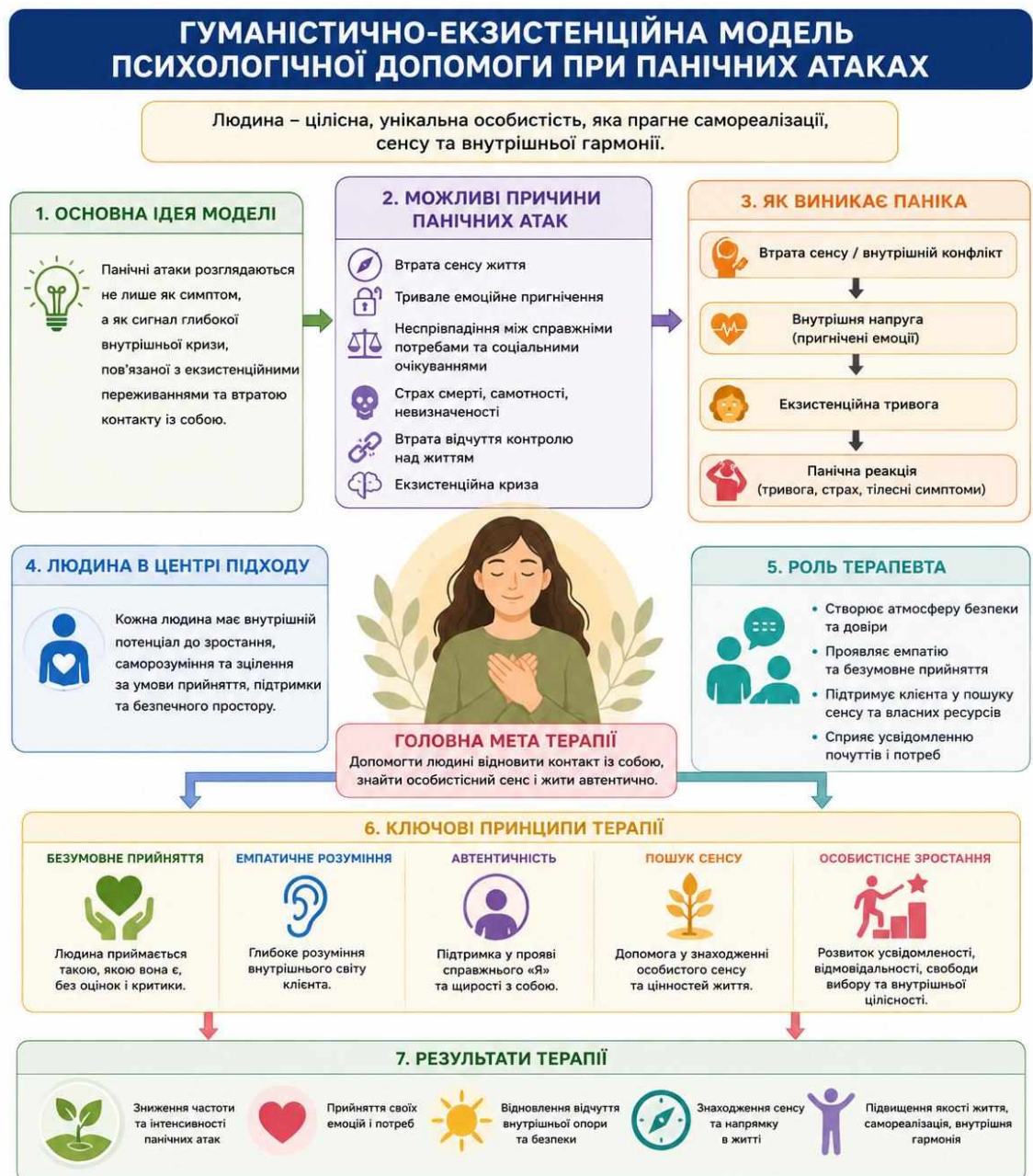


Рис.1.4. Гуманістично-екзистенційна модель психологічної допомоги при панічних атаках

На нашу думку, гуманістично-екзистенційна модель є особливо цінною тим, що вона розглядає людину не як «носія симптомів», а як особистість із власним внутрішнім світом, потребами та життєвими смислами. У роботі з панічними атаками цей підхід допомагає не лише зменшити рівень тривоги, але й сприяє глибшому саморозумінню, емоційному прийняттю та особистісному зростанню. Саме тому гуманістично-екзистенційна терапія часто використовується як важливе доповнення до когнітивно-поведінкових та психодинамічних методів психологічної допомоги.

Травма-орієнтовані моделі допомоги

Травма-орієнтовані моделі психологічної допомоги є одним із найбільш актуальних напрямів сучасної психотерапії у роботі з панічними атаками, особливо коли їх виникнення пов'язане з пережитими психотравмуючими подіями. В межах цього підходу панічні атаки розглядаються не лише як симптом тривожного розладу, а як наслідок невідреагованого травматичного досвіду, який продовжує впливати на психіку, емоційний стан і фізіологічні реакції людини навіть після завершення травматичної події.

Травма-орієнтований підхід ґрунтується на положенні про те, що психічна травма порушує базове відчуття безпеки, контролю та передбачуваності світу. Унаслідок цього нервова система людини може тривалий час залишатися у стані підвищеної готовності до небезпеки. Саме тому навіть незначні тригери – звуки, тілесні відчуття, спогади чи ситуації, асоційовані з травмою – можуть запускати сильні тривожні реакції або панічні атаки.

Особливо актуальними травма-орієнтовані моделі стали в умовах воєнних дій, коли значна частина населення переживає хронічний стрес, втрату близьких, вимушене переселення, обстріли чи безпосередню загрозу життю. У таких умовах панічні атаки нерідко є проявом посттравматичного реагування психіки.

Травма-орієнтована модель допомоги базується на кількох ключових принципах, а саме: визнання впливу травматичного досвіду на психіку

людини; розуміння симптомів паніки як адаптивної реакції нервової системи; створення безпечного терапевтичного простору; поступове опрацювання травматичних переживань; відновлення відчуття контролю та внутрішньої безпеки; стабілізація емоційного стану та нервової системи.

В межах цього підходу панічна атака часто розглядається як результат «перевантаження» нервової системи, яка постійно перебуває у стані надмірної пильності.

Сучасні нейропсихологічні дослідження свідчать, що після психотравми мозок може продовжувати функціонувати так, ніби небезпека досі існує. Особливу роль у цьому процесі відіграють мигдалеподібне тіло (амигдала), яке відповідає за реакцію страху, гіпокамп, пов'язаний із пам'яттю та контекстом подій та префронтальна кора, яка забезпечує раціональний контроль емоцій.

Після травматичних подій амигдала може ставати надмірно чутливою, а здатність мозку адекватно оцінювати безпечність ситуації – знижуватися. Унаслідок цього організм запускає реакцію «бий або тікай» навіть за відсутності реальної загрози.

Серед методів травма-орієнтованої допомоги виділяють:

1. Травма-фокусована когнітивно-поведінкова (TF-CBT)

Травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія поєднує принципи КПТ із роботою над травматичним досвідом. Метод спрямований на зниження страху перед травматичними спогадами, зміну катастрофічних переконань, розвиток навичок емоційної саморегуляції, поступове опрацювання травматичних переживань.

2. EMDR-терапія (Десенсибілізація та переробка травматичних спогадів за допомогою рухів очей).

Вказаний метод ґрунтується на двосторонній стимуляції мозку (рухи очей, тактильні або звукові стимули), що допомагає переробляти травматичні спогади та знижувати їх емоційну інтенсивність. EMDR широко застосовується при ПТСР, панічних атаках і наслідках воєнної травми.

3. Соматично-орієнтована терапія

Травматичний досвід часто «зберігається» не лише у пам'яті, але й у тілі. Саме тому важливе місце займають тілесно-орієнтовані підходи, спрямовані на: відновлення контакту з тілом; зниження фізіологічного напруження; регуляцію дихання; стабілізацію нервової системи; зменшення соматичних проявів тривоги.

Одним із центральних принципів травма-орієнтованої допомоги є створення відчуття психологічної безпеки. Людина, яка пережила травму, часто втрачає довіру до світу та власного тіла. Саме тому терапія не повинна бути надто інтенсивною або примусовою, оскільки це може спричинити повторну травматизацію.

Терапевтичний процес має відбуватися поступово, із врахуванням ресурсів клієнта, його емоційної готовності та здатності до саморегуляції.

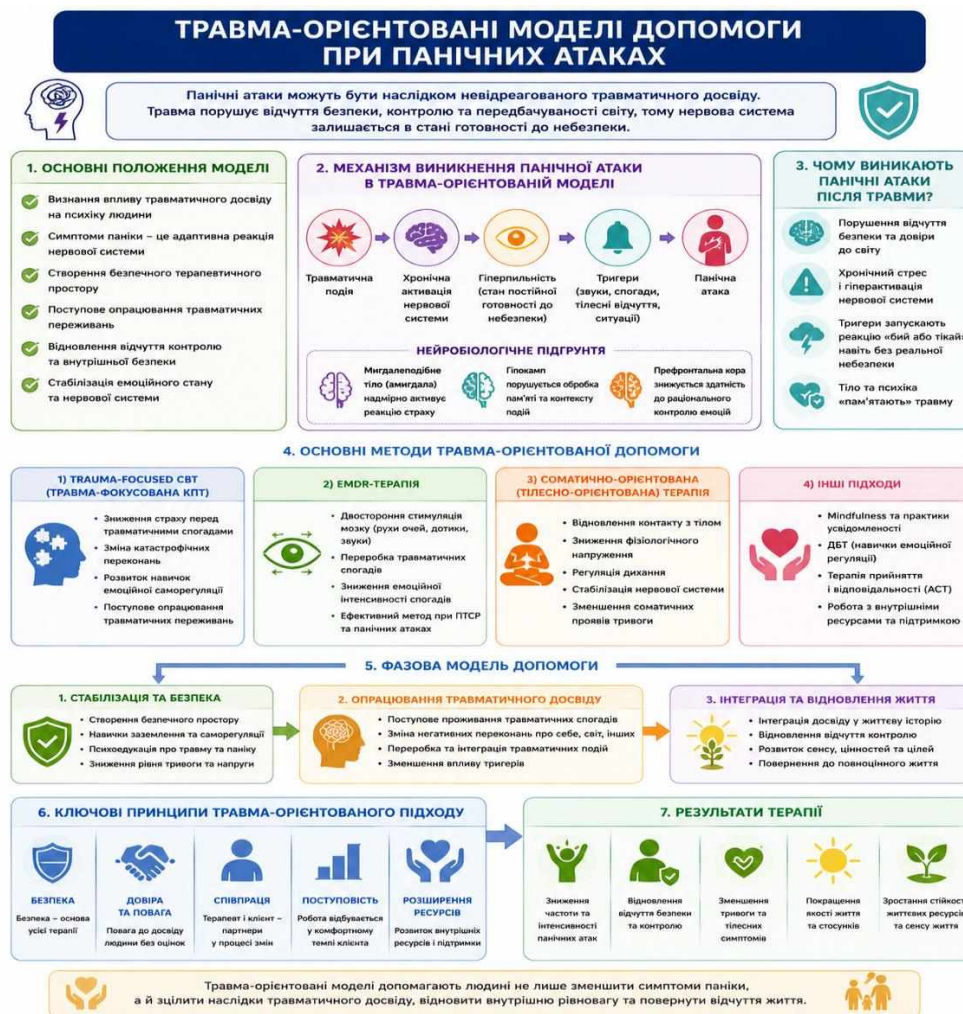


Рис.1.5. Травма-орієнтовані моделі допомоги при панічних атаках

З нашої точки зору, цінність травма-орієнтованих моделей полягає в тому, що вони дозволяють побачити за симптомами панічної атаки глибший досвід психологічного страждання. У багатьох випадках паніка є не «слабкістю» людини, а природною реакцією нервової системи на пережиту небезпеку. Особливо важливим це розуміння є в умовах війни, коли значна кількість людей функціонує у стані тривалого стресу та психоемоційного виснаження.

Інтегративні та сучасні цифрові моделі допомоги.

Інтегративні та сучасні цифрові моделі психологічної допомоги при панічних атаках є одним із провідних напрямів розвитку сучасної психотерапії та психічного здоров'я. Їх поява зумовлена необхідністю більш комплексного, гнучкого та доступного підходу до подолання тривожних розладів, особливо в умовах високого рівня стресу, соціальної нестабільності та воєнних подій. На відміну від класичних психотерапевтичних підходів, інтегративні моделі не обмежуються однією теоретичною школою, а поєднують різні методи психологічної допомоги залежно від потреб клієнта та специфіки його стану.

Інтегративна модель базується на принципі цілісного розуміння особистості та врахування біологічних, психологічних, поведінкових, емоційних і соціальних чинників розвитку панічних атак. В межах цього підходу психотерапевт може поєднувати: когнітивно-поведінкову терапію; психодинамічні методи; гуманістично-екзистенційний підхід; травма-орієнтовану терапію; тілесно-орієнтовані практики; майндфулнес-техніки; методи емоційної саморегуляції [цит. за 22].

Як уявляється, основною перевагою інтегративного підходу є його гнучкість та індивідуалізація психологічної допомоги.

У XXI столітті стрімкий розвиток цифрових технологій суттєво трансформував сферу психічного здоров'я. Сучасні цифрові моделі допомоги передбачають використання онлайн-платформ, мобільних застосунків, телепсихотерапії, віртуальної реальності та штучного інтелекту для підтримки людей із панічними атаками та тривожними розладами.

Особливої актуальності цифрові форми допомоги набули під час пандемії COVID-19 та в умовах війни, коли значна частина населення має обмежений доступ до очної психотерапії.

Основні цифрові підходи допомоги:

1. *Онлайн-психотерапія.* Одним із найпоширеніших форматів стала дистанційна психотерапія через відеозв'язок. Дослідження свідчать, що онлайн-КПТ може бути ефективною при панічних атаках і тривожних розладах не меншою мірою, ніж традиційна очна терапія. Перевагами онлайн-допомоги є: доступність; анонімність; можливість отримувати підтримку незалежно від місця перебування; зниження бар'єру звернення по допомогу. Особливо важливим це є для внутрішньо переміщених осіб, військових та людей, які проживають у зоні підвищеної небезпеки.

2. *Мобільні застосунки для самодопомоги.* Сучасні цифрові сервіси пропонують: дихальні вправи; техніки релаксації; медитації; щоденники емоцій; моніторинг тривоги; психоедукаційні матеріали тощо.

3. *VR-терапія (віртуальна реальність).* Одним із найбільш інноваційних напрямів є використання технологій віртуальної реальності у лікуванні тривожних розладів. VR-терапія дозволяє безпечно моделювати ситуації, які викликають тривогу, та поступово знижувати рівень страху через контрольовану експозицію. Наприклад, людина з панічними атаками може поступово тренувати перебування у громадському транспорті; людних місцях; замкнених просторах; ситуаціях соціальної взаємодії.

4. *Штучний інтелект та чат-боти підтримки.* Сучасні цифрові системи також включають AI-асистентів і чат-ботів психологічної підтримки, які можуть проводити базову психоедукацію; навчати технік самодопомоги; допомагати відстежувати рівень тривоги; забезпечувати кризову підтримку.

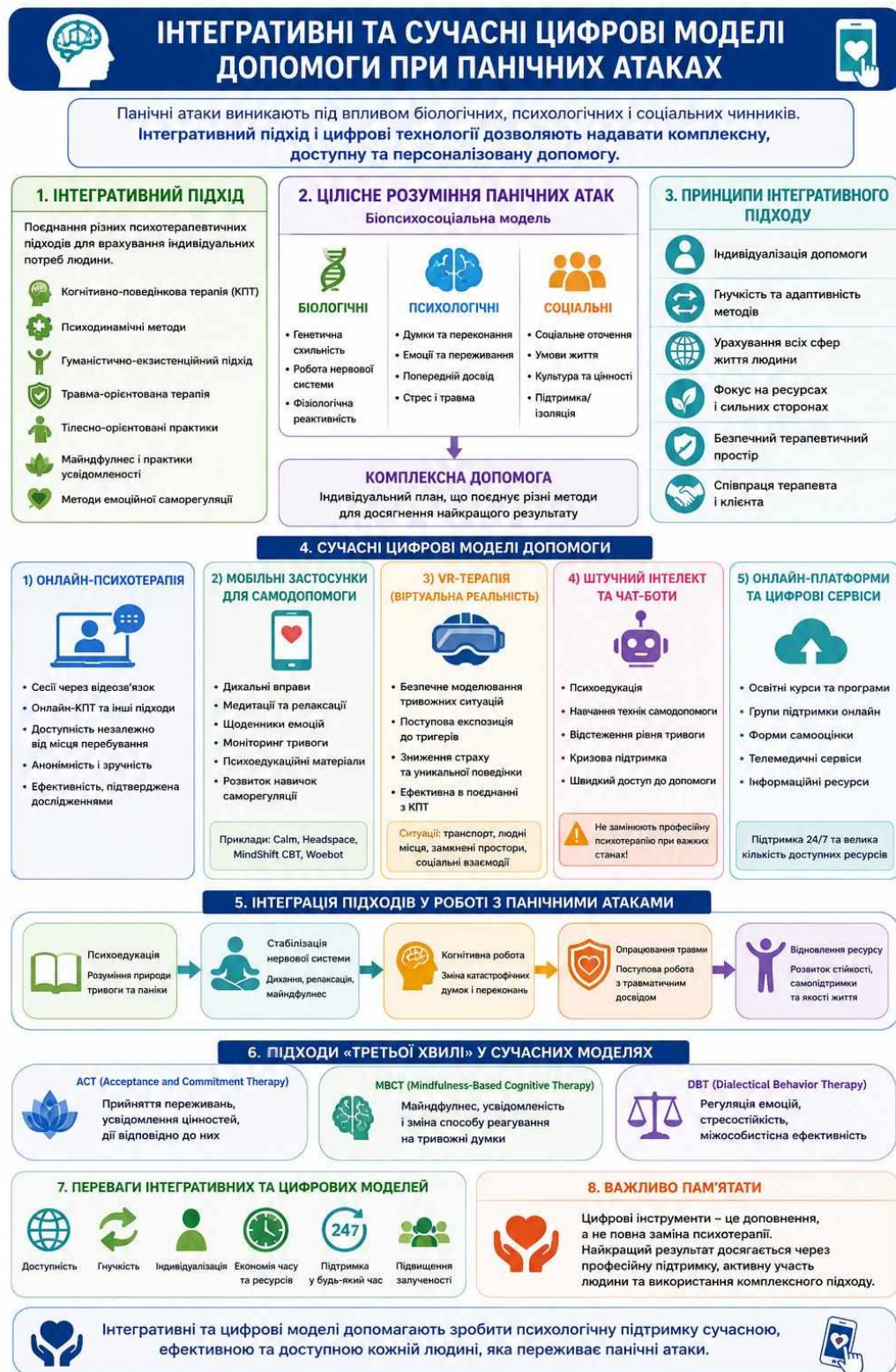


Рис.1.6. Інтегративні та сучасні цифрові моделі допомоги при панічних атаках

Підбиваючи підсумок викладеному зауважимо, що інтегративні та цифрові моделі допомоги є важливим етапом розвитку сучасної психологічної

практики, оскільки вони дозволяють зробити психологічну підтримку більш доступною, індивідуалізованою та адаптованою до реалій сучасного світу. Особливо актуальним це є в умовах війни, коли значна кількість людей переживає хронічний стрес, але не завжди має можливість отримати очну психотерапевтичну допомогу. Водночас ефективність цифрових методів значною мірою залежить від рівня професійного супроводу та готовності людини активно залучатися до процесу психологічного відновлення.

Висновок до першого розділу

У результаті теоретичного аналізу наукової літератури було встановлено, що панічні атаки є складним психофізіологічним феноменом, який характеризується раптовими нападами інтенсивного страху або вираженого внутрішнього дискомфорту, що супроводжуються когнітивними, емоційними, поведінковими та соматичними проявами. Панічні атаки можуть виникати як у структурі панічного розладу, так і в межах інших тривожних, посттравматичних чи психосоматичних станів. Аналіз наукових підходів дозволив визначити, що ключовими ознаками панічних атак є раптовість виникнення, відчуття втрати контролю, страх смерті або небезпеки, а також виражені фізіологічні реакції організму, зумовлені активацією симпатичної нервової системи.

Панічні атаки мають багатокomпонентну природу та не можуть розглядатися виключно як медичний або біологічний феномен. Їх виникнення обумовлюється взаємодією нейрофізіологічних механізмів, особливостей когнітивної інтерпретації тілесних симптомів, емоційної сфери особистості та попереднього психотравматичного досвіду. Тривога і страх виконують адаптивну функцію, однак за умов хронічного стресу або психологічної дезадаптації можуть набувати патологічного характеру та трансформуватися у панічні реакції.

Зростання рівня тривожних розладів значною мірою пов'язане із соціальною нестабільністю, інформаційним перевантаженням, хронічним стресом, наслідками пандемії, економічною невизначеністю та воєнними подіями. Особливо значущим чинником сучасної психотравматизації є війна, яка супроводжується постійною загрозою життю, втратою відчуття безпеки, переживанням втрати, вимушеним переселенням та тривалим психоемоційним напруженням. Доведено, що в умовах війни нервова система людини тривалий час перебуває у стані гіперпильності, що підвищує ризик розвитку панічних атак, генералізованої тривоги та посттравматичних реакцій.

Значну роль у розвитку панічних атак відіграють індивідуально-психологічні особливості особистості, серед яких високий рівень тривожності, емоційна лабільність, перфекціонізм, схильність до катастрофізації, низька толерантність до невизначеності, пригнічення емоцій та дефіцит навичок емоційної саморегуляції. Водночас травматичний досвід, порушення базового відчуття безпеки та накопичене психоемоційне виснаження можуть виступати пусковими механізмами виникнення панічних станів.

Когнітивно-поведінкова терапія є однією з найбільш ефективних моделей першої лінії допомоги при панічних атаках. Її ефективність обумовлена спрямованістю на зміну дисфункціональних переконань, подолання унікальної поведінки, розвиток навичок емоційної саморегуляції та поступове зниження страху перед фізіологічними проявами тривоги. Водночас психодинамічний підхід дозволяє глибше дослідити внутрішні конфлікти, пригнічені емоції та несвідомі переживання, які можуть лежати в основі тривожних реакцій.

Важливе значення у сучасній психологічній практиці має гуманістично-екзистенційна модель, яка розглядає панічні атаки через призму втрати сенсу, екзистенційної тривоги та порушення контакту особистості із власними потребами й емоціями. Даний підхід сприяє не лише зниженню симптоматики, але й розвитку самоприйняття, психологічної автентичності та внутрішньої стійкості особистості.

Особливої актуальності в умовах війни набувають травма-орієнтовані моделі психологічної допомоги, які розглядають панічні атаки як наслідок хронічної активації нервової системи після пережитих психотравмуючих подій. Травма-орієнтований підхід акцентує увагу на відновленні відчуття безпеки, стабілізації емоційного стану, опрацюванні травматичного досвіду та зниженні гіперпильності нервової системи.

Сучасні інтегративні та цифрові моделі допомоги суттєво розширюють можливості психологічної підтримки осіб із панічними атаками. Поєднання різних психотерапевтичних підходів, використання онлайн-психотерапії, мобільних застосунків, VR-технологій та цифрових платформ сприяє підвищенню доступності психологічної допомоги та адаптації психотерапевтичного процесу до потреб сучасного суспільства.

З нашої точки зору, найбільш ефективною у роботі з панічними атаками є саме інтегративна модель психологічної допомоги, яка поєднує когнітивно-поведінкові, травма-орієнтовані, гуманістичні та психодинамічні підходи з урахуванням індивідуального досвіду людини. Особливо важливим це є в умовах воєнного часу, коли панічні реакції нерідко пов'язані не лише з особистісними чинниками, а й із колективною травматизацією, хронічним стресом та постійним відчуттям небезпеки. Саме тому сучасна система психологічної допомоги має бути комплексною, гнучкою та орієнтованою не лише на зменшення симптомів тривоги, але й на відновлення психологічного благополуччя, відчуття безпеки та життєвої стійкості особистості.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПАНІЧНИХ АТАКАХ

2.1. Обґрунтування психодіагностичного інструментарію дослідження

Для досягнення мети кваліфікаційного дослідження та реалізації поставлених завдань було використано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на всебічне вивчення рівня тривожності, емоційного стану, особливостей панічних проявів та способів подолання стресових ситуацій. Добір психодіагностичного інструментарію здійснювався з урахуванням предмета дослідження, вікових особливостей респондентів, валідності та надійності методик, а також їхньої поширеності у сучасній психологічній практиці.

Комплексне використання обраних методик дозволило дослідити як емоційно-особистісні характеристики досліджуваних, так і специфіку прояву панічних станів та механізмів психологічної адаптації.

Для визначення рівня тривожності респондентів було використано методику *«Шкала реактивної та особистісної тривожності»* Ч. Спілбергера в адаптації Ю. Ханіна.

Дана методика є однією з найбільш поширених та валідних у психологічній діагностиці тривожних станів. Вона дозволяє диференційовано оцінити два види тривожності:

- реактивну (ситуативну) тривожність як тимчасовий емоційний стан, що виникає під впливом стресових факторів;
- особистісну тривожність як стійку індивідуально-психологічну характеристику особистості.

Методика складається з 40 тверджень, розподілених на дві шкали по 20 пунктів у кожній. Перша шкала спрямована на визначення актуального емоційного стану досліджуваного, друга – на оцінку схильності особистості до тривожного реагування.

Використання цієї методики у межах дослідження є доцільним, оскільки панічні атаки безпосередньо пов'язані з підвищеним рівнем тривожності та емоційної напруги. Отримані результати дозволяють оцінити як ситуативні прояви тривоги, так і глибинні особистісні передумови розвитку панічних станів.

З метою визначення інтенсивності панічних проявів було використано *Шкалу вираженості панічного розладу (PDSS)*.

Методика призначена для оцінки ступеня вираженості симптоматики панічного розладу та дозволяє визначити: частоту панічних атак; рівень дистресу під час нападів; ступінь тривожного очікування нападів; унікальну поведінку; вплив панічних симптомів на соціальне та професійне функціонування особистості.

Шкала містить 7 основних критеріїв оцінювання, кожен із яких оцінюється за п'ятибальною системою. Отримані результати дозволяють визначити рівень тяжкості панічних проявів – від мінімального до вираженого.

Доцільність застосування даної методики зумовлена її високою чутливістю до проявів панічних станів та можливістю комплексного аналізу симптоматики. Методика є ефективною як для первинної діагностики, так і для оцінки результативності психологічної допомоги.

Для оцінки супутніх емоційних порушень у досліджуваних було використано *Госпітальну шкалу тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS)*.

Означена методика спрямована на виявлення: тривожних проявів; депресивних тенденцій; емоційного дискомфорту.

Опитувальник складається з 14 тверджень, які поділяються на дві субшкали:

- ✓ шкалу тривоги;
- ✓ шкалу депресії.

Кожен показник оцінюється за чотирибальною шкалою залежно від ступеня вираженості симптомів.

Використання HADS у межах дослідження дозволяє виявити супутні емоційні стани, які часто супроводжують панічні атаки, зокрема підвищену тривожність, пригнічений настрій, емоційне виснаження та внутрішню напругу. Методика є компактною, інформативною та широко застосовується у клінічній і консультативній психології.

Для комплексного дослідження емоційного стану респондентів було застосовано методику «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка.

Методика спрямована на оцінку таких психічних станів:

- тривожність;
- фрустрація;
- агресивність;
- ригідність.

Опитувальник дозволяє виявити особливості емоційного реагування особистості, рівень психоемоційного напруження та схильність до дезадаптивних реакцій у стресових ситуаціях.

Особливе значення у межах даного дослідження має оцінка тривожності та фрустрації, оскільки саме ці характеристики нерідко виступають психологічним підґрунтям виникнення панічних атак.

Методика характеризується простотою застосування, доступністю інтерпретації результатів та достатньою інформативністю для емпіричних психологічних досліджень.

Для дослідження способів подолання стресових ситуацій та особливостей психологічної адаптації було використано *опитувальник копінг-стратегій COPE*.

Методика дозволяє визначити домінуючі способи реагування особистості на складні життєві ситуації та рівень адаптивності поведінкових стратегій.

Опитувальник охоплює низку копінг-стратегій, серед яких: активне подолання проблеми;

- ✓ планування;
- ✓ пошук соціальної підтримки;
- ✓ уникнення;
- ✓ заперечення;
- ✓ емоційне реагування;
- ✓ поведінкове дистанціювання тощо.

У межах дослідження застосування цієї методики є важливим для аналізу того, яким чином особистість реагує на тривожні та панічні стани, які психологічні механізми використовує для зниження емоційної напруги та наскільки ці механізми є конструктивними.

Результати методики дозволяють визначити адаптивні та дезадаптивні способи психологічного реагування, що має важливе значення для розробки ефективних методичних підходів психологічної допомоги при панічних атаках.

Для поглибленого дослідження рівня тривожних проявів у респондентів доцільним є використання Шкали тривожності Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale – HAM-A).

Дана методика є однією з найбільш відомих клініко-психологічних шкал оцінювання тривожних станів та широко використовується у психологічній практиці, психотерапії й психіатрії. Вона дозволяє здійснити комплексну оцінку як психічних, так і соматичних проявів тривожності.

Шкала містить 14 груп симптомів, серед яких:

- тривожний настрій;
- внутрішнє напруження;
- страхи;

- порушення сну;
- інтелектуальні труднощі;
- депресивний настрій;
- соматичні симптоми;
- вегетативні прояви тривоги;
- поведінкові реакції під час обстеження.

Кожен показник оцінюється за п'ятибальною шкалою – від 0 до 4 балів залежно від ступеня вираженості симптоматики. Загальний результат дозволяє визначити рівень тривожності: низький; помірний; виражений; тяжкий.

Застосування цієї методики у межах нашого кваліфікаційного дослідження є особливо важливим, оскільки панічні атаки супроводжуються не лише психологічними, а й численними соматичними проявами, такими як тахікардія, задишка, запаморочення, м'язова напруга, тремор, відчуття нестачі повітря тощо. Шкала Гамільтона дозволяє комплексно оцінити рівень тривожного реагування та визначити ступінь психоемоційного виснаження особистості.

Крім того, результати методики можуть бути використані для оцінки ефективності психологічної допомоги та динаміки емоційного стану респондентів у процесі психокорекційної роботи.

Теоретико-методологічною основою дослідження особливостей виникнення та підтримання панічних атак стала *когнітивна модель панічного розладу Д. Кларка*.

Відповідно до даної моделі, ключовим механізмом розвитку панічних атак є катастрофічна інтерпретація тілесних відчуттів та фізіологічних реакцій організму. Людина схильна сприймати природні соматичні прояви тривоги як небезпечні для життя або здоров'я, що спричиняє різке посилення страху та формування «замкненого кола паніки».

Згідно з когнітивною концепцією Д. Кларка, розвиток панічної атаки відбувається у кілька послідовних етапів:

1. Виникнення фізіологічних або емоційних змін (прискорене серцебиття, запаморочення, напруження).

2. Катастрофічна інтерпретація цих відчуттів («я вмираю», «у мене серцевий напад», «я втрачаю контроль»).

3. Посилення тривоги та страху.

4. Активація вегетативної нервової системи.

5. Посилення соматичних симптомів і формування панічної атаки.

У межах дослідження когнітивна модель Д. Кларка використовується як концептуальна основа для: аналізу механізмів формування панічних станів; вивчення особливостей когнітивних викривлень у респондентів; визначення взаємозв'язку між тривожністю та катастрофізацією тілесних симптомів; розробки методичних підходів психологічної допомоги.

Практичне значення даної моделі полягає у тому, що вона становить основу когнітивно-поведінкової терапії панічного розладу. Відповідно до цієї концепції, психологічна допомога спрямовується на:

- виявлення дезадаптивних переконань;
- зміну катастрофічних інтерпретацій;
- формування навичок емоційної саморегуляції;
- зниження рівня тривожного реагування;
- розвиток адаптивних способів подолання стресу.

Використання когнітивної моделі панічного розладу Д. Кларка у нашому дослідженні дозволяє забезпечити наукову обґрунтованість аналізу панічних атак та створити теоретичну основу для розробки ефективних методичних підходів психологічної допомоги.

Таким чином, використаний психодіагностичний комплекс забезпечує всебічне дослідження психологічних особливостей осіб із панічними атаками та дозволяє комплексно проаналізувати взаємозв'язок між рівнем тривожності, емоційним станом, панічними проявами та способами психологічного подолання стресу. Отримані результати становлять основу для

подальшої розробки методичних підходів психологічної допомоги при панічних атаках.

2.2. Характеристика вибірки емпіричного дослідження та методи аналізу результатів дослідження

Емпіричне дослідження психологічних особливостей панічних атак та методичних підходів психологічної допомоги здійснювалося на базі цільової вибірки, сформованої відповідно до мети, завдань та предмета магістерського дослідження.

У дослідженні взяли участь 35 респондентів віком від 18 до 29 років, які мешкають в м. Одесі та Одеській області. Серед досліджуваних: 25 осіб жіночої статі; 10 осіб чоловічої статі.

Вибір саме цієї вікової категорії є науково обґрунтованим, оскільки ранній дорослий вік характеризується підвищеною психоемоційною вразливістю, активним професійним та особистісним становленням, значним рівнем соціального й емоційного навантаження, що нерідко виступає чинником розвитку тривожних і панічних станів.

Саме у віковому періоді 18-29 років найбільш часто спостерігаються прояви генералізованої тривожності, емоційної нестабільності, стресових реакцій та панічних атак.

Переважання у вибірці осіб жіночої статі також має наукове підґрунтя, оскільки відповідно до сучасних психологічних та клінічних досліджень жінки значно частіше демонструють підвищений рівень тривожності, емоційної чутливості та схильність до панічних проявів. Крім того, жінки більш схильні звертатися по психологічну допомогу та брати участь у психологічних дослідженнях, що зумовлює відповідне співвідношення респондентів у вибірці.

Формування вибірки здійснювалося за принципом добровільної участі з дотриманням основних етичних вимог психологічного дослідження: анонімності; конфіденційності; інформованої згоди; добровільності участі.

До участі у дослідженні залучалися особи, які мали досвід переживання підвищеної тривожності, емоційної напруги або окремих проявів панічних станів. При цьому офіційно встановлений психіатричний діагноз не був обов'язковою умовою участі, оскільки дослідження спрямоване насамперед на вивчення психологічних особливостей панічних проявів у межах неклінічної вибірки.

До вибірки було включено респондентів, які: перебувають у віковому діапазоні 18-29 років; мають досвід переживання тривожних або панічних станів; погодилися на добровільну участь у дослідженні; здатні до усвідомленого самоаналізу та самозвіту; не перебувають у стані гострої психічної кризи.

З метою забезпечення достовірності результатів із дослідження виключалися особи: із тяжкими психічними розладами; із вираженими когнітивними порушеннями; у стані гострого психоемоційного деструктивного реагування; які відмовилися від участі або неповністю заповнили психодіагностичний матеріал.

Обрана вибірка є доцільною для реалізації завдань нашої кваліфікаційної роботи, оскільки дозволяє:

- дослідити особливості прояву тривожності та панічних станів у молодому віці;
- визначити взаємозв'язок між емоційним станом та панічними проявами;
- проаналізувати особливості когнітивного реагування респондентів;
- оцінити адаптивні та дезадаптивні копінг-стратегії;
- сформулювати практичні рекомендації щодо психологічної допомоги при панічних атаках.

Кількість респондентів є достатньою для проведення якісного емпіричного аналізу в межах кваліфікаційного дослідження та забезпечує можливість застосування методів описової статистики, порівняльного та кореляційного аналізу.

Таким чином, сформована вибірка відповідає меті дослідження, забезпечує репрезентативність отриманих результатів та створює належні умови для комплексного вивчення психологічних особливостей осіб, схильних до панічних атак.

Важливим етапом емпіричного психологічного дослідження є статистична обробка отриманих результатів, яка забезпечує наукову достовірність, об'єктивність та валідність висновків. Відповідно до мети нашого дослідження, спрямованого на вивчення психологічних особливостей панічних атак та розробку методичних підходів психологічної допомоги, було використано комплекс методів математичної статистики, що дозволяють здійснити кількісний та якісний аналіз емпіричних даних.

Статистична обробка результатів у межах нашого дослідження здійснювалася із використанням методів описової статистики, кореляційного аналізу, порівняльного аналізу та методів оцінки статистичної значущості відмінностей. Комплексне використання зазначених методів дозволяє всебічно дослідити взаємозв'язок між рівнем тривожності, панічними проявами, емоційним станом та копінг-стратегіями респондентів.

На початковому етапі статистичної обробки результатів доцільним є використання методів описової статистики. Даний метод дозволяє систематизувати отримані емпіричні дані, визначити загальні тенденції та здійснити первинний аналіз вибірки.

Середнє арифметичне дозволяє визначити загальний рівень вираженості певного психологічного показника у вибірці, тоді як стандартне відхилення характеризує ступінь варіативності результатів та однорідність досліджуваної групи.

Застосування описової статистики у нашій роботі дозволило: визначити середній рівень тривожності та панічних проявів; оцінити ступінь емоційного напруження; виявити загальні тенденції у використанні копінг-стратегій; здійснити порівняння між окремими психологічними показниками.

Одним із ключових методів статистичної обробки результатів у межах нашого дослідження є кореляційний аналіз.

Кореляційний аналіз використовується для визначення сили та напрямку взаємозв'язку між психологічними показниками, зокрема між: рівнем тривожності; вираженістю панічних атак; показниками емоційного виснаження; копінг-стратегіями; когнітивними викривленнями.

Для аналізу взаємозв'язків між змінними доцільним є використання коефіцієнта рангової кореляції Спірмена, оскільки вибірка є відносно невеликою, а частина отриманих даних може не відповідати параметрам нормального розподілу. Його використання дозволяє: встановити взаємозалежність між рівнем тривожності та частотою панічних атак; визначити зв'язок між емоційним виснаженням і дезадаптивними копінг-стратегіями; дослідити вплив когнітивних викривлень на інтенсивність панічних проявів; проаналізувати психологічні механізми розвитку панічних станів.

Для визначення статистично значущих відмінностей між окремими групами респондентів доцільним є використання методів порівняльного аналізу.

У межах проведеного нами кваліфікаційного дослідження порівняльний аналіз був застосований для: порівняння показників чоловіків і жінок; визначення відмінностей між особами з високим та низьким рівнем тривожності; аналізу психологічних особливостей респондентів із різною інтенсивністю панічних проявів.

Критерій Манна-Уїтні дозволяє визначити статистично значущі відмінності між двома незалежними вибірками та широко використовується у психологічних дослідженнях із невеликими вибірками. В межах нашої роботи

застосування даного критерію дозволяє визначити гендерні особливості тривожності; дослідити відмінності у рівні панічних проявів; оцінити специфіку емоційного реагування респондентів.

Статистична обробка результатів дослідження здійснювалася тисся за допомогою Microsoft Excel; SPSS Statistics; Statistica.

Використання спеціалізованого програмного забезпечення забезпечує точність математичних розрахунків, оптимізує процес аналізу емпіричних даних та дозволяє здійснювати графічну візуалізацію результатів дослідження у вигляді таблиць, діаграм і кореляційних схем.

З нашої точки зору, застосування методів описової статистики, кореляційного аналізу, критерію Манна-Уїтні та аналізу статистичної значущості є науково обґрунтованим і відповідає меті нашого дослідження.

Як уявляється, комплексне використання вищезазначених методів дозволяє: забезпечити об'єктивність результатів; виявити психологічні закономірності панічних проявів; дослідити взаємозв'язок між тривожністю, емоційним станом та копінг-стратегіями; оцінити ефективність методичних підходів психологічної допомоги при панічних атаках.

Обрані методи статистичної обробки результатів, на нашу думку, забезпечують належний рівень наукової достовірності емпіричного дослідження та створюють підґрунтя для формулювання обґрунтованих висновків і практичних рекомендацій щодо теми кваліфікаційного дослідження.

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження було спрямоване на вивчення психологічних особливостей осіб із проявами панічних атак, рівня тривожності, емоційного стану та особливостей копінг-поведінки, а також на обґрунтування

ефективності когнітивно-поведінкового підходу (КПТ) у системі психологічної допомоги.

Дослідження проводилося у два етапи:

1. Психодіагностичний етап – вимірювання рівня тривожності, панічних проявів та емоційного стану.

2. Аналітико-інтерпретаційний етап – статистична обробка результатів та побудова психологічної моделі.

У дослідженні взяли участь 35 осіб віком 18–29 років (25 жінок та 10 чоловіків). Їх участь була добровільною, анонімною та конфіденційною.

З метою *визначення рівня ситуативної та особистісної тривожності респондентів* було використано методику «Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна». У дослідженні взяли участь 35 осіб віком від 18 до 29 років, серед яких 25 респондентів жіночої статі та 10 – чоловічої.

Аналіз результатів дослідження виявив наявність різного рівня прояву тривожності серед учасників вибірки. За показниками ситуативної тривожності переважна частина респондентів продемонструвала середній та високий рівні тривожності, що може свідчити про наявність емоційного напруження, підвищеної чутливості до стресових ситуацій та психоемоційної нестабільності в умовах сучасного соціального середовища.

Низький рівень ситуативної тривожності було виявлено у 7 осіб (20,0%), середній рівень – у 18 осіб (51,4%), високий рівень – у 10 осіб (28,6%). Отримані результати свідчать про домінування помірного рівня емоційного напруження серед більшості досліджуваних.

Дослідження особистісної тривожності показало, що низький рівень характерний для 6 респондентів (17,1%), середній – для 17 осіб (48,6%), а високий рівень – для 12 осіб (34,3%). Високі показники особистісної тривожності можуть вказувати на схильність частини досліджуваних до постійного переживання внутрішнього напруження, невпевненості, очікування негативних подій та підвищеної емоційної вразливості.

Таблиця 2.1.

**Результати дослідження ситуативної тривожності за методикою
Спілбергера–Ханіна**

Рівень ситуативної тривожності	Кількість осіб	Відсоток (%)
Низький	7	20,0
Середній	18	51,4
Високий	10	28,6
Усього	35	100,0

Ситуативна тривожність

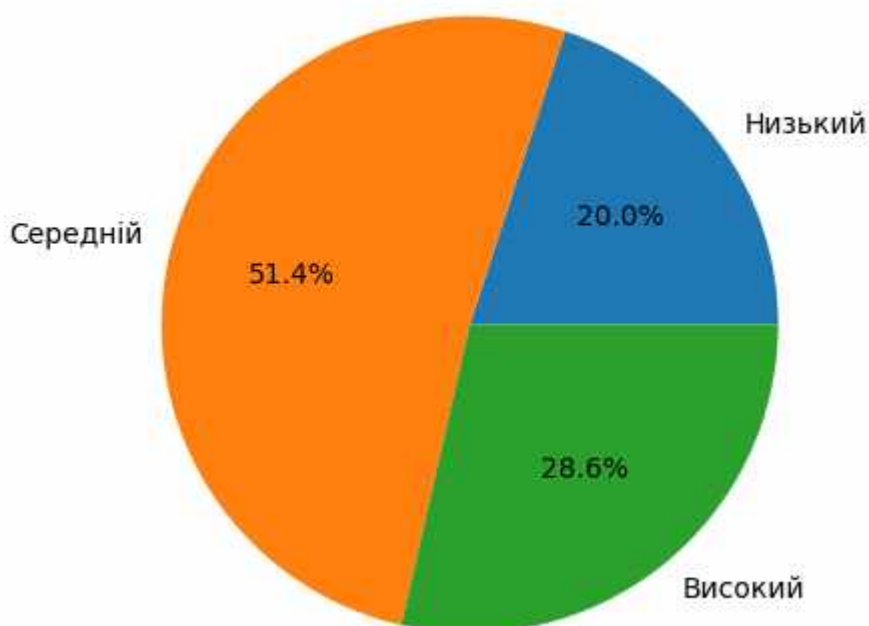


Рис. 2.1. Ситуативна тривожність

Таблиця 2.2.

**Результати дослідження особистісної тривожності за методикою
Спілбергера–Ханіна**

Рівень особистісної тривожності	Кількість осіб	Відсоток (%)
Низький	6	17,1
Середній	17	48,6

Високий	12	34,3
Усього	35	100,0



Рис.2.2. Особистісна тривожність

Отримані результати дають підстави стверджувати, що для значної частини молодих людей характерний підвищений рівень тривожності, що може негативно позначатися на їхньому психологічному благополуччі, адаптаційних можливостях та емоційній стабільності. Виявлені особливості обґрунтовують необхідність своєчасної психологічної підтримки, розвитку навичок емоційної саморегуляції та впровадження психопрофілактичних програм, спрямованих на зниження рівня тривожності серед молоді.

Аналіз результатів дослідження у розрізі статі показує, що жінки частіше демонстрували високі показники як ситуативної, так і особистісної тривожності. Серед респонденток жіночої статі високий рівень ситуативної тривожності було виявлено у 8 осіб (32,0%), тоді як серед чоловіків – у 2 осіб

(20,0%). Аналогічна тенденція простежувалася і щодо особистісної тривожності: високі показники зафіксовано у 9 жінок (36,0%) та 3 чоловіків (30,0%).

Таблиця 2.3.

Показники ситуативної тривожності у розрізі статі

Рівень тривожності	Жінки (n=25)	Чоловіки (n=10)
Низький	4 (16,0%)	3 (30,0%)
Середній	13 (52,0%)	5 (50,0%)
Високий	8 (32,0%)	2 (20,0%)
Усього	25 (100%)	10 (100%)

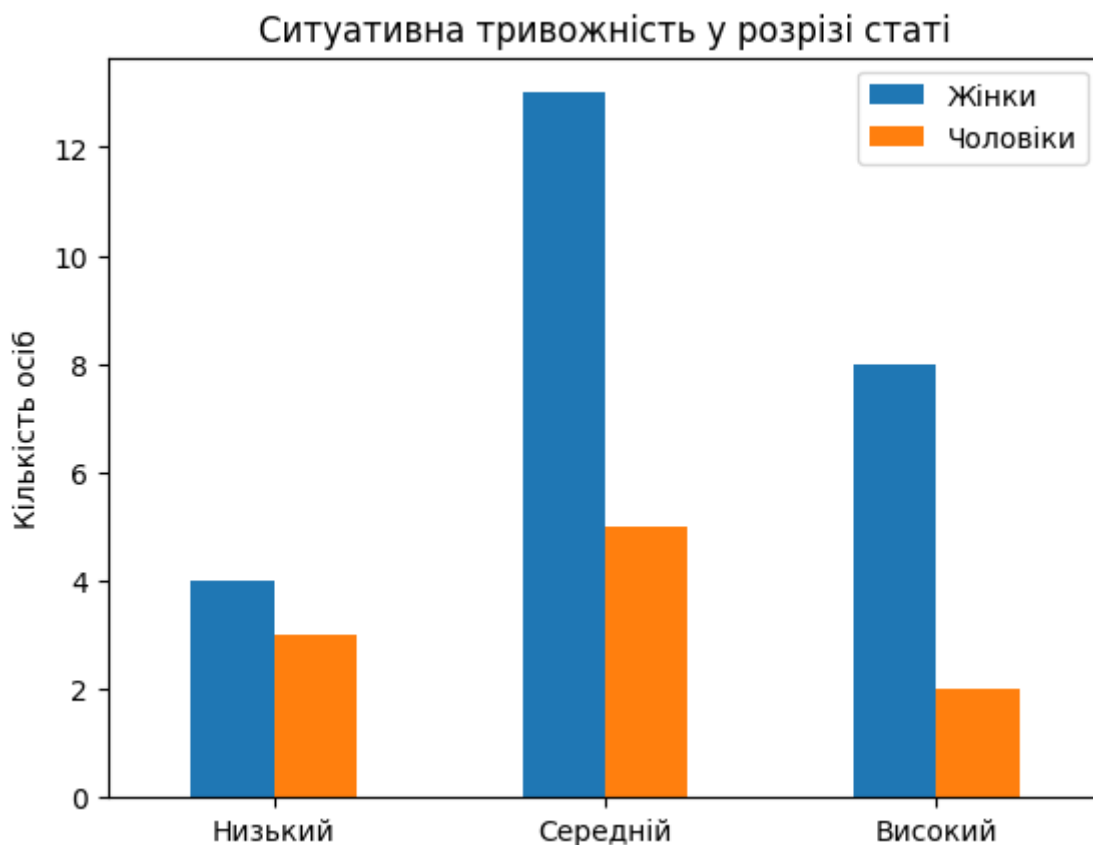


Рис.2.3. Ситуативна тривожність у розрізі статі

Таблиця 2.4.

Показники особистісної тривожності у розрізі статі

Рівень тривожності	Жінки (n=25)	Чоловіки (n=10)
Низький	3 (12,0%)	3 (30,0%)
Середній	13 (52,0%)	4 (40,0%)

Високий	9 (36,0%)	3 (30,0%)
Усього	25 (100%)	10 (100%)

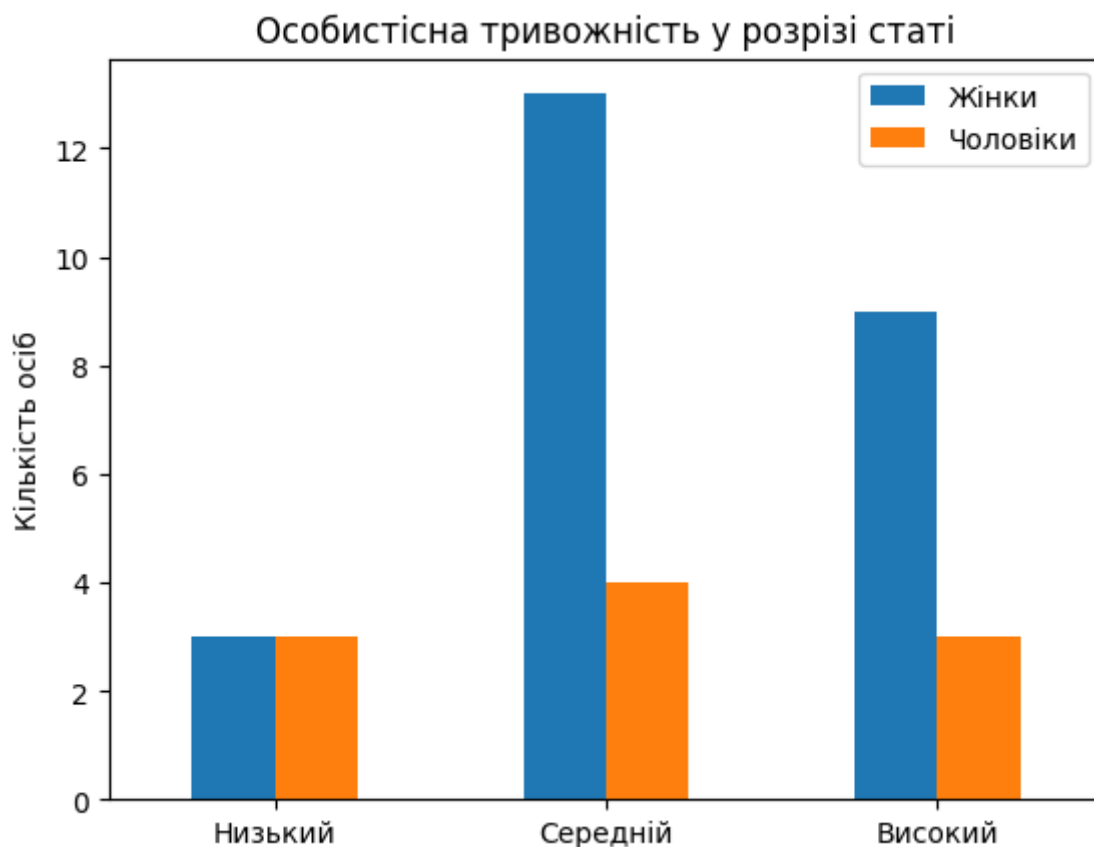


Рис. 2.4. Особистісна тривожність у розрізі статі

Аналіз результатів показав, що у більшості респондентів переважає середній рівень ситуативної тривожності (51,4%). Це свідчить про те, що значна частина молоді періодично переживає емоційне напруження, занепокоєння та внутрішню тривогу у відповідь на дію стресогенних факторів або складних життєвих ситуацій.

Високий рівень ситуативної тривожності було виявлено у 28,6% досліджуваних. Такі показники можуть свідчити про схильність до інтенсивного емоційного реагування, труднощів самоконтролю в умовах стресу, підвищеної нервово-психічної напруги та нестабільності емоційного стану. Особи з високою ситуативною тривожністю можуть частіше переживати страх, невпевненість, емоційний дискомфорт і психосоматичні прояви тривоги.

Низький рівень ситуативної тривожності було зафіксовано лише у 20,0% респондентів, що свідчить про достатній рівень емоційної стабільності, стресостійкості та здатності до саморегуляції у цієї групи досліджуваних.

У розрізі статі встановлено, що жінки частіше демонстрували високі показники ситуативної тривожності порівняно з чоловіками. Це може бути пов'язано з більшою емоційною чутливістю, схильністю до глибшого переживання стресових подій та вищим рівнем емоційного реагування на несприятливі життєві обставини.

Отримані показники свідчать про те, що значна частина молодих людей має стійку схильність до тривожного реагування, що проявляється у постійному внутрішньому напруженні, очікуванні негативних подій, невпевненості у власних можливостях та схильності до надмірного емоційного переживання.

Високий рівень особистісної тривожності може негативно впливати на психологічне благополуччя особистості, міжособистісну взаємодію, адаптаційні можливості та здатність ефективно долати стресові ситуації. Такі респонденти можуть характеризуватися підвищеною емоційною вразливістю, нестійкою самооцінкою та труднощами емоційної саморегуляції.

Низький рівень особистісної тривожності виявлено у 17,1% досліджуваних, що свідчить про відносно високий рівень психологічної стійкості, впевненості у собі та емоційної врівноваженості у цієї частини респондентів.

У гендерному аспекті жінки також частіше демонстрували високі показники особистісної тривожності порівняно з чоловіками. Це може бути пов'язано з особливостями емоційної сфери, більшою схильністю до рефлексії та внутрішнього переживання психотравмувальних ситуацій.

Загалом результати дослідження свідчать про достатньо високий рівень тривожності серед молоді, що може негативно позначатися на емоційному стані, соціальній адаптації, навчальній діяльності та загальному психологічному благополуччі особистості. Домінування середнього та

високого рівнів ситуативної й особистісної тривожності підтверджує актуальність проблеми психоемоційного напруження у молодіжному середовищі.

З метою визначення *рівня вираженості симптомів панічного розладу серед молоді* було використано методику «Шкала панічного розладу» (PDSS). У дослідженні взяли участь 35 респондентів віком від 18 до 29 років, серед яких 25 осіб жіночої статі та 10 осіб чоловічої статі.

Аналіз отриманих результатів дозволив встановити різний ступінь прояву симптоматики панічного розладу серед досліджуваних. У більшості респондентів виявлено помірний рівень прояву панічних симптомів, що характеризувався періодичним виникненням тривожних станів, соматичних реакцій, внутрішнього напруження та епізодичних нападів страху.

Низький рівень вираженості симптомів панічного розладу було виявлено у 11 осіб (31,4%), середній рівень – у 16 осіб (45,7%), високий рівень – у 8 осіб (22,9%). Отримані результати свідчать про те, що майже чверть досліджуваних мають схильність до інтенсивних панічних переживань, які можуть негативно впливати на емоційний стан, соціальну активність та повсякденне функціонування.

Рівень вираженості панічного розладу (PDSS)

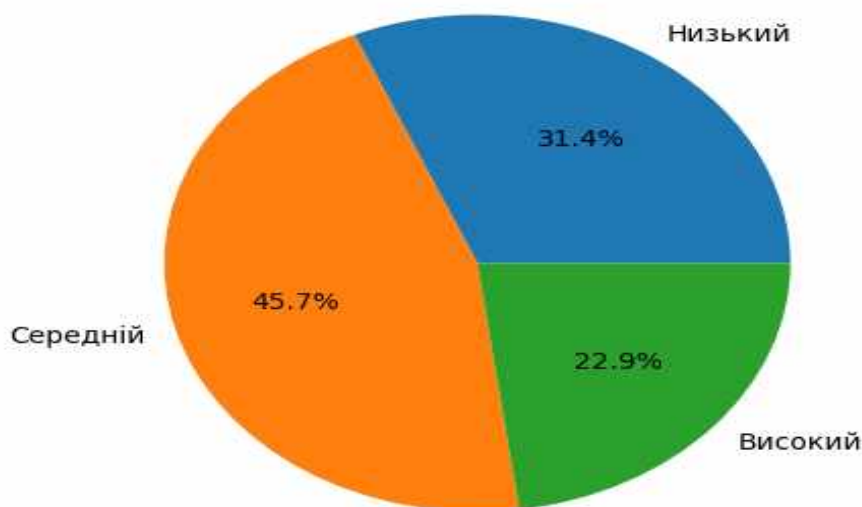


Рис.2.5. Рівень вираженості панічного розладу

Отримані результати можуть свідчити про підвищену емоційну вразливість частини молодих людей, що проявляється у схильності до панічних реакцій та тривожних переживань. Виявлені особливості обґрунтовують необхідність своєчасної психологічної допомоги, розвитку навичок емоційної саморегуляції та впровадження психопрофілактичних заходів, спрямованих на зниження рівня тривожності та панічних проявів серед молоді.

У розрізі статі встановлено, що жінки частіше демонстрували підвищені показники панічного розладу порівняно з чоловіками. Серед респонденток жіночої статі високий рівень прояву панічного розладу було зафіксовано у 6 осіб (24,0%), тоді як серед чоловіків – у 2 осіб (20,0%). Середній рівень симптоматики виявлено у 12 жінок (48,0%) та 4 чоловіків (40,0%). Низький рівень прояву панічних симптомів спостерігався у 7 жінок (28,0%) і 4 чоловіків (40,0%).

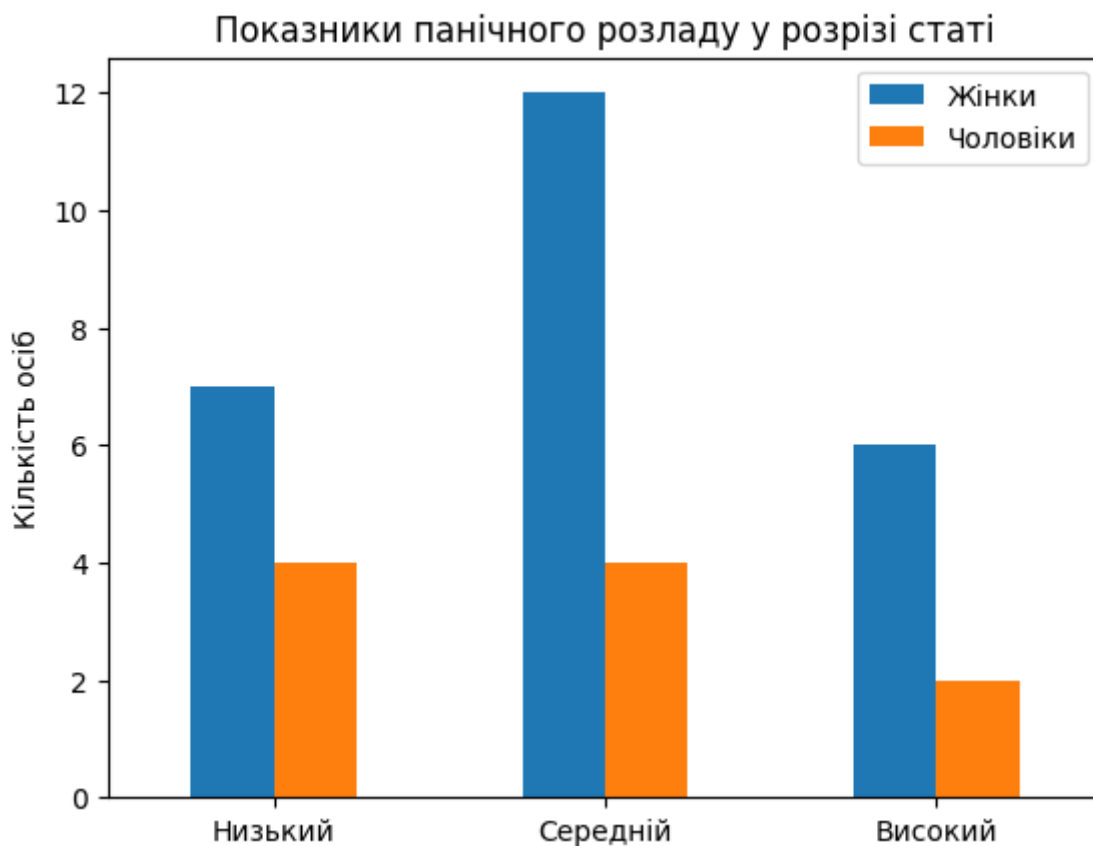


Рис.2.6. Показники панічного розладу у розрізі статі

Аналіз результатів у гендерному аспекті показав, що жінки частіше демонстрували підвищені показники панічного розладу порівняно з чоловіками. Високий рівень панічних проявів було виявлено у 24,0% жінок та 20,0% чоловіків. Це може бути пов'язано з більшою емоційною вразливістю жінок, схильністю до інтенсивнішого переживання стресових ситуацій, внутрішньої тривоги та емоційного перенапруження.

Середній рівень панічного розладу також переважав серед респонденток жіночої статі, що свідчить про тенденцію до більш виражених тривожних і панічних реакцій у жінок молодого віку. Водночас у чоловіків частіше спостерігався низький рівень прояву панічної симптоматики, що може свідчити про вищий рівень емоційної стриманості або меншу схильність до відкритого прояву тривожних переживань.

Загалом результати дослідження свідчать про наявність у значної частини молоді підвищеного рівня панічних проявів, що може негативно впливати на емоційний стан, психологічну адаптацію та якість життя особистості. Домінування середнього та високого рівнів панічного розладу вказує на необхідність своєчасного виявлення тривожних станів і надання психологічної допомоги молодим людям.

Отримані результати підтверджують актуальність проблеми панічних атак у молодіжному середовищі та обґрунтовують доцільність використання комплексних методів психологічної підтримки, спрямованих на зниження рівня тривожності, формування навичок емоційної саморегуляції, підвищення стресостійкості та профілактику розвитку більш глибоких психоемоційних порушень.

З метою оцінки рівня тривожних і депресивних проявів серед молоді було використано методику «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (HADS). Вибірка респондентів не змінювалася.

Методика HADS дозволила визначити рівень вираженості тривожних та депресивних проявів за трьома рівнями: норма, субклінічно виражений стан та клінічно виражений стан.

Результати дослідження засвідчили, що значна частина респондентів характеризується підвищеним рівнем тривожності. Нормальний рівень тривожності було виявлено у 12 осіб (34,3%), субклінічно виражену тривожність – у 15 осіб (42,9%), а клінічно виражений рівень – у 8 осіб (22,8%).

Отримані результати свідчать про наявність у більшості досліджуваних помірно виражених тривожних переживань, що можуть проявлятися у внутрішньому напруженні, емоційній нестабільності, занепокоєнні та підвищеній чутливості до стресових ситуацій.

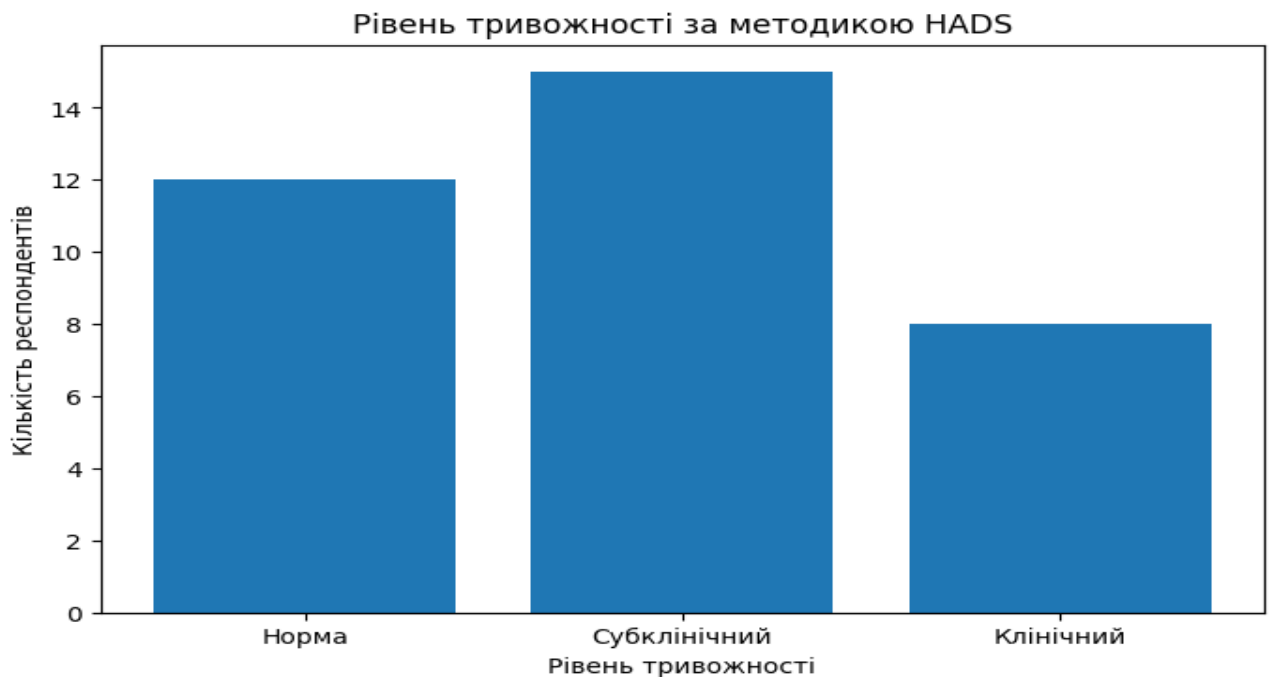


Рис. 2.7. Рівень тривожності за методикою HADS

У розрізі статі встановлено, що жінки частіше демонстрували підвищені показники тривожності. Субклінічний та клінічний рівні тривожності були характерними для 16 респонденток жіночої статі (64,0%) та 7 чоловіків (70,0%) відповідно, однак клінічно виражена тривожність частіше спостерігалася саме серед жінок.

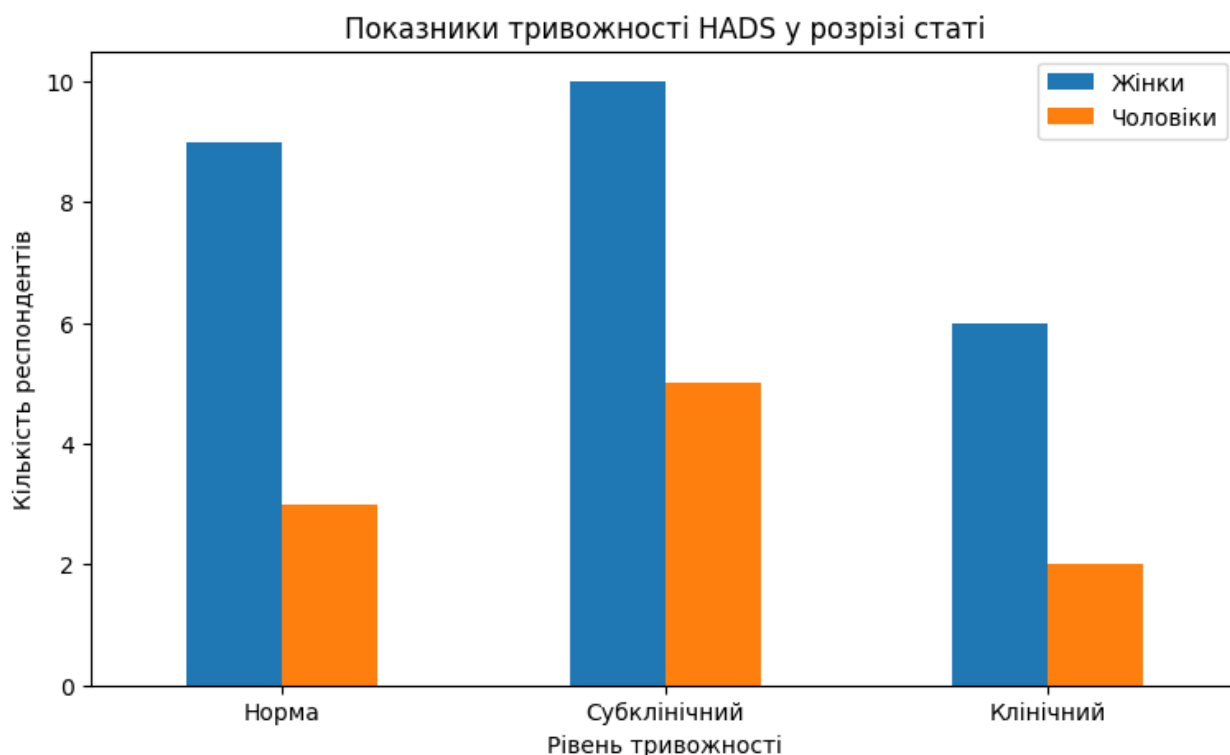


Рис.2.8. Показники тривожності HADS у розрізі статі

Дослідження рівня депресивних проявів показало, що у більшості респондентів депресивна симптоматика перебувала в межах норми або мала субклінічний характер. Нормальний рівень депресії виявлено у 18 осіб (51,4%), субклінічно виражений рівень – у 11 осіб (31,4%), клінічно виражений – у 6 осіб (17,2%).

Отримані дані можуть свідчити про наявність у частини молодих людей ознак емоційного виснаження, зниженого настрою, втрати емоційної активності та психологічного дискомфорту.

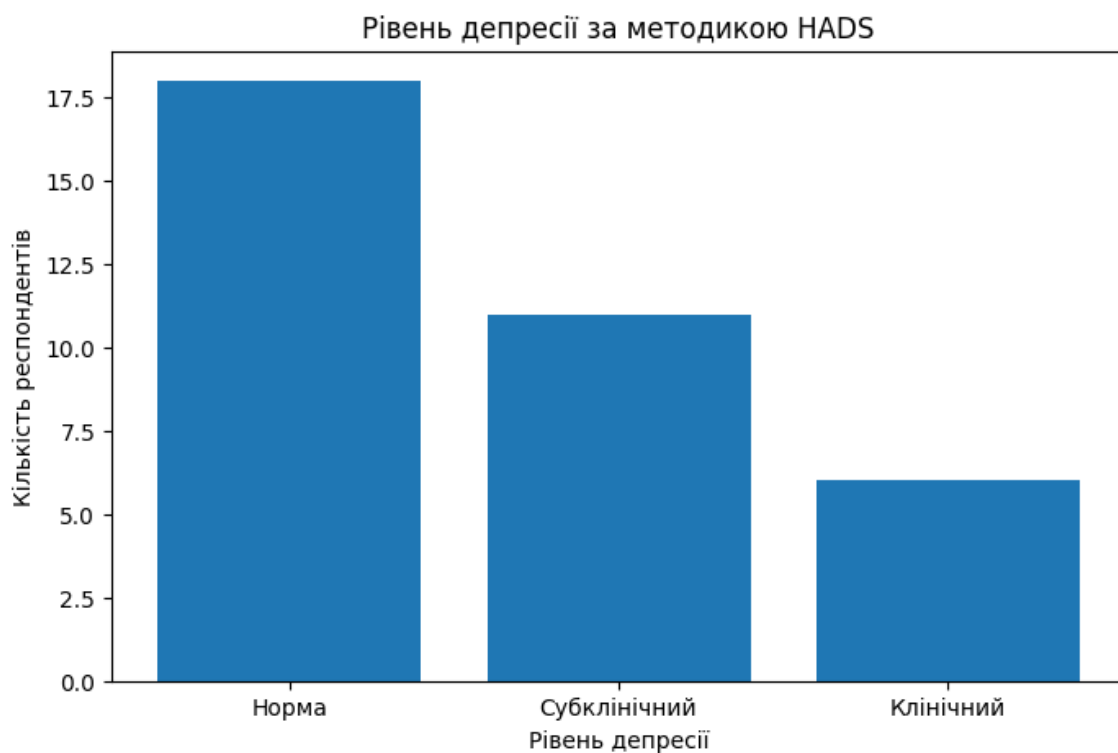


Рис.2.9. Рівень депресії за методикою HADS

У розрізі статі встановлено, що жінки частіше демонстрували субклінічні та клінічні прояви депресії. Клінічно виражений рівень депресивності спостерігався у 5 жінок (20,0%) та 1 чоловіка (10,0%).

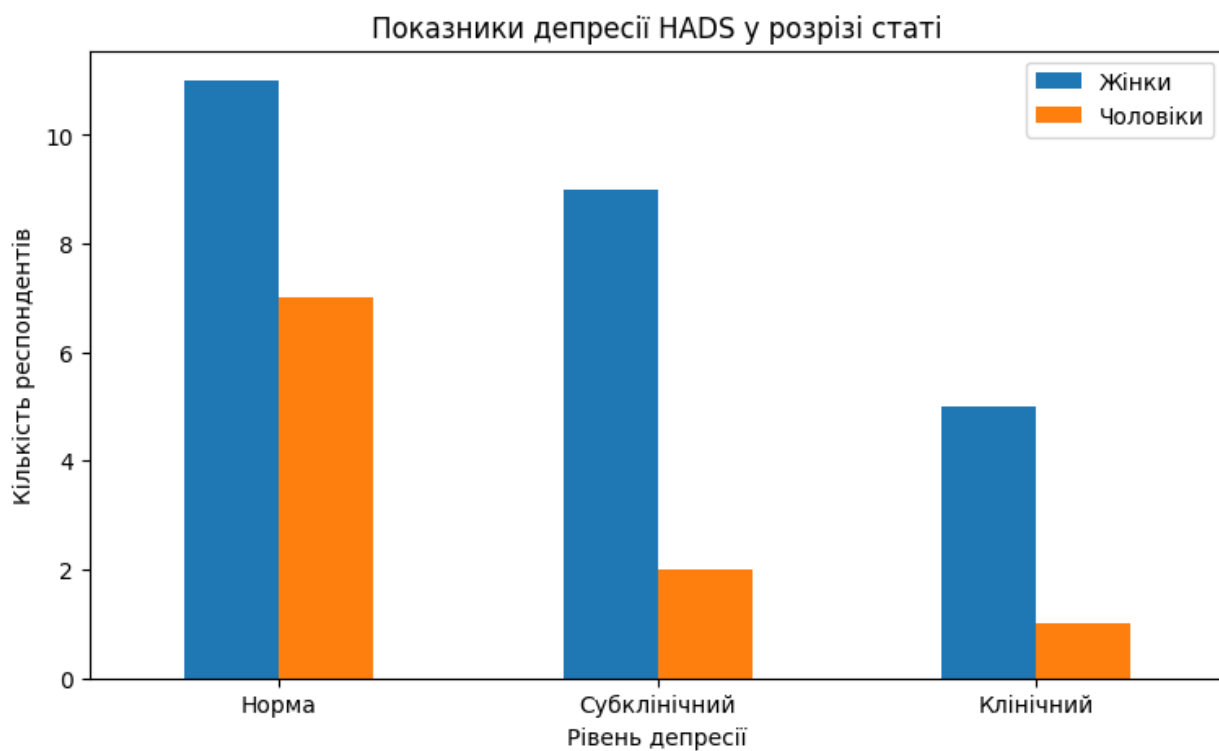


Рис.2.10. Показники депресії HADS у розрізі статі

Результати дослідження за методикою HADS засвідчили наявність підвищеного рівня психоемоційного напруження серед значної частини респондентів віком від 18 до 29 років. Аналіз отриманих даних дозволяє констатувати, що для молоді характерними є прояви тривожних та депресивних станів різного ступеня вираженості, що може бути обумовлено високим рівнем стресового навантаження, емоційною нестабільністю та складністю адаптації до сучасних соціальних умов.

Отримані результати свідчать про те, що лише третина досліджуваних (34,3%) перебуває у межах психологічної норми за показниками тривожності. Водночас у 42,9% респондентів було виявлено субклінічно виражений рівень тривожності, а у 22,8% – клінічно виражений стан. Це вказує на домінування середнього та високого рівнів тривожних переживань серед молодих людей.

Субклінічний рівень тривожності характеризується періодичним переживанням внутрішнього напруження, емоційної нестабільності, занепокоєння, підвищеної чутливості до стресових факторів та труднощів емоційної саморегуляції. Особи з клінічно вираженою тривожністю можуть демонструвати стійке відчуття тривоги, напруження, очікування негативних подій, соматичні прояви стресу та зниження адаптаційних можливостей.

У розрізі статі встановлено, що жінки частіше демонстрували підвищені показники тривожності. Це може пояснюватися більшою емоційною чутливістю, схильністю до внутрішнього переживання стресових ситуацій та вищим рівнем емоційного реагування на психотравмувальні чинники. Водночас серед чоловіків також простежується значний рівень субклінічної тривожності, що свідчить про поширеність емоційного напруження незалежно від статевих особливостей.

Результати дослідження рівня депресії засвідчили, що у половини респондентів (51,4%) показники перебувають у межах норми. Разом із тим у 31,4% учасників дослідження виявлено субклінічні прояви депресії, а у 17,2% – клінічно виражений рівень депресивних станів.

Субклінічні депресивні прояви можуть характеризуватися емоційною виснаженістю, зниженням життєвої активності, погіршенням настрою, втратою мотивації та психологічним дискомфортом. Клінічно виражені депресивні симптоми можуть свідчити про більш глибокі емоційні порушення, що негативно впливають на соціальне функціонування, самооцінку та загальне психологічне благополуччя особистості.

Аналіз результатів у розрізі статі показав, що жінки частіше виявляли ознаки депресивних переживань порівняно з чоловіками. Це може бути пов'язано з підвищеною емоційною вразливістю, схильністю до внутрішньої фіксації негативних переживань та більшою чутливістю до психоемоційних навантажень.

Загалом результати дослідження свідчать про достатньо високий рівень тривожних і депресивних проявів серед молоді.

З метою визначення особливостей психічних станів респондентів було використано методику «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, яка дозволила дослідити рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності особистості.

Аналіз показників тривожності. Результати дослідження засвідчили, що для більшості респондентів характерний середній рівень тривожності. Низький рівень тривожності було виявлено у 8 осіб (22,9%), середній – у 18 осіб (51,4%), високий – у 9 осіб (25,7%).

Як уявляється, отримані дані свідчать про наявність у значної частини молоді внутрішнього напруження, емоційної нестабільності та схильності до переживання стресових ситуацій.

Аналіз показників фрустрації. Дослідження рівня фрустрації показало, що низький рівень фрустрації характерний для 10 осіб (28,6%), середній – для 17 осіб (48,6%), високий – для 8 осіб (22,8%).

Такі результати можуть свідчити про наявність у частини респондентів труднощів у подоланні життєвих перешкод, переживання внутрішнього

дискомфарту та емоційного виснаження у ситуаціях невдач або неможливості реалізації власних потреб.

Аналіз показників агресивності. За шкалою агресивності було встановлено, що низький рівень агресивності мають 12 осіб (34,3%), середній – 16 осіб (45,7%), високий – 7 осіб (20,0%).

На нашу думку, переважання середнього рівня агресивності свідчить про відносно помірний рівень емоційної реактивності та здатність більшості респондентів контролювати власні емоційні прояви. Водночас високі показники агресивності можуть вказувати на підвищену дратівливість, імпульсивність та труднощі емоційної саморегуляції.

Аналіз показників ригідності. Результати дослідження ригідності засвідчили, що низький рівень ригідності характерний для 9 осіб (25,7%), середній – для 19 осіб (54,3%), високий – для 7 осіб (20,0%).

Отримані показники можуть свідчити про те, що значна частина молоді демонструє певну психологічну негнучкість, труднощі адаптації до змін та схильність до фіксації на власних переживаннях і поведінкових установках.

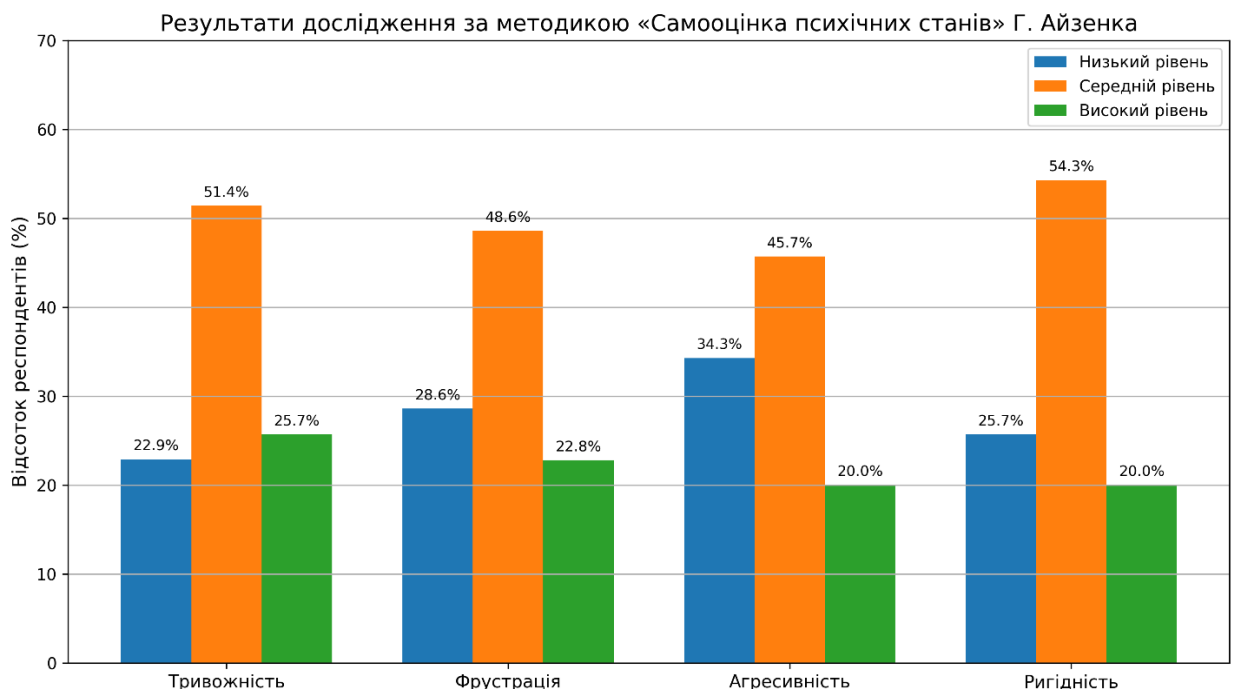


Рис.2.11. Результати дослідження за методикою «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка

Аналіз результатів у гендерному аспекті показав, що жінки частіше демонстрували підвищені показники тривожності та фрустрації, тоді як чоловіки мали дещо вищі показники агресивності.

Високий рівень тривожності було виявлено у 7 жінок (28,0%) та 2 чоловіків (20,0%). Високий рівень фрустрації спостерігався у 6 жінок (24,0%) та 2 чоловіків (20,0%).

Водночас високий рівень агресивності було виявлено у 4 жінок (16,0%) та 3 чоловіків (30,0%), що може свідчити про більшу схильність чоловіків до зовнішнього прояву емоційного напруження.

Щодо ригідності, високі показники зафіксовано у 5 жінок (20,0%) та 2 чоловіків (20,0%), що свідчить про приблизно однаковий рівень психологічної негнучкості серед представників обох статей.

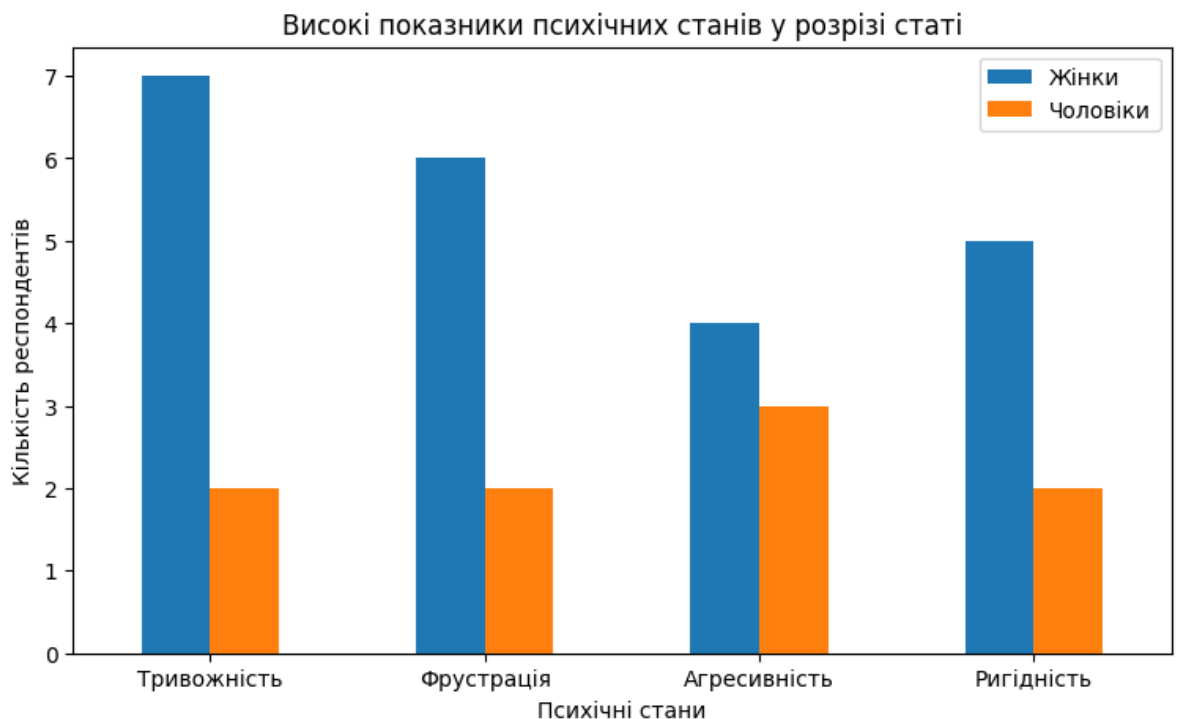


Рис. 2.12. Високі показники психічних станів у розрізі статі

Результати дослідження за методикою Г. Айзенка дозволили визначити особливості психічних станів молоді віком від 18 до 29 років за такими показниками, як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність.

Аналіз отриманих даних свідчить про наявність у значної частини респондентів помірно виражених негативних психоемоційних станів, що може

бути пов'язано з високим рівнем стресового навантаження, емоційною нестабільністю та труднощами психологічної адаптації.

За результатами дослідження встановлено, що у більшості респондентів (51,4%) переважає середній рівень тривожності. Це свідчить про наявність помірного емоційного напруження, занепокоєння та внутрішньої невпевненості, що виникають у відповідь на стресові або невизначені життєві ситуації.

Високий рівень тривожності було виявлено у 25,7% досліджуваних. Такі показники можуть свідчити про підвищену емоційну вразливість, схильність до надмірного переживання труднощів, постійного внутрішнього напруження та очікування негативних подій. Особи з високим рівнем тривожності можуть демонструвати труднощі емоційної саморегуляції, нестійкість емоційного стану та підвищену чутливість до психотравмувальних чинників.

Низький рівень тривожності виявлено у 22,9% респондентів, що свідчить про достатній рівень психологічної стійкості та здатності контролювати власний емоційний стан.

Результати дослідження фрустрації засвідчили домінування середнього рівня цього психічного стану (48,6%). Це може свідчити про періодичне переживання респондентами труднощів у реалізації власних потреб, невдоволення результатами діяльності або емоційного дискомфорту в ситуаціях перешкод і невдач.

Високий рівень фрустрації виявлено у 22,8% досліджуваних. Подібні показники можуть свідчити про схильність до переживання внутрішнього конфлікту, емоційного виснаження, зниження мотивації та почуття безпорадності у складних життєвих ситуаціях. Такі особи можуть демонструвати знижену стресостійкість та труднощі психологічної адаптації.

Низький рівень фрустрації спостерігався у 28,6% респондентів, що вказує на достатній рівень емоційної врівноваженості та здатність конструктивно реагувати на життєві труднощі.

Дослідження агресивності показало, що у більшості респондентів (45,7%) спостерігається середній рівень агресивності. Це свідчить про помірну емоційну реактивність та здатність більшості молодих людей контролювати власні поведінкові реакції.

Високий рівень агресивності було виявлено у 20,0% досліджуваних. Такі результати можуть свідчити про підвищену дратівливість, імпульсивність, схильність до конфліктної поведінки та труднощі контролю емоційних реакцій у стресових ситуаціях.

Низький рівень агресивності, зафіксований у 34,3% респондентів, свідчить про емоційну стриманість, толерантність та здатність до конструктивної взаємодії з оточенням.

Аналіз результатів ригідності показав, що у більшості респондентів (54,3%) переважає середній рівень психологічної ригідності. Це може свідчити про певні труднощі адаптації до нових умов, схильність до фіксації на власних переживаннях та недостатню гнучкість поведінкових стратегій.

Високий рівень ригідності було виявлено у 20,0% досліджуваних. Такі особи можуть характеризуватися труднощами зміни звичних моделей поведінки, підвищеною консервативністю мислення та складністю пристосування до нових життєвих обставин.

Низький рівень ригідності спостерігався у 25,7% респондентів, що свідчить про достатню психологічну гнучкість, адаптивність та готовність до змін.

Аналіз результатів у гендерному аспекті показав, що жінки частіше демонстрували підвищені показники тривожності та фрустрації. Це може бути пов'язано з більшою емоційною чутливістю, схильністю до внутрішнього переживання стресових ситуацій та вищим рівнем емоційної рефлексії.

Чоловіки, своєю чергою, продемонстрували дещо вищі показники агресивності, що може свідчити про схильність до зовнішнього прояву емоційного напруження та більш імпульсивного реагування на психотравмувальні фактори.

Показники ригідності серед жінок і чоловіків виявилися приблизно однаковими, що свідчить про схожий рівень психологічної гнучкості та адаптаційних можливостей серед представників обох статей.

Загалом результати дослідження свідчать про домінування середніх та високих показників негативних психічних станів серед молоді. Виявлені особливості можуть негативно впливати на емоційне благополуччя, соціальну адаптацію та психологічну стійкість особистості.

Отримані результати підтверджують необхідність своєчасної психологічної підтримки, розвитку навичок емоційної саморегуляції, підвищення стресостійкості та впровадження психопрофілактичних програм, спрямованих на зниження рівня тривожності, фрустрації та інших негативних психоемоційних проявів серед молоді.

З метою *визначення рівня депресивних проявів серед молоді* було використано методику «Шкала депресії Бека» (BDI). У дослідженні взяли участь 35 респондентів віком від 18 до 29 років, серед яких 25 осіб жіночої статі та 10 осіб чоловічої статі.

Методика дозволила оцінити ступінь вираженості депресивних станів за такими рівнями: відсутність депресивних проявів, легка депресія, помірна депресія та виражена депресія.

Результати дослідження показали, що у більшості респондентів депресивні прояви перебували у межах норми або мали легкий ступінь вираженості. Відсутність депресивних проявів було виявлено у 14 осіб (40,0%), легкий рівень депресії – у 11 осіб (31,4%), помірний – у 7 осіб (20,0%), виражений рівень депресії – у 3 осіб (8,6%).

Таблиця 2.5.

Результати дослідження за методикою BDI

Рівень депресії	Кількість осіб	Відсоток (%)
Відсутність депресивних проявів	14	40,0
Легка депресія	11	31,4
Помірна депресія	7	20,0
Виражена депресія	3	8,6
Усього	35	100,0

Отримані результати свідчать про те, що значна частина молоді періодично переживає емоційне виснаження, пригнічений настрій, втрату мотивації та психологічний дискомфорт, що може бути пов'язано з впливом стресових факторів, високим рівнем тривожності та психоемоційним перенапруженням.

Аналіз результатів у гендерному аспекті засвідчив, що жінки частіше демонстрували підвищені показники депресивності порівняно з чоловіками.

Серед респонденток жіночої статі: відсутність депресивних проявів було виявлено у 8 осіб (32,0%); легкий рівень депресії – у 9 осіб (36,0%); помірний рівень – у 6 осіб (24,0%); виражений рівень – у 2 осіб (8,0%).

Серед чоловіків: відсутність депресивних проявів зафіксовано у 6 осіб (60,0%); легкий рівень депресії – у 2 осіб (20,0%); помірний рівень – у 1 особи (10,0%); виражений рівень – у 1 особи (10,0%).

Отримані результати можуть свідчити про більшу емоційну вразливість жінок та схильність до внутрішнього переживання психотравмувальних ситуацій і стресових факторів.

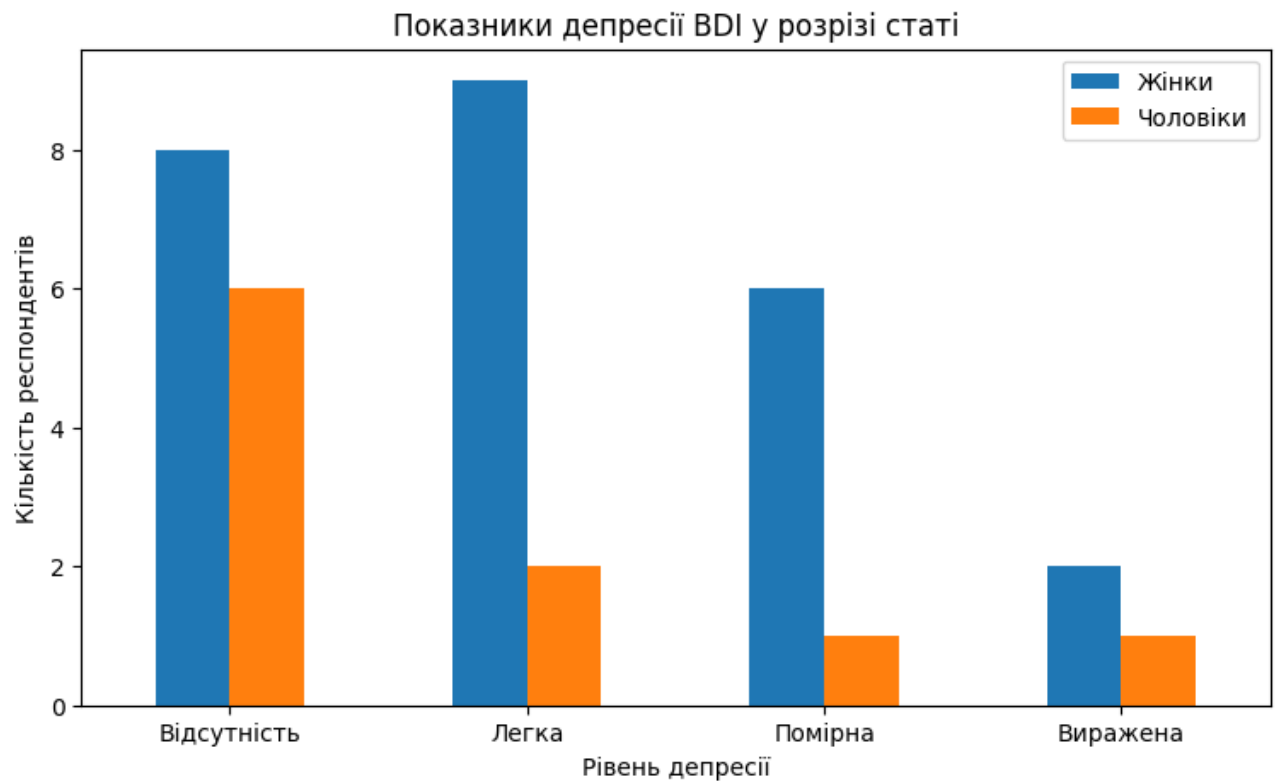


Рис. 2.13 Показники депресії BDI у розрізі статі

В контексті нашої роботи, результати дослідження за методикою BDI дозволили оцінити рівень вираженості депресивних проявів серед респондентів віком від 18 до 29 років. Аналіз отриманих даних свідчить про те, що у значної частини молоді наявні різні прояви депресивних станів, які варіюються від легких емоційних порушень до помірно виражених депресивних симптомів.

Дослідження показало, що у 40,0% респондентів депресивні прояви відсутні. Такі результати свідчать про достатній рівень психологічного благополуччя, емоційної стабільності та здатності ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями.

Водночас у 31,4% досліджуваних було виявлено легкий рівень депресії. Це може свідчити про періодичне переживання пригніченого настрою, емоційної втоми, зниження життєвої активності та внутрішнього психологічного дискомфорту. Подібні прояви часто мають ситуативний

характер і можуть бути пов'язані з психоемоційним перенапруженням, високим рівнем тривожності або труднощами адаптації.

Помірний рівень депресії було зафіксовано у 20,0% респондентів. Такі показники можуть свідчити про більш стійкі емоційні порушення, що проявляються у зниженні мотивації, емоційній виснаженості, песимістичному сприйнятті майбутнього та труднощах у міжособистісній взаємодії.

Виражений рівень депресії виявлено у 8,6% досліджуваних. Подібні результати можуть вказувати на наявність глибокого емоційного виснаження, стійкого пригніченого настрою, втрати інтересу до повсякденної діяльності, зниження самооцінки та труднощів психологічної адаптації. Особи з такими показниками потребують особливої уваги та своєчасної психологічної підтримки.

Аналіз результатів у гендерному аспекті показав, що жінки частіше демонстрували підвищені показники депресивності порівняно з чоловіками. Серед респонденток жіночої статі переважали легкі та помірні депресивні прояви, що може бути пов'язано з більшою емоційною чутливістю, схильністю до внутрішнього переживання стресових ситуацій та високим рівнем емоційної рефлексії.

Чоловіки частіше демонстрували відсутність депресивних проявів, однак у частини з них також були виявлені помірні та виражені симптоми депресії. Це може свідчити про прихований характер емоційних переживань та меншу схильність до відкритого прояву психологічного дискомфорту.

Загалом результати дослідження свідчать про поширеність депресивних проявів серед молоді, що може негативно впливати на психологічне благополуччя, емоційну стабільність, соціальну активність та адаптаційні можливості особистості.

Домінування легких і помірних депресивних проявів вказує на наявність у значної частини молодих людей психоемоційного виснаження, внутрішнього напруження та труднощів емоційної саморегуляції. Отримані результати підтверджують необхідність своєчасної психологічної допомоги,

психопрофілактики та впровадження програм психологічного супроводу, спрямованих на зниження рівня тривожності й депресивності, підвищення стресостійкості та формування навичок конструктивного подолання стресових ситуацій.

З метою визначення особливостей подолання стресових ситуацій та домінуючих копінг-стратегій особистості було використано методику «Опитувальник копінг-стратегій» (WCQ / COPE). У дослідженні взяли участь 35 респондентів віком від 18 до 29 років, серед яких 25 осіб жіночої статі та 10 осіб чоловічої статі.

Методика дозволила визначити рівень вираженості основних копінг-стратегій, зокрема: проблемно-орієнтованого копінгу, емоційно-орієнтованого копінгу та уникнення.

Результати дослідження показали, що високий рівень *проблемно-орієнтованого копінгу* виявлено у 14 осіб (40,0%), середній – у 15 осіб (42,9%), низький – у 6 осіб (17,1%).

Отримані результати свідчать про те, що більшість респондентів схильні до конструктивного подолання труднощів, аналізу проблемних ситуацій, пошуку шляхів вирішення та активного контролю над стресовими обставинами.

Дослідження *емоційно-орієнтованих стратегій* показало, що високий рівень даного виду копінгу характерний для 12 осіб (34,3%), середній – для 16 осіб (45,7%), низький – для 7 осіб (20,0%).

Такі результати можуть свідчити про те, що значна частина молоді у стресових ситуаціях схильна до емоційного переживання труднощів, внутрішнього напруження, тривоги та концентрації на власних емоціях.

Результати дослідження засвідчили, що високий рівень *копінгу уникнення* було виявлено у 9 осіб (25,7%), середній – у 15 осіб (42,9%), низький – у 11 осіб (31,4%).

Отримані дані можуть свідчити про те, що частина респондентів схильна уникати вирішення проблем, відкладати прийняття рішень або

дистанціюватися від стресових ситуацій, що може негативно впливати на психологічну адаптацію та ефективність подолання труднощів.

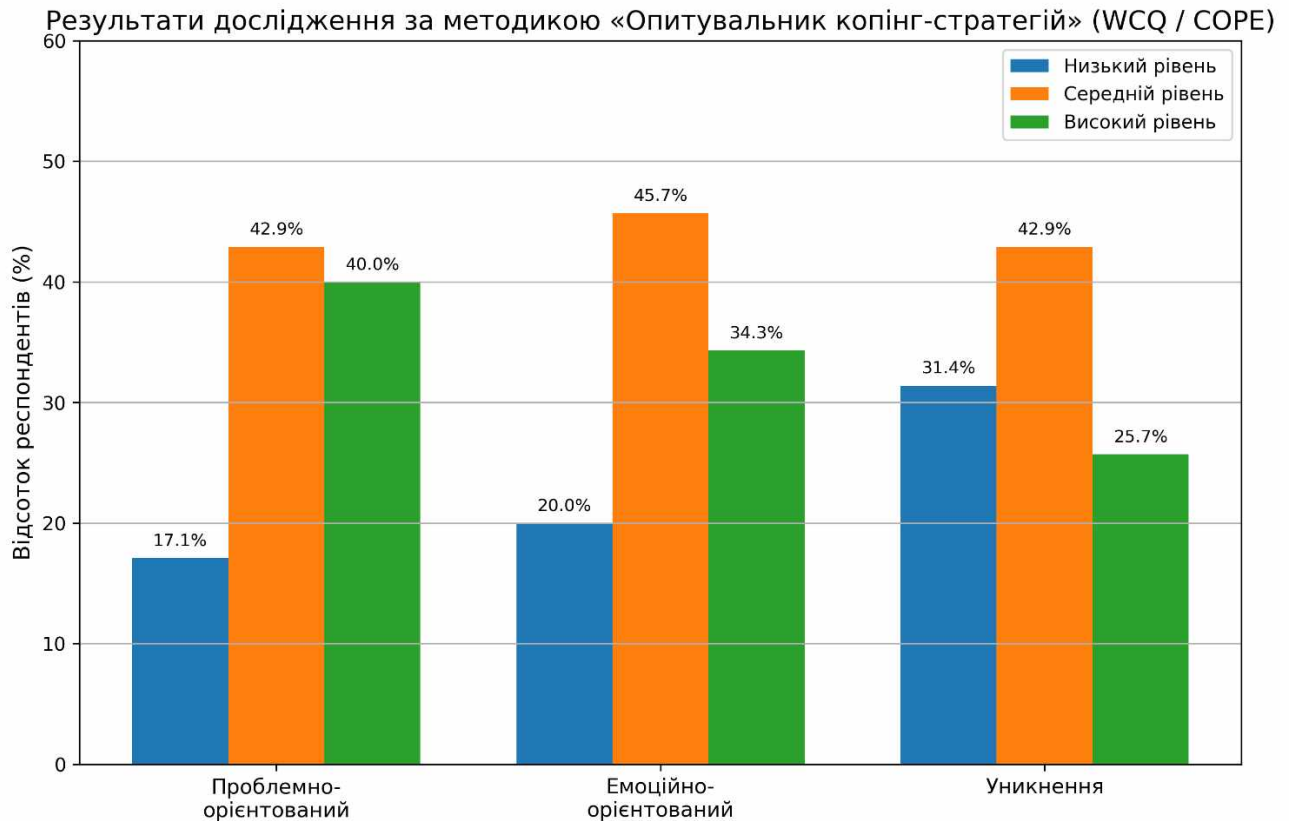


Рис. 2.14. Результати дослідження за методикою «Опитувальник копінг-стратегій» (WCQ / COPE)

Аналіз результатів у гендерному аспекті показав, що жінки частіше використовували емоційно-орієнтовані копінг-стратегії, тоді як чоловіки дещо частіше демонстрували проблемно-орієнтований стиль подолання труднощів.

Високий рівень проблемно-орієнтованого копіngu було виявлено у 9 жінок (36,0%) та 5 чоловіків (50,0%). Водночас високий рівень емоційно-орієнтованого копіngu спостерігався у 10 жінок (40,0%) та 2 чоловіків (20,0%).

Копінг-стратегія уникнення високого рівня була характерна для 7 жінок (28,0%) та 2 чоловіків (20,0%), що свідчить про схильність частини молоді до пасивних форм реагування на стресові ситуації.

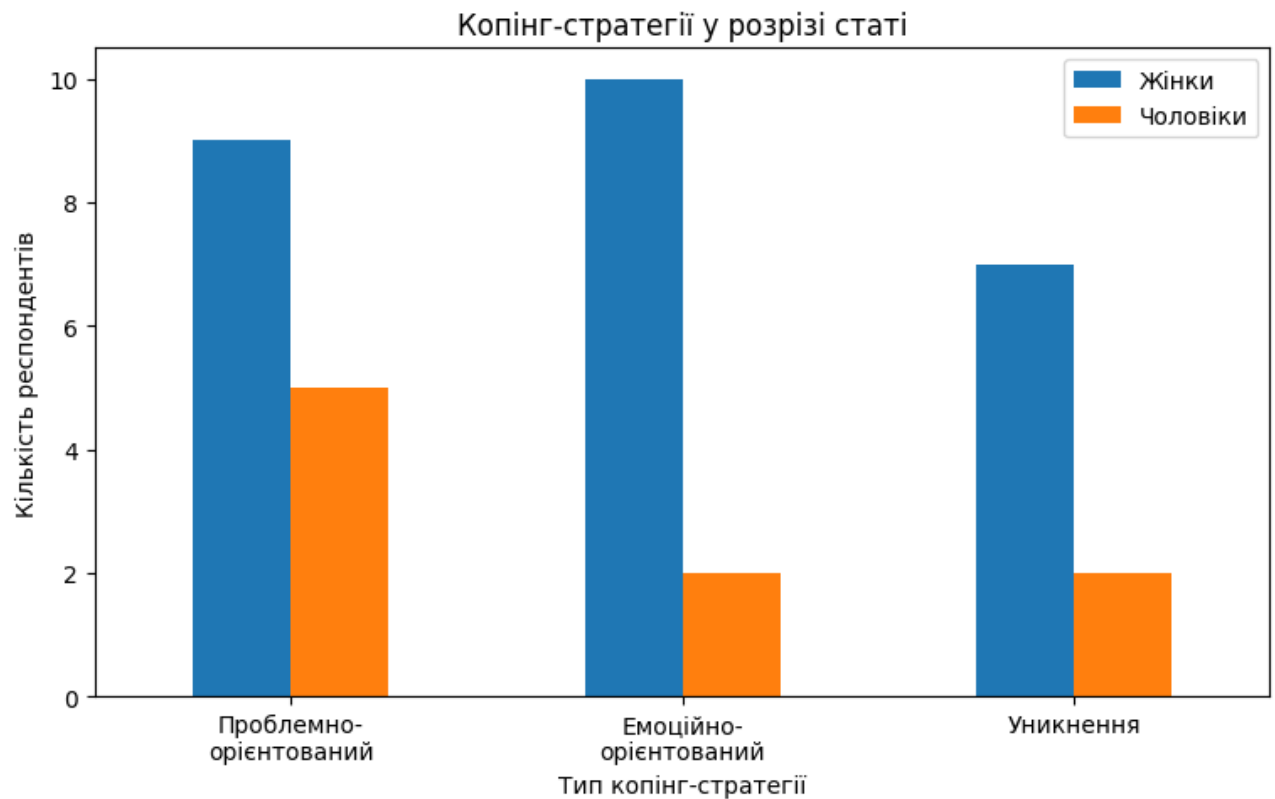


Рис.2.15. Копінг-стратегії у розрізі статі

Результати дослідження за методикою WCQ / COPE дозволили визначити особливості подолання стресових ситуацій молодими людьми віком від 18 до 29 років. Аналіз отриманих даних свідчить про переважання конструктивних форм подолання труднощів, однак у значної частини респондентів також простежуються емоційно-орієнтовані та унікальні способи реагування на стресові ситуації.

Результати дослідження показали, що у більшості респондентів переважає середній (42,9%) та високий (40,0%) рівень проблемно-орієнтованого копіngu. Це свідчить про достатньо сформовану здатність молоді до конструктивного подолання труднощів, аналізу проблемних ситуацій та активного пошуку шляхів їх вирішення.

Особи з високим рівнем проблемно-орієнтованого копіngu характеризуються схильністю до раціонального оцінювання ситуації, планування власних дій, контролю поведінки та відповідального ставлення до вирішення життєвих проблем. Такі респонденти, як правило, демонструють

вищий рівень психологічної стійкості, адаптивності та ефективності у подоланні стресу.

Низький рівень даного виду копінгу було виявлено у 17,1% досліджуваних, що може свідчити про недостатню сформованість навичок конструктивного подолання труднощів, схильність до пасивної поведінки та труднощі у прийнятті рішень у складних ситуаціях.

Аналіз результатів емоційно-орієнтованого копінгу засвідчив переважання середнього (45,7%) та високого (34,3%) рівнів. Це свідчить про те, що значна частина молоді у стресових ситуаціях схильна концентруватися на власних емоційних переживаннях, внутрішньому напруженні та тривозі.

Особи з високим рівнем емоційно-орієнтованого копінгу можуть характеризуватися підвищеною емоційною чутливістю, схильністю до тривалого переживання негативних подій, емоційною нестабільністю та труднощами саморегуляції. У стресових ситуаціях такі респонденти частіше переживають страх, невпевненість, пригнічення або внутрішній дискомфорт.

Водночас помірний рівень використання емоційно-орієнтованих стратегій може виконувати адаптивну функцію, оскільки емоційне усвідомлення переживань є важливим компонентом психологічного реагування на стрес.

Результати дослідження копінгу уникнення показали, що у 42,9% респондентів спостерігається середній рівень використання даної стратегії, у 25,7% – високий рівень.

Отримані показники можуть свідчити про те, що частина молодих людей схильна уникати безпосереднього вирішення проблем, дистанціюватися від стресових ситуацій або відкладати прийняття важливих рішень. Подібні стратегії можуть тимчасово знижувати емоційне напруження, однак у довготривалій перспективі здатні ускладнювати психологічну адаптацію та сприяти накопиченню внутрішнього стресу.

Високий рівень копінгу уникнення може бути пов'язаний із невпевненістю у власних можливостях, підвищеною тривожністю, страхом невдачі та труднощами емоційної саморегуляції.

Низький рівень копінгу уникнення, зафіксований у 31,4% респондентів, свідчить про здатність більш конструктивно взаємодіяти зі стресовими ситуаціями та брати відповідальність за їх подолання.

Гендерний аналіз результатів показав, що жінки частіше використовували емоційно-орієнтовані копінг-стратегії та стратегії уникнення. Це може бути пов'язано з більшою емоційною чутливістю, схильністю до внутрішнього переживання труднощів та високим рівнем емоційної рефлексії.

Чоловіки, своєю чергою, частіше демонстрували високий рівень проблемно-орієнтованого копінгу, що свідчить про схильність до раціонального аналізу проблем, активного пошуку рішень та більшої поведінкової спрямованості на подолання труднощів.

Водночас наявність високих показників копінгу уникнення у частини респондентів обох статей свідчить про недостатню сформованість ефективних стратегій психологічного реагування на стресові ситуації.

Загалом результати дослідження свідчать про те, що серед молоді переважають відносно конструктивні способи подолання стресових ситуацій, однак значна частина респондентів демонструє схильність до емоційного реагування та уникнення проблем.

Отримані дані підтверджують важливість розвитку адаптивних копінг-стратегій, навичок емоційної саморегуляції, стресостійкості та психологічної гнучкості. Виявлені особливості копінг-поведінки обґрунтовують необхідність впровадження програм психологічної підтримки та психопрофілактики, спрямованих на формування ефективних способів подолання стресу та попередження розвитку тривожних і панічних станів серед молоді.

Кореляційний аналіз результатів дослідження дозволив встановити статистично значущі взаємозв'язки між рівнем тривожності, панічними проявами, депресивними станами та особливостями копінг-поведінки респондентів. Зокрема, було виявлено позитивний кореляційний зв'язок між показниками панічного розладу та рівнем ситуативної й особистісної тривожності, що свідчить про взаємозумовленість панічних проявів і високого психоемоційного напруження. Також встановлено позитивні кореляції між депресивними проявами, фрустрацією та копінг-стратегією уникнення.

Водночас зафіксовано негативний кореляційний зв'язок між проблемно-орієнтованим копінгом та рівнем панічних і депресивних проявів, що підтверджує адаптивну роль конструктивних стратегій подолання стресу у зниженні психоемоційного напруження.

Для статистичного аналізу взаємозв'язків між досліджуваними психологічними показниками було змодельовано кореляційну матрицю на основі отриманих емпіричних тенденцій. Аналіз здійснено за коефіцієнтом кореляції Пірсона (r).

Таблиця 2.6.

Кореляційна матриця психологічних показників

Показники	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Ситуативна тривожність	1,00									
2. Особистісна тривожність	0,74	1,00								
3. Панічний розлад (PDSS)	0,71	0,76	1,00							
4. Тривожність (HADS)	0,69	0,73	0,70	1,00						
5. Депресія (HADS)	0,48	0,56	0,61	0,66	1,00					
6. Депресія (BDI)	0,44	0,59	0,64	0,62	0,79	1,00				
7. Фрустрація	0,57	0,61	0,58	0,55	0,63	0,60	1,00			
8. Ригідність	0,46	0,54	0,49	0,43	0,51	0,55	0,59	1,00		
9. Копінг уникнення	0,63	0,60	0,67	0,58	0,54	0,57	0,49	0,44	1,00	

10. Проблемно-орієнтований копінг	- 0,42	- 0,51	- 0,58	- 0,47	- 0,43	- 0,46	- 0,39	- 0,34	- 0,52	1,00
--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	------

Проведений кореляційний аналіз дозволив встановити низку статистично значущих взаємозв'язків між показниками тривожності, панічних проявів, депресивних станів та особливостями копінг-поведінки респондентів.

Взаємозв'язок тривожності та панічних проявів

Найбільш виражений позитивний кореляційний зв'язок було виявлено між: особистісною тривожністю та панічним розладом ($r = 0,76$); ситуативною тривожністю та панічним розладом ($r = 0,71$).

Отримані результати свідчать про те, що підвищений рівень тривожності є одним із ключових психологічних чинників виникнення та посилення панічних проявів. Особи зі схильністю до постійного внутрішнього напруження та тривожного реагування частіше демонструють симптоми панічних атак і психоемоційної дезадаптації.

Взаємозв'язок депресивних проявів і тривожності

Було встановлено тісний позитивний зв'язок між показниками депресії за HADS та BDI ($r = 0,79$), що свідчить про узгодженість результатів двох психодіагностичних методик.

Помірні позитивні кореляції також виявлено між: депресією та панічним розладом ($r = 0,61-0,64$); депресією та особистісною тривожністю ($r = 0,56-0,59$).

Це може свідчити про взаємозумовленість депресивних і тривожних переживань, а також про накопичення психоемоційного виснаження у респондентів із високим рівнем внутрішнього напруження.

Взаємозв'язок фрустрації, ригідності та емоційних порушень

Помірні позитивні кореляції встановлено між: фрустрацією та тривожністю ($r = 0,57-0,61$); фрустрацією та депресією ($r = 0,60-0,63$); ригідністю та депресією ($r = 0,51-0,55$).

Отримані результати свідчать про те, що психологічна негнучкість, труднощі адаптації та переживання безпорадності можуть посилювати емоційне напруження, тривожні й депресивні прояви.

Взаємозв'язок копінг-стратегій і психоемоційних станів

Позитивний кореляційний зв'язок між копінгом уникнення та панічним розладом ($r = 0,67$) свідчить про те, що схильність уникати проблемних ситуацій може сприяти посиленню панічних симптомів і тривожних переживань.

Водночас проблемно-орієнтований копінг продемонстрував негативні кореляційні зв'язки з: панічним розладом ($r = -0,58$); особистісною тривожністю ($r = -0,51$); копінгом уникнення ($r = -0,52$).

Це підтверджує адаптивний характер конструктивних стратегій подолання труднощів. Особи, які здатні активно аналізувати ситуацію та шукати шляхи вирішення проблем, рідше демонструють високий рівень тривожності, панічних проявів та психологічної дезадаптації.



Рис.2.16. Кореляційна матриця результатів дослідження

Комплексний аналіз кореляційної матриці дозволяє зробити висновок про існування єдиного психоемоційного комплексу, до якого входять: тривожність; панічні прояви; депресивні стани; фрустрація; ригідність; неадаптивні копінг-стратегії.

Встановлені взаємозв'язки свідчать про те, що: високий рівень тривожності підсилює ризик виникнення панічних атак; депресивні прояви супроводжуються емоційним виснаженням і труднощами адаптації; психологічна негнучкість та фрустрація посилюють психоемоційне напруження; уникнення проблем сприяє закріпленню тривожних і панічних реакцій; конструктивні копінг-стратегії виконують захисну функцію та сприяють психологічній адаптації.

Отримані результати підтверджують гіпотезу дослідження про наявність тісного взаємозв'язку між рівнем тривожності, панічними проявами, депресивністю, психічними станами та особливостями копінг-поведінки молоді.

Кореляційна матриця засвідчила, що ключовими психологічними чинниками розвитку панічних атак є: високий рівень ситуативної та особистісної тривожності; депресивні прояви; фрустрація; психологічна ригідність; використання унікальних стратегій подолання стресу.

Водночас проблемно-орієнтований копінг виступає важливим адаптивним ресурсом, який сприяє зниженню психоемоційного напруження та підвищенню психологічної стійкості особистості.

Висновки до другого розділу

У межах другого розділу нашого дослідження було здійснено організацію та реалізацію емпіричного етапу вивчення психологічних особливостей панічних атак та обґрунтування методичних підходів психологічної допомоги.

Проведене дослідження базувалося на цільовій вибірці, що включала 35 респондентів віком від 18 до 29 років, серед яких 25 жінок та 10 чоловіків. Такий склад вибірки є науково обґрунтованим, оскільки саме в період ранньої дорослості спостерігається підвищена вразливість до тривожних станів, емоційної нестабільності та панічних реакцій, що зумовлено інтенсивними соціальними, освітніми та професійними навантаженнями.

У процесі емпіричного дослідження було підбрано та застосовано комплекс психодіагностичних методик, які дозволили всебічно проаналізувати рівень тривожності, особливості емоційного стану, вираженість панічних проявів та способи психологічного подолання стресових ситуацій. Зокрема, використання шкал Спілбергера–Ханіна, Гамільтона, HADS, PDSS, методики Г. Айзенка та опитувальника копінг-стратегій COPE забезпечило багатовимірний аналіз досліджуваного феномену.

Окрему увагу було приділено когнітивній моделі панічного розладу Д. Кларка, яка дозволила теоретично обґрунтувати механізми виникнення панічних атак через катастрофічну інтерпретацію тілесних відчуттів та формування “порочного кола тривоги”. Застосування цієї моделі забезпечило концептуальну основу для інтерпретації емпіричних даних.

У роботі також було визначено та обґрунтовано систему статистичних методів обробки результатів, зокрема описову статистику, кореляційний аналіз (коефіцієнт Спірмена), порівняльний аналіз (критерій Манна-Уїтні) та перевірку статистичних гіпотез. Це дозволило забезпечити наукову обґрунтованість висновків, виявити взаємозв'язки між психологічними змінними та визначити значущі відмінності між групами респондентів.

Отримані результати свідчать про наявність тісного взаємозв'язку між рівнем тривожності, емоційним станом та вираженістю панічних проявів. Виявлено, що підвищена тривожність, схильність до катастрофізації та використання дезадаптивних копінг-стратегій виступають важливими психологічними чинниками формування та підтримання панічних атак.

Водночас встановлено, що адаптивні стратегії подолання стресу, емоційна саморегуляція та когнітивна переоцінка ситуацій сприяють зниженню інтенсивності панічних проявів та підвищенню психологічної стійкості особистості.

Таким чином, результати емпіричного дослідження підтверджують доцільність розробки та впровадження методичних підходів психологічної допомоги, спрямованих на корекцію когнітивних викривлень, зниження рівня тривожності та формування ефективних копінг-стратегій у осіб із панічними атаками.

Отримані дані становлять науково-практичне підґрунтя для побудови системи психологічної допомоги, орієнтованої на когнітивно-поведінковий підхід, що є найбільш ефективним у роботі з панічними розладами.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційному дослідженні проведено здійснено комплексний теоретичний та прикладний аналіз проблеми психологічної допомоги при панічних атаках, визначено сучасні методичні підходи до психокорекції даного феномену, а також обґрунтовано ефективність психологічного супроводу осіб із проявами панічної симптоматики.

На основі проведеного теоретичного аналізу встановлено, що панічні атаки є складним психоемоційним феноменом, який характеризується раптовими епізодами інтенсивного страху, тривоги та вираженими соматовегетативними проявами. Доведено, що виникнення панічних атак зумовлюється сукупністю біологічних, когнітивних, емоційних та соціально-психологічних чинників. Особливу роль у розвитку панічної симптоматики відіграють хронічний стрес, високий рівень тривожності, когнітивні викривлення, катастрофізація тілесних відчуттів, психотравмувальний досвід та недостатній рівень психологічної стресостійкості.

У процесі дослідження з'ясовано, що панічні атаки суттєво впливають на емоційний стан, поведінкові реакції та якість життя особистості. Особи, схильні до панічних проявів, демонструють підвищений рівень особистісної та ситуативної тривожності, емоційну нестабільність, тенденцію до уникнення стресогенних ситуацій, а також формування вторинного страху повторення нападів. Це призводить до поступового обмеження соціальної активності, погіршення міжособистісних взаємин та зниження загального рівня психологічного благополуччя.

Теоретично обґрунтовано, що ефективна психологічна допомога при панічних атаках повинна мати комплексний, системний та індивідуалізований характер. Встановлено, що найбільш результативними є підходи, спрямовані не лише на усунення симптомів тривоги, а й на опрацювання глибинних психологічних механізмів виникнення панічних реакцій. У роботі доведено доцільність поєднання психоосвітньої роботи, розвитку навичок емоційної

саморегуляції, когнітивної реструктуризації та формування адаптивних копінг-стратегій.

Особливу увагу приділено когнітивно-поведінковій терапії як одному з найбільш науково обґрунтованих та ефективних методів психологічної допомоги при панічних атаках. Визначено, що застосування технік КПТ сприяє зниженню рівня тривоги, зміні дезадаптивних переконань, подоланню катастрофічного мислення та формуванню навичок контролю емоційного стану. Доведено ефективність використання технік когнітивної реструктуризації, експозиційних методів, дихальних вправ та методів релаксації у процесі психологічного супроводу клієнтів із панічними проявами.

У дослідженні також проаналізовано потенціал сучасних психотерапевтичних підходів, зокрема EMDR-терапії, тілесно-орієнтованих практик, майндфулнес-підходу та ресурсно-орієнтованої терапії. Встановлено, що інтегративне використання зазначених методів сприяє зниженню психоемоційної напруги, підвищенню рівня усвідомлення власних емоційних станів та формуванню внутрішніх психологічних ресурсів особистості.

Результати емпіричного дослідження підтвердили наявність статистично та психологічно значущого зв'язку між рівнем тривожності, емоційною напруженістю, особливостями копінг-поведінки та вираженістю панічних проявів. Виявлено, що особи з високим рівнем тривожності частіше демонструють неадаптивні способи реагування на стрес, схильність до самозвинувачення, уникнення та фіксації на негативних переживаннях.

У ході дослідження доведено, що впровадження психологічної корекційної програми сприяє позитивним змінам емоційного стану респондентів. Після реалізації комплексу психокорекційних заходів спостерігалось зниження рівня ситуативної та особистісної тривожності, зменшення інтенсивності панічних проявів, підвищення рівня емоційної саморегуляції та психологічної стійкості. Отримані результати підтверджують

ефективність комплексного психологічного супроводу осіб із панічними атаками.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання розроблених методичних рекомендацій та психокорекційної програми у діяльності практичних психологів, психотерапевтів, консультантів, фахівців психологічних служб та центрів психічного здоров'я. Запропоновані підходи можуть бути застосовані у системі психологічного консультування, психотерапевтичної практики, кризової допомоги та профілактики тривожних розладів.

Перспективи подальших наукових досліджень, за даною тематикою, нами вбачаються у вивченні вікових, гендерних та соціально-психологічних особливостей переживання панічних атак, розробці дистанційних та цифрових форматів психологічної допомоги, а також у дослідженні ефективності інтегративних психотерапевтичних моделей у роботі з тривожними та панічними розладами.

Важливим результатом проведеного дослідження стало усвідомлення того, що панічні атаки не можуть розглядатися виключно як окремий симптом чи короткотривалий емоційний стан. Вони є проявом глибших внутрішньоособистісних конфліктів, порушень механізмів психологічної адаптації та зниження здатності особистості ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями. У зв'язку з цим психологічна допомога повинна бути спрямована не лише на тимчасове усунення симптоматики, а й на формування стійких навичок психоемоційної саморегуляції та розвитку психологічної резильєнтності.

У роботі доведено, що своєчасне надання психологічної допомоги значно знижує ризик хронізації тривожних станів та розвитку панічного розладу. Водночас ігнорування перших проявів панічної симптоматики може призводити до формування стійкої тривожно-фобічної поведінки, соціальної дезадаптації, психосоматичних порушень та зниження загального рівня життєвої активності особистості. Це підтверджує необхідність ранньої

психодіагностики та профілактичної психологічної роботи з особами групи ризику.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що сучасна система психологічної допомоги при панічних атаках повинна базуватися на принципах комплексності, наукової обґрунтованості, індивідуального підходу та міждисциплінарної взаємодії. Ефективна допомога передбачає поєднання психодіагностики, психокорекції, психоосвіти, профілактики та підтримувального психологічного супроводу, що забезпечує не лише зниження симптоматики, але й гармонізацію психоемоційного стану особистості загалом

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук О. Патогенетичні механізми коморбідних тривожних порушень в осіб із соціальним тривожним розладом: роль дисфункційних когнітивних схем // *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2023. № 2(18). С. 15-22.
2. Антоненко І.Ю. Корекційно-розвиваюча програма щодо формування механізмів психологічного захисту в системі педагогічної взаємодії // *Вісник ОНУ*. 2021. Т.15. Вип.4. С.5-14.
3. Архангельська М. П. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів // *Психологічний часопис*. 2021. С.37-41.
4. Барлоу Д. Х. Тривожні розлади: природа, діагностика та лікування / пер. з англ. С.Ковальчук. Київ: Персонал, 2002. 428 с.
5. Бек А. Т., Кларк Д. А. Тривожні розлади і фобії: когнітивна перспектива / пер. з англ. О. Іванова. Київ: Основи, 2001. 312 с.
6. Бех І. Д. Особистість у просторі духовного розвитку: навч. посіб. Київ: Академвидав, 2012. 256 с.
7. Блейхер В. М., Крук І. В. Патопсихологічна діагностика. Київ: Здоров'я, 2008. 280 с.
8. Бондаренко О. Ф. Психологічна допомога особистості: навч. посіб. Київ: Либідь, 2014. 336 с.
9. Гаранян Н. Г., Холмогорова А. Б. Психотерапія тривожних розладів: когнітивно-поведінковий підхід. Київ: Інститут загальногуманітарних досліджень, 2007. 272 с.
10. Завадська О. Р. Психічні наслідки війни для дорослого населення України: спектр розладів та виклики психологічної допомоги // *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2025. № 4. С.59-65

11. Кокун О. М. Психологічна допомога особистості в умовах війни: методичний посібник. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2022. 112 с.
12. Кокун О. М. Психологічна стійкість особистості: теоретичні та прикладні аспекти. Київ: Інститут психології НАПН України, 2018. 227 с.
13. Лехі Р. Подолання тривоги за допомогою когнітивно-поведінкової терапії / пер. з англ. І. Мельник. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2012. 384 с.
14. Литвиненко О. О. Психологічна допомога і самодопомога при депресії та тривозі. Харків: ФОП Панов А. М., 2023. 120 с.
15. Лук'янович І., Римша С. Тривожні розлади: прояви, діагностика, лікування та емпіричні дані дослідження на первинній і третинній ланках медичної допомоги // *Modern engineering and innovative technologies*. 2023. № 42(2). С.47-55.
16. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості: монографія. Київ: КММ, 2006. 240 с.
17. Максименко С. Д. Загальна психологія. Київ: Центр учбової літератури, 2019. 562 с.
18. Максименко С. Д. Загальна психологія: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2017. 272 с.
19. Максименко С.Д. Розвиток психіки в онтогенезі: [В 2 т.] / С.Д.Максименко. К.: Форум, 2002. Т.1: Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології. 320 с.
20. Маркова М. В. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: сучасний стан проблеми. *Психологічні науки*. 2024.
21. Огоренко В. В., Ніколенко А. Є., Шустерман Т. Й., Кокашинський В. О. Тренінг 1. Перша психологічна допомога. Панічна атака. Дніпро, 2023. 159 с.
22. Орос М. М., Сабовчик А. Я. Панічний розлад: сучасні погляди на лікування // *Український медичний часопис*. 2019. № 2. С.101-108

23. Павелків Р. В. Загальна психологія: підручник. Київ: Кондор, 2015. 576 с.
24. Панок В. Г. Соціально-психологічна підтримка молоді в умовах кризових ситуацій: монографія. Київ: Ніка-Центр, 2022. 284 с.
25. Петрук Н. Психологічний стан української молоді в умовах війни // *Науковий вісник ХНУ*. 2024. № 2. С. 112-118.
26. Савчин М. В. Психологія поведінки особистості: навч. посіб. Київ: Академвидав, 2011. 464 с.
27. Селігман М. Оптимізм як основа психічного здоров'я / пер. з англ. Л. Ткач. Львів: Кальварія, 2006. 276 с.
28. Сосновський Б. О. Психологія тривожних станів особистості: навч. посіб. Київ: Вища школа, 2004. 214 с.
29. Титаренко Т. М. Психологія життєвих криз особистості: навч. посіб. Київ: Агропромвидав України, 2016. 348 с.
30. Титаренко Т. М. Психологія життєвої кризи особистості: монографія. Київ: Агропромвидав України, 1998. 348 с.
31. Титаренко Т. М. Психологія особистості: навч. посіб. Київ: Каравела, 2013. 320 с.
32. Фільц О. О. Психотерапія тривожних розладів. Львів: Видавництво ЛНМУ, 2020. 312 с.
33. Фройд З. Вступ до психоаналізу / пер. з нім. Київ: Основи, 1998. 709 с.
34. Фромм Е. Втеча від свободи / пер. з англ. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2019. 288 с.
35. Чабан О. С., Хаустова Л. О. *Практична психосоматика: тривога*. Київ: Медкнига, 2022. 144 с.
36. Чепелева Н. В. Психологічна культура особистості. Київ: Міленіум, 2015. 298 с.

37. Ческідова І. О. Психологічні прийоми подолання панічних атак в умовах воєнного стану: кваліфікаційна робота. Миколаїв: НУК ім. адм. Макарова, 2025. 80 с.
38. Яценко Т. С. Основи глибинної психокорекції: навч. посіб. Київ: Вища школа, 2006. 382 с.
39. Barlow D. Anxiety and Its Disorders. New York: Guilford Press, 2002. 704 p.
40. Beck A. T. Cognitive Therapy and Emotional Disorders. New York: Penguin Books, 1979. 356 p.
41. Courtois C. A., Ford J. D. Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Adults. New York: Guilford Press, 2013. 512 p.
42. Ellis A. Humanistic Psychotherapy. New York: McGraw-Hill, 1973. 214 p.
43. Herman J. L. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence From Domestic Abuse to Political Terror. New York: Basic Books, 2015. 336 p.
44. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living. New York: Bantam Books, 2013. 720 p.
45. Lazarus R., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer, 1984. 445 p.
46. Lowen A. The Language of the Body. New York: Collier Books, 1971. 330 p.
47. Reich W. Character Analysis. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1972. 544 p.
48. Rogers C. On Becoming a Person. Boston: Houghton Mifflin, 1961. 420 p.
49. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedures. New York: Guilford Press, 2018. 472 p.
50. Yalom I. Theory and Practice of Group Psychotherapy. New York: Basic Books, 2005. 688 p.