ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ОСІБ ІЗ ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

КОРЖ ВІКТОРІЇ КИРИЛІВНИ

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри_____
«04» травня 2026 р.

Науковий керівник:
Данильчук Л.О.,
доктор психологічних наук,
професор
Рецензент:
Комар Т.В.,
доктор психологічних наук,
професор

КИЇВ – 2026

Реєстрація

номер	дата, підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано до захисту

Данильчук Л.О.

підпис наукового керівника	ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

оцінка	дата захисту

Голова ЕК Н.В. Волинець

підпис	ініціали, прізвище

Члени ЕК С.А. Палій

підпис	ініціали, прізвище

В.Б. Синякова

підпис	ініціали, прізвище

О.Л. Туриніна

підпис	ініціали, прізвище

Секретар ЕК Д.В. Бур’ян

підпис	ініціали, прізвище

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

спеціальність *Психологія*
курс ІІ *(магістратура)*

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу магістра
Корж Вікторії Кирилівни

1. Тема роботи: **Психологічна підтримка осіб із панічними атаками.**
2. Цільова установка: дорослі особи віком 25–45 років, які мають досвід панічних атак та проживають на території України або є вимушено переміщеними за кордон; вихідні дані: матеріали професійної та переддипломної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.
3. Перелік графічного матеріалу 4 табл., 5 рис.
4. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	**Консультант (Прізвище, ініціали)**	**Підпис, дата**	
		Завдання видав	**Завдання прийняв**
Розділ 1	Данильчук Л.О.		
Розділ 2	Данильчук Л.О.		
Розділ 3	Данильчук Л.О.		

5. Зміст роботи:

Вступ

Розділ 1. Теоретико-методологічні засади психологічної підтримки осіб із панічними атаками.

Розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей панічних атак і запитів на психологічну підтримку.

Розділ 3. Програма психологічної підтримки осіб із панічними атаками та оцінка її ефективності.

Висновок

Список використаних джерел

Додатки

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	**Фактичний**
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи магістра.	червень 2025	червень 2025
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.	липень 2025	липень 2025
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи магістра, затвердження його керівником.	серпень 2025	серпень 2025
4.	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.	жовтень 2025	жовтень 2025
5.	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.	грудень 2025	грудень 2025
6.	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час переддипломної практики, і подання її на повторне читання.	січень-березень 2026	січень-березень 2026
7.	Подання кваліфікаційної роботи магістра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	квітень 2026	квітень 2026
8.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи магістра на засіданні Екзаменаційної комісії.	травень 2026	травень 2026
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	червень 2026	червень 2026

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Данильчук Л.О.)

Завдання прийняла
до виконання
здобувачка _____ (Корж В.К.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 113 с., 4 табл., 5 рис., 51 джерело, 4 додатки.

Об'єкт дослідження: процес психологічної підтримки осіб, які переживають панічні атаки.

Предмет дослідження: психологічні чинники, механізми та методи психологічної підтримки осіб, які переживають панічні атаки.

Мета: виявити психологічні особливості переживання панічних атак та оцінити ефективність комплексної програми психологічної підтримки, спрямованої на зменшення інтенсивності панічних симптомів.

Гіпотеза дослідження: комплексна програма психологічної підтримки, яка поєднує психоосвіту, когнітивну реструктуризацію катастрофічних інтерпретацій, тренування навичок саморегуляції та поступове зниження уникання, сприятиме статистично значущому зменшенню інтенсивності панічних симптомів і тривожності та підвищенню адаптивності (самоефективності й контролю над станом) у порівнянні з вихідними показниками.

Методи дослідження:

- теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння та узагальнення наукових джерел;

- емпіричні методи: психодіагностичне тестування;

- методи математико-статистичної обробки: описова статистика, перевірка відмінностей до/після, кореляційний аналіз.

ПАНІЧНІ АТАКИ, ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА, ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ, КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ.

PANIC ATTACKS,PSYCHOLOGICAL SUPPORT,ANXIETY DISORDERS,COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY (CBT).

ЗМІСТ

ВСТУП 7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ ІЗ ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ 11
1.1 Поняття панічної атаки в сучасній психології та суміжних науках 11
1.2. Психологічні механізми виникнення та підтримання панічних атак 22
1.3. Психологічна підтримка осіб із панічними атаками 30
Висновки до розділу 1 39
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАНІЧНИХ АТАК І ЗАПИТІВ НА ПСИХОЛОГІЧНУ ПІДТРИМКУ 41
2.1. Організація та методика емпіричного дослідження 41
2.2. Інтерпретація результатів дослідження 46
Висновки до розділу 2 65
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ ІЗ ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ 66
3.1. Обґрунтування програми психологічної підтримки 67
3.2. Мета, завдання, принципи та структура програми 70
3.3. Аналіз результатів формувального етапу та практичні рекомендації для психологів і клієнтів 77
Висновки до розділу 3 85
ВИСНОВКИ 87
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 90
ДОДАТКИ 96

ВСТУП

Панічні атаки належать до найбільш дезадаптивних проявів тривоги, оскільки виникають раптово, супроводжуються вираженими тілесними відчуттями (серцебиття, тремтіння, задишка, запаморочення тощо), інтенсивним страхом втрати контролю або загрози життю та формують стійкі поведінкові обмеження (уникання місць, ситуацій, фізичних навантажень, соціальних контактів). У психологічній практиці панічні атаки часто стають причиною повторних звернень по медичну допомогу, надмірних обстежень і тривалого напруження, а також можуть поєднуватися з іншими тривожними та депресивними проявами, порушеннями сну й зниженням якості життя. За даними ВООЗ, тривожні розлади є найпоширенішою групою психічних розладів. У 2021 році з ними жили сотні мільйонів людей у світі, що відображає масштаб потреби в доступній та ефективній допомозі. У структурі тривожної патології суттєву частку становлять стани, пов’язані з панікою: за епідеміологічними даними, поширеність панічного розладу за рік у дорослого населення може сягати кількох відсотків, а частота панічних атак у популяції є ще вищою.

Актуальність теми зумовлена суперечністю між, з одного боку, високою поширеністю панічних атак/панічного розладу та їх значним впливом на повсякденне функціонування, а з іншого – недостатньою своєчасністю й психологічною «адресністю» допомоги. Люди часто інтерпретують панічні симптоми як виключно соматичну катастрофу, уникають психотерапевтичного звернення, стикаються зі стигмою, фрагментарністю маршрутів допомоги та дефіцитом навичок саморегуляції. Це створює потребу в психологічній підтримці, яка поєднує психоосвіту, формування навичок керування фізіологічним збудженням, роботу з катастрофізацією, тренування толерантності до тілесних відчуттів і профілактику уникання. Масштаби проблеми підтверджуються статистичними даними: ВООЗ оцінює частку

людей із тривожними розладами у світі на рівні приблизно 4,4% (сотні мільйонів осіб), що вказує на системну потребу в доступних психологічних інтервенціях. Отже, психологічна підтримка має бути спрямована не лише на клінічно оформлений розлад, а й на осіб із повторюваними панічними епізодами та високим ризиком їх хронифікації.

Об'єкт дослідження: процес психологічної підтримки осіб, які переживають панічні атаки.

Предмет дослідження: психологічні чинники, механізми та методи психологічної підтримки осіб, які переживають панічні атаки.

Мета дослідження: виявити психологічні особливості переживання панічних атак та оцінити ефективність комплексної програми психологічної підтримки, спрямованої на зменшення інтенсивності панічних симптомів.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати поняття панічної атаки в сучасній психології та суміжних науках, узагальнити підходи до її розуміння та опису.

2. Розкрити й теоретично обґрунтувати психологічні механізми виникнення та підтримання панічних атак і визначити ключові мішені психологічної підтримки.

3. Організувати та провести емпіричне дослідження особливостей панічних атак і запитів на психологічну підтримку.

4. Розробити, апробувати та оцінити ефективність програми психологічної підтримки осіб із панічними атаками, узагальнити результати формувального етапу й сформулювати практичні рекомендації для психологів і клієнтів.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що комплексна програма психологічної підтримки, яка поєднує психоосвіту, когнітивну реструктуризацію катастрофічних інтерпретацій, тренування навичок саморегуляції та поступове зниження уникання, сприятиме статистично значущому зменшенню інтенсивності панічних симптомів і тривожності та

підвищенню адаптивності (самоефективності й контролю над станом) у порівнянні з вихідними показниками.

Методологічну основу дослідження становлять:

- теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння та узагальнення наукових джерел;

- емпіричні методи: психодіагностичне тестування ();

- методи математико-статистичної обробки: описова статистика, перевірка відмінностей до/після, кореляційний аналіз.

Наукова новизна полягає в тому, що:

- уточнено психологічний профіль осіб із панічними атаками через аналіз взаємозв'язків між інтенсивністю панічних проявів, катастрофізацією, униканням і навичками саморегуляції;

- удосконалено підхід до психологічної підтримки шляхом інтеграції коротких модулів психоосвіти, саморегуляції та когнітивно-поведінкових технік у єдину прикладну програму;

- дістало подальший розвиток обґрунтування критеріїв ефективності психологічної підтримки (симптоматичні, поведінкові та функціональні показники).

Практичне значення роботи полягає у можливості використання розробленої програми психологічної підтримки та рекомендацій у діяльності практичних психологів закладів освіти, психологічних служб, консультативних центрів і фахівців соціально-психологічних послуг. Запропоновані матеріали можуть бути застосовані для: первинного психологічного скринінгу панічних проявів; короткострокової підтримки та навчання навичкам самодопомоги; профілактики уникання та вторинних ускладнень (соціальної дезадаптації, хроніфікації тривоги); підвищення психологічної грамотності клієнтів і їхніх близьких щодо панічних атак.

Експериментальна база дослідження:

Апробація результатів: основні положення та результати дослідження були представлені на

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг роботи становить 103 сторінки. Список джерел налічує 51 позицій. Додатки подано на 16 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ ІЗ ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ

1.1 Поняття панічної атаки в сучасній психології та суміжних науках

Упродовж останніх років поняття панічної атаки посідає все більш помітне місце в дискурсі клінічної психології, психіатрії та психотерапії. Зростання інтересу до цього феномену пов'язане як із загальносвітовими тенденціями (постпандемічні наслідки COVID-19, зростання тривожних розладів), так і з воєнним контекстом в Україні, що супроводжується хронічною загрозою, невизначеністю та високим рівнем стресу населення [12].

У публікаціях Р. Мороз панічні атаки описуються як один із найбільш дистресуючих проявів тривожної симптоматики, що істотно погіршує якість життя, обмежує соціальну активність і сприяє формуванню вторинних психологічних проблем – уникальної поведінки, іпохондричних переконань, депресивних реакцій [16].

У сучасних діагностичних системах – зокрема в DSM-5-TR та МКХ-11 (ICD-11) – панічна атака розглядається не лише як ключовий компонент панічного розладу, а й як неспецифічний феномен, що може виникати при широкому спектрі психічних розладів (тривожних, афективних, посттравматичних, соматоформних), а також у клінічно «здорових» осіб.

У класифікації DSM-5-TR панічна атака визначається як раптовий, інтенсивний «сплеск» страху або сильного дискомфорту, який розгортається дуже швидко. Стан досягає піку протягом кількох хвилин, а не годин чи днів. Важливо, що людина зазвичай не встигає «підготуватися» чи логічно пояснити собі, що з нею відбувається: суб'єктивно панічна атака переживається як щось раптове, неконтрольоване і загрозливе для життя чи психічної цілісності.

DSM-5-TR підкреслює, що для діагностичних цілей панічна атака – це комплекс соматичних (тілесних) та когнітивно-емоційних симптомів, із яких має бути наявними щонайменше чотири. До соматичних проявів належать,

зокрема, різко виражене серцебиття або «перебої» в роботі серця (людині здається, що в неї інфаркт), пітливість, тремор або відчутне тремтіння в тілі, відчуття задухи чи неможливості повноцінно вдихнути, «стиснення» в горлі або відчуття, ніби людина «захлинається», біль або тиск у грудях, нудота чи дискомфорт у животі, запаморочення, нестійкість, відчуття, що зараз «знепритомніє». Часто виникають відчуття жару або, навпаки, різкого ознобу, поколювання чи оніміння в руках, ногах, обличчі (парестезії) [32].

Когнітивні й емоційні симптоми включають відчуття нереальності того, що відбувається (дереалізація) або відчуття відчуження від власного тіла, думок, емоцій (деперсоналізація). На цьому тлі з'являються катастрофічні думки: страх «збожеволіти», втратити контроль над собою, зробити щось небезпечне чи соціально неприйнятне, а також страх померти («зараз зупиниться серце», «я задихнуся», «зі мною щось невиправне трапиться»). Сукупність цих переживань створює суб'єктивне відчуття повної втрати контролю над власним станом.

Ще одна принципова деталь, на якій акцентує DSM-5-TR, це те, що панічна атака описується як «абруптний (раптовий) сплеск», тобто інтенсивність симптомів зростає дуже швидко, а сам епізод має чітко окреслений початок і кінець. Людина може пам'ятати, що о 14:05 стало дуже погано, за кілька хвилин все наросло до максимуму, ще через якийсь час почало відпускати, залишилася слабкість і страх повторення. Саме така пароксизмальна динаміка відрізняє панічну атаку від фону хронічної тривоги, яка може бути підвищеною, але відносно стабільною і не має настільки різкого піку [32].

У матеріалах National Institute of Mental Health (NIMH) панічні атаки описуються як раптові, начебто «безпричинні» епізоди дуже інтенсивного страху або сильного дискомфорту, які буквально «накривають» людину протягом кількох хвилин і часто сприймаються нею як стан, близький до смертельної загрози. Підкреслюється, що для багатьох людей ці епізоди виглядають як такі, що виникають «нізвідки». Перед нападом може не бути

жодної очевидної небезпеки, жодного явного тригера, ситуація зовні може бути цілком звичною й буденною (наприклад, поїздка в транспорті, перебування в магазині, вдома або на роботі), але всередині людина раптово відчуває різкий підйом тривоги, який дуже швидко досягає піку [43].

NIMH наголошує, що панічні атаки майже завжди супроводжуються яскраво вираженими тілесними симптомами: різким серцебиттям, відчуттям «поштовхів» або «збоїв» у роботі серця, тремтінням, відчуттям жару чи ознобу, пітливістю, запамороченням, нестійкістю, нудотою, дискомфортом у животі, відчуттям «задухи» або неможливості зробити повноцінний вдих, болем чи тиском у грудях, відчуттям «ватності» або слабкості в ногах і руках. Ці фізіологічні прояви стають ґрунтом для катастрофічних інтерпретацій. Людині здається, що в неї саме зараз трапляється серцевий напад, інсульт, що вона «задихнеться» через зупинку дихання, «знепритомніє» і впаде в непритомність у публічному місці, «втратить контроль над собою» або «збожеволіє». Саме суб'єктивне переконання в тому, що «щось жахливе ось-ось станеться», надає панічній атаці характеру екстремальної небезпеки: люди описують цей стан як такий, у якому вони щиро вірять, що можуть померти в найближчі хвилини [43].

NIMH звертає увагу й на те, що після перших епізодів у багатьох людей формується страх повторення панічної атаки та уникальна поведінка. Люди починають оминати місця чи ситуації, у яких у них уже колись стався напад (торгові центри, громадський транспорт, скупчення людей, далекі поїздки), що поступово може призводити до значного звуження простору повсякденного життя і, в окремих випадках, до розвитку агорафобії. Крім того, сам досвід переживання панічної атаки закріплює уявлення про власне тіло як «небезпечне» або «ненадійне». Людина починає постійно прислухатися до серцебиття, дихання, найменших змін самопочуття й, помічаючи їх, щоразу припускає найгірший варіант, що, у свою чергу, підвищує ризик нових нападів [43].

У МКХ-10 для позначення панічних атак використовується термін «епізодична пароксизмальна тривога», при цьому детально прописуються критерії частоти, тривалості та структури симптомокомплексу, що дозволяє диференціювати панічний розлад середньої та тяжкої вираженості (F41.00, F41.01). В МКХ-11, згідно з аналізом T. Rebello та співавт., поняття панічні атаки використовується і як частина діагностичних критеріїв панічних розладів, і як «критерій», котрий може додаватися до інших діагнозів для позначення панічних епізодів, що супроводжують перебіг розладу [45].

Таким чином, у міжнародних класифікаціях панічна атака фіксується як окремий феномен, але не є самостійною нозологічною одиницею; натомість статус діагнозу має панічний розлад, для якого повторювані панічні атаки є центральною діагностичною ознакою.

В українському науковому полі поняття панічної атаки справді вибудовується саме «на перетині» медичної психології, психотерапії та психіатрії, і текст Р. Мороз тут показовий, бо добре демонструє, як клінічні спостереження поєднуються з психологічними моделями. У статті авторка наголошує, що панічна атака у юнаків постає не просто як сильний страх, а як раптовий, майже некерований «вибух» тривоги надзвичайно високої інтенсивності, який суб’єктивно сприймається як щось таке, що «обвалюється» на людину зовні без причин. Важливий акцент робиться на тому, що цей «вибух» не відповідає реальній ситуації. Навколо немає об’єктивної смертельної небезпеки, але внутрішній досвід юнака такий, ніби загроза життю, здоров’ю чи психічній цілісності є максимально реальною й неминучою [16].

Детально розкриваючи симптоматику панічної атаки, Р. Мороз підкреслює її полімодальний характер. На фізіологічному рівні переважають вегетативні прояви: різке серцебиття або відчуття «збоїв» у роботі серця, тремор у тілі, відчуття задухи чи браку повітря, стискання в грудях, слабкість, запаморочення. Для осіб, які ще не мають великого досвіду зіткнення з власними тілесними реакціями, ці відчуття часто інтерпретуються як ознака

«серйозної хвороби» – інфаркту, інсульту, колапсу. На емоційному рівні домінують переживання жаху, безпорадності, відчуття повної втрати опори: юнак ніби одночасно боїться померти, «з'їхати з глузду» та втратити контроль над своїми діями в присутності інших людей. Ця емоційна компонента робить панічну атаку настільки травмуючим досвідом, що навіть після завершення епізоду в пам'яті закарбовується саме інтенсивність жаху, а не конкретні обставини [16].

Когнітивна складова панічної атаки, за описом Р. Мороз, представлена передусім катастрофічними думками щодо власного здоров'я та психічного стану. Йдеться про миттєві, дуже яскраві уявлення: «зараз у мене зупиниться серце», «мені стало погано – значить, у мене невиліковна хвороба», «я втрачаю контроль і можу зробити щось жахливе», «я збожеволію при інших». Такі думки не просто супроводжують тілесні симптоми, а й підсилюють їх. Чим більше людина переконує себе, що це «щось смертельно небезпечне», тим сильніше активується тривога, а разом з нею – серцебиття, тремор, задишка. Утворюється замкнене коло, де тілесні відчуття і катастрофічні інтерпретації взаємно підживлюють одне одного [16].

Поведінкові реакції, які виділяє Р. Мороз, логічно випливають із цього внутрішнього досвіду. По-перше, це імпульсивне уникання. Бажання негайно вийти з ситуації, де стало погано (залишити аудиторію, транспорт, магазин, чергу), повернутися «в безпечне місце» або сховатися від поглядів інших. По-друге, пошук негайної допомоги – звернення до близьких, виклик швидкої, термінові візити до лікарів, наполегливе обстеження, навіть якщо об'єктивно серйозної соматичної патології не виявляють. У поєднанні ці поведінкові реакції поступово підсилюють тривожне очікування нових нападів. Людина починає обмежувати маршрути, соціальні ситуації, фізичні навантаження, уникати місць, де вже колись пережила панічну атаку, що веде до звуження простору життя [16].

У роботі О. Дрозд та К. Рич панічні атаки описуються не просто як епізод сильного страху, а як специфічний психофізіологічний феномен, у якому тісно

переплітаються тілесні, нейрофізіологічні та когнітивні процеси. Автори підкреслюють, що в основі панічної атаки лежить різка активація автономної нервової системи, передусім симпатичного її відділу, яка запускає типовий «реакційний каскад» організму на небезпеку. Ці фізіологічні зміни самі по собі є природним компонентом стресової реакції, однак у випадку панічної атаки вони стають надмірними, диспропорційними реальній ситуації й переживаються як щось загрозливе й неконтрольоване. Паралельно відбувається дисрегуляція системи стресу – гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі. Організм наче «застрягає» у режимі тривоги, навіть коли зовнішній стресор відсутній або мінімальний. У цю фізіологічну картину вбудовується ще один важливий компонент – специфічні когнітивні інтерпретації тілесних відчуттів. Людина не просто відчуває тахікардію чи задишку, а миттєво надає їм катастрофічного змісту. Саме така інтерпретація, на думку авторів, перетворює звичайний фізіологічний «сплеск» збудження на повноцінну панічну атаку, бо запускає вторинну хвилю тривоги, яка ще більше посилює соматичні прояви й закріплює відчуття смертельної небезпеки [22].

Окремий акцент О. Дрозд та К. Рич роблять на тому, як історично панічні атаки трактувалися в українській медичній та психотерапевтичній практиці. Протягом тривалого часу вони здебільшого розглядалися як симптом соматичних захворювань – передусім кардіологічних (ішемічна хвороба серця, порушення ритму, гіпертонічні кризи) або шлунково-кишкових (виразкова хвороба, гастрити, вегетативні кризи, пов’язані з роботою шлунково-кишкового тракту). Пацієнти з панічними епізодами, які скаржилися на біль у грудях, серцебиття, запаморочення, нудоту, частіше потрапляли до кардіологів, неврологів, гастроентерологів, проходили численні обстеження, отримували медикаментозні схеми лікування й діагнози на кшталт «вегето-судинна дистонія», «кардіоневроз», «невроз шлунка». При цьому сама суть панічної атаки як прояву тривожного розладу залишалася в тіні. Пацієнтам рідко пояснювали психологічну природу їхнього стану, не

проводили психоедукацію, не пропонували когнітивно-поведінкову чи іншу психотерапевтичну роботу [22].

У вітчизняних працях, зокрема в роботі О. Кокуна, панічна атака розглядається як крайній, «граничний» прояв реакції страху, коли організм поводиться так, ніби загроза життю й психічній цілісності вже настала або ось-ось настане. Автори підкреслюють, що у стані панічної атаки для людини домінує суб'єктивне переживання повної небезпеки. Цей внутрішній досвід поєднується з різким фізіологічним «вибухом» тривоги. Таким чином, панічна атака постає як момент, у якому психологічний компонент (страх за життя, цілісність, контроль) та фізіологічний компонент (масивна стресова реакція) зливаються в єдине переживання «тотальної загрози» [12].

О. Кокун наголошує, що паніка принципово відрізняється від «звичайної» тривоги не лише ступенем інтенсивності, а передусім специфічною динамікою розвитку. Якщо тривога може наростати відносно повільно, бути фоновою, помірною, мати більш-менш стабільний рівень упродовж тривалого часу, то панічна атака починається раптово, без тривалої «підготовчої» фази. Людина часто описує цей стан як «раптовий напад», «накрило за кілька секунд», «ще хвилину тому все було нормально». Далі відбувається дуже швидке наростання симптомів. Важливо, що в цьому піковому відрізку людина майже не здатна раціонально аналізувати ситуацію. Домінують автоматичні катастрофічні думки і спроби будь-що припинити переживання (утекти із ситуації, викликати «швидку», прийняти заспокійливе тощо) [12].

Після піку, як зазначають автори, настає відносно коротка фаза спадання інтенсивності симптомів. Тілесні прояви поступово стихають, дихання і серцевий ритм нормалізуються, однак натомість з'являється відчуття сильного виснаження, фізичної й емоційної спустошеності, слабкості, «розбитості». Людина може відчувати сором, розгубленість, безпорадність через те, що не змогла «втримати себе в руках». Разом із цим закріплюється ще одна характерна ознака панічних атак, на яку особливо звертає увагу О. Кокун, –

страх повторення нападу. Навіть якщо панічна атака була одиничною, переживання її як крайнього, «межового» стану призводить до того, що людина починає боятися, що це станеться знову, причому «в найбільш невідповідний момент» – у транспорті, на роботі, серед людей [12].

Одним із ключових методологічних завдань при аналізі феномену панічної атаки є чітке розмежування її з такими близькими, але не тотожними станами, як страх, тривога та гостра стресова реакція. У більшості зарубіжних і вітчизняних джерел наголошується, що страх, у класичному розумінні, завжди «прив'язаний» до конкретної загрози «тут і тепер». Людина бачить небезпеку (агресивного собаку, озброєну людину, вибух, пожежу) і реагує на неї як на реальний, зовнішній стимул. Тривога, навпаки, має більш розмитий, прогнозний характер: об'єкт небезпеки часто не усвідомлюється або існує радше у формі уявлень про майбутнє («завалю іспит», «мене звільнять», «щось станеться з близькими»). Саме тому в англомовній літературі використовується поняття anticipatory anxiety – «очікувальна тривога», коли людина боїться не стільки реальної події, скільки її можливості чи ймовірності. Страх, таким чином, можна описати як реакцію на актуальний стимул небезпеки, тоді як тривога – це реакція на уявні, потенційні чи символічні загрози [16].

Панічна атака, за спостереженнями M. Craske та колег поєднує в собі елементи як страху, так і «чистої» тривоги, але водночас виходить за їхні межі. З боку страху вона успадковує відчуття раптової, екстремальної небезпеки та імпульсивну готовність до втечі чи захисту. З боку тривоги – орієнтацію на внутрішні переживання (думки, уявлення, тілесні відчуття), а не лише на зовнішні стимули. Однак принципові відмінності панічної атаки полягають у її раптовості, надзвичайній інтенсивності та характерній структурі симптомів. На відміну від «фонової» тривоги, яка може тривалий час зберігатися на підвищеному рівні, панічна атака розгортається як пароксизмальний епізод. Починається раптово, впродовж кількох хвилин досягає піку і супроводжується яскраво вираженими соматичними (серцебиття, задишка,

тремор, запаморочення, відчуття жару чи холоду, оніміння) та когнітивними (катастрофічні думки про смерть, інфаркт, «втрату контролю», «божевілля») симптомами. Людина при цьому переживає не просто «підвищену тривожність», а стан, який суб'єктивно оцінюється як критичний, крайній, близький до «кінця» [34].

Ще одна важлива ланка диференціації стосується гострої стресової реакції. Вона, на відміну від панічної атаки, прямо пов'язана з очевидним психотравмувальним чинником: аварією, нападом, стихійним лихом, бойовими діями тощо. Гостра стресова реакція може включати дезорганізацію поведінки, оглушення, емоційну «застигання», фрагментарність спогадів про подію, проте сама логіка її виникнення прозора – людина реагує на щойно пережиту екстремальну ситуацію. Панічна атака, навпаки, нерідко виникає «нізвідки», у відносно безпечних умовах, або ж починається з внутрішнього тригера – думки, тілесного відчуття, короткого образу. Через це люди часто не можуть пов'язати панічний епізод із конкретною подією й інтерпретують його як «раптовий напад хвороби», а не як реакцію психіки на стрес чи накопичений напружений досвід [8].

Повномасштабна війна в Україні радикально змінила психологічний контекст, у якому осмислюється феномен панічних атак, – як на рівні індивідуального досвіду, так і на рівні професійного дискурсу. Постійна загроза обстрілів, повітряні тривоги, вимушене переміщення, невизначеність щодо майбутнього, втрата близьких, житла чи роботи створюють фон хронічного стресу, у межах якого гострі тривожні реакції, зокрема панічні епізоди, стають значно частішими. Водночас багато людей не мають достатнього психологічного словника, аби назвати те, що з ними відбувається, «панічною атакою». Тому пережитий стан описується через «серце», «шлунок», «нерви», «тиск», а не через категорії тривоги чи паніки [27].

Н. Фролова звертає увагу на те, що для значної частини респондентів у воєнний період типовим стає саме поєднання так званих «маскованих» тілесних скарг із епізодами різкого наростання страху й відчуттям втрати

контролю над власним станом. Під «маскованими» маються на увазі соматичні симптоми, які людина схильна пов’язувати передусім із фізичним здоров’ям: серцево-судинні прояви (серцебиття, перебої в роботі серця, тиск у грудях, «приливи»), гастроентерологічні скарги (нудота, «спазми» в животі, діарея чи, навпаки, запори, відчуття «каміння» в шлунку), напруження м’язів, головний біль, запаморочення. На тлі воєнної нестабільності ці відчуття легко інтерпретуються як наслідок «поганого харчування», «умов життя», «загострення хронічних хвороб», а не як можливий тілесний компонент тривожного розладу чи панічної атаки [26].

Разом із тим, аналіз опитувань, який наводить Н. Фролова, показує, що до цих соматичних проявів часто приєднуються короткі епізоди дуже інтенсивного страху. Для цих епізодів характерні класичні ознаки панічної атаки (стрімке наростання тривоги, виражене серцебиття, задишка, відчуття нереальності того, що відбувається, страх померти або втратити контроль над собою). Однак більшість респондентів не називає такі стани «панічними атаками», натомість говорить про «нервовий напад», «серцевий приступ», «зрив», «сильний стрес». Тобто за своєю структурою ці переживання відповідають панічним атакам, але в суб’єктивному досвіді та побутовій мові вони залишаються переважно в полі соматичних і загальностресових уявлень [26].

Ця невідповідність між клінічною картиною й тим, як самі люди розуміють свій стан, має низку важливих наслідків. По-перше, вона сприяє «замиканню» людини в системі соматичної допомоги. Замість звернення до психолога чи психотерапевта люди роками ходять до кардіолога, гастроентеролога, невролога, проходять численні обстеження, які не виявляють тяжкої органічної патології, але щоразу актуалізують тривогу щодо здоров’я. По-друге, відсутність розуміння психологічної природи панічних епізодів посилює відчуття безпорадності («зі мною щось не так, але ніхто не може знайти причину»), що, своєю чергою, підживлює тривожний фон і збільшує ризик нових нападів. По-третє, у контексті війни масковані панічні

симптоми можуть сприйматися як «нормальна реакція» на ненормальні обставини й не потрапляти в поле зору фахівців, доки не спричинять виражених обмежень у повсякденному функціонуванні [26].

Саме тому, підкреслює Н. Фролова, повномасштабна війна робить особливо актуальною потребу психологів і психотерапевтів у чітких понятійних орієнтирах щодо панічних атак і, водночас, у розвинених навичках психоедукації. Йдеться не лише про вміння правильно діагностувати панічні епізоди, відмежовуючи їх від інших тривожних чи соматичних станів, а й про здатність доступною мовою пояснювати клієнтам механізми виникнення панічних атак, їхній зв’язок зі стресом, війною, травматичним досвідом. Психоедукація в цьому випадку стає не додатковим, а базовим компонентом психодопомоги: вона дозволяє «перекласти» масковані соматичні скарги в психологічні категорії, зменшити страх перед власними тілесними відчуттями, показати можливість впливати на свій стан через навички саморегуляції, дихальні техніки, когнітивно-поведінкові стратегії подолання [26].

Узагальнюючи проаналізовані джерела, можна виділити кілька ключових ознак панічної атаки, які є консенсусними для сучасної психології та суміжних наук:

- Раптовість і пароксизмальний характер – атака починається «нізвідки» або на тлі мінімального подразника, швидко досягає піку і має відносно коротку тривалість.

- Висока інтенсивність суб’єктивного страху/тривоги – переживається як загроза життю, здоров’ю, психічній цілісності («зараз помру», «збожеволію», «втрачу контроль»).

- Полімодальність симптомів – поєднання тілесних, емоційних, когнітивних та поведінкових проявів.

- Катастрофічне тлумачення тілесних відчуттів – ключова когнітивна ланка, яка підтримує й підсилює панічний епізод.

- Страх повторення нападів і уникальна поведінка – навіть поодинокі панічні епізоди можуть призвести до того, що людина починає уникати певних

ситуацій, місць, навантажень, що в перспективі сприяє формуванню панічного розладу.

Спираючись на українські та міжнародні дослідження, у межах даної роботи панічна атака може бути визначена так: ganічна атака – це раптовий, часово обмежений епізод надмірно інтенсивного страху або тривоги, що супроводжується комплексом виражених вегетативних, емоційних, когнітивних і поведінкових симптомів, суб'єктивно сприймається як загроза життю, здоров'ю чи психічній цілісності та обумовлений, передусім, катастрофічним тлумаченням внутрішніх і зовнішніх стимулів.

Таке розуміння феномену дозволяє, з одного боку, узгодити психологічний підхід із медичними діагностичними критеріями, а з іншого – акцентувати увагу на тих механізмах (інтерпретація тілесних відчуттів, рівень стресостійкості, досвід травматизації, соціальний контекст), які будуть у центрі подальшого емпіричного аналізу в наступних розділах дослідження.

1.2. Психологічні механізми виникнення та підтримання панічних атак

Панічні атаки у сучасній клініко-психологічній літературі розглядаються як короткочасні епізоди інтенсивного страху чи вираженого дискомфорту, які супроводжуються масивними вегетативними та когнітивними симптомами й досягають піку протягом кількох хвилин. З позицій міжнародних класифікацій панічна атака описується як епізод різко підвищеної тривоги з переживанням загрози життю, відчуттям втрати контролю, «божевілля» або наближення смерті, що супроводжується тахікардією, задишкою, тремором, запамороченням, відчуттям нереальності (дереалізація, деперсоналізація) тощо. Сучасні українські клінічні рекомендації підкреслюють, що панічні атаки можуть спостерігатись як у структурі панічного розладу, так і при інших тривожних або соматоформних станах, але у випадку панічного розладу вони є повторюваними,

неочікуваними та супроводжуються стійким очікувальним страхом повторення епізоду (т. зв. «страх страху») і поведінковими змінами, спрямованими на уникання можливих тригерів [19].

За даними вітчизняних дослідників, у контексті війни, пандемії COVID-19 та загального зростання рівня невизначеності частота тривожно-панічних розладів зростає, а феномен панічної атаки стає все більш впізнаваним серед населення, зокрема молоді та осіб, залучених до професій із високим ризиком (медики, працівники міграційної служби, військові) [11]. О. Овчаренко підкреслює, що панічні розлади слід розглядати як специфічний варіант стрес-асоційованих невротичних розладів, у яких поєднуються психофізіологічна гіперреактивність стресових систем організму та дезадаптивні когнітивно-емоційні стратегії переробки загрози [17].

У сучасних теоріях панічного розладу не існує єдиного універсального механізму, натомість описується комплекс взаємопов'язаних рівнів: нейробіологічного, психофізіологічного, когнітивного, емоційно-особистісного, поведінкового та соціально-контекстуального. Нижче розглянемо ключові психологічні механізми, що пояснюють, чому виникають панічні атаки і чому вони мають тенденцію до самопідтримання та хроніфікації.

Дослідження свідчать, що в осіб із панічними атаками частіше фіксуються комплексні порушення на рівні стрес-регуляторних систем організму: підвищена реактивність симпатичної нервової системи, дисбаланс у роботі серцево-судинної та дихальної систем, а також підвищена чутливість до змін внутрішнього середовища (інтероцептивна чутливість). Інакше кажучи, організм таких людей легше й швидше переходить у режим «бойової тривоги» навіть за відносно незначних подразників, а зміни серцебиття, дихання чи тонусу м'язів стають помітними і суб'єктивно дуже інтенсивними. На рівні вегетативної нервової системи це проявляється переважанням симпатичного тонусу й різким стрибком показників при стресі (тахікардія,

підвищення артеріального тиску, посилення потовиділення, м’язовий тремор, відчуття жару або ознобу) [42].

Інтероцепція – здатність сприймати сигнали власного організму (серцебиття, глибину й частоту дихання, напруження м’язів, запаморочення, відчуття «порожнечі» у животі тощо) – у осіб із панічними атаками часто є гіперболізованою. Це означає, що навіть мінімальні фізіологічні коливання, які більшість людей просто «не помічає», такими пацієнтами дуже виразно відчуваються і переживаються як підозрілі, «ненормальні» або небезпечні. Наприклад, легке прискорення пульсу після підйому сходами може сприйматися не як природна реакція на фізичне навантаження, а як «ознака серцевого нападу»/ Ysзначне запаморочення в душному приміщенні – як «втрата свідомості, що неминуче станеться за кілька секунд» [29].

Ця інтероцептивна гіперчутливість сама по собі ще не дорівнює панічній атаці, але створює «підготовлений ґрунт» для її запуску. Ключовим стає те, як людина інтерпретує ці тілесні сигнали. У панічно вразливих осіб формується своєрідна «катастрофічна карта тіла» Будь-яке відхилення від звичного стану тіла відразу пов’язується з найгіршими сценаріями – смертю, інфарктом, інсультом, втратою контролю чи «божевіллям». У такому випадку саме підвищена інтероцептивна чутливість, поєднана з катастрофічним мисленням, запускає лавиноподібне посилення тривоги [31].

Сучасні огляди підкреслюють, що взаємодія між інтероцептивною гіперчутливістю та процесами страхового навчання (зокрема інтероцептивного страхового кондиціонування) є одним із основних механізмів формування й підтримання панічного розладу. Суть інтероцептивного кондиціонування полягає в тому, що певні тілесні відчуття поступово набувають статусу умовних сигналів небезпеки. Спочатку вони можуть виникати в ситуації реального чи суб’єктивно значущого стресу (наприклад, конфлікт, публічний виступ, різка звістка про небезпеку). На тлі сильного емоційного напруження людина переживає підвищене серцебиття, тиск у грудях, задишку, «ватні» ноги. Якщо в цей момент виникає панічна

атака, мозок фіксує зв’язок: «прискорене серцебиття + запаморочення = катастрофа» [30].

Після одного-двох таких епізодів ці внутрішні відчуття починають працювати як «умовні стимули». Навіть якщо наступного разу серцебиття прискорюється з абсолютно безпечної причини (фізичне навантаження, кофеїн, спека, гормональні коливання), воно автоматично викликає страх, бо асоціюється з попереднім переживанням «жахливого нападу». Тобто не реальна ситуація, а саме тілесний сигнал стає пусковим механізмом паніки. Організм реагує, як на справжню загрозу, ще більше пришвидшується пульс, з’являється гіпервентиляція, посилюється запаморочення, може виникнути дереалізація чи деперсоналізація. У відповідь людина ще більше лякається цього стану – формується «страх власних симптомів» [31].

Таким чином, на нейропсихологічному рівні панічні атаки пов’язані з гіперактивацією системи «боротьби/утечі», підвищеною чутливістю до інтероцептивних сигналів та збоєм механізмів диференціації реальної й уявної загрози. Однак самі по собі ці особливості ще не пояснюють, чому одна людина інтерпретує серцебиття як нормальну реакцію, а інша — як «серцевий напад». Це пояснюють когнітивні механізми.

Найдетальніше психологічні механізми панічних атак описані в когнітивній моделі Д. Кларка, сучасний систематичний огляд якої подала група C. Aslam та співавторів. Згідно з цією моделлю, панічні атаки виникають тоді, коли людина схильна катастрофічно інтерпретувати звичайні тілесні відчуття –як безпосередню загрозу життю чи психічній цілісності [33].

H. Plaisted, аналізуючи застосування моделі Кларка до різних груп пацієнтів, показує, що саме стійкі схеми інтерпретації тілесних сигнатур як небезпечних є ключовою ланкою не лише у виникненні першої панічної атаки, а й у підтриманні розладу, оскільки кожен новий епізод підтверджує попередні катастрофічні переконання [44]. У своїй роботі D. Tolin також наголошує, що розуміння механізмів катастрофізації тілесних відчуттів дозволяє точніше спрямовувати психотерапевтичні втручання – зокрема інтероцептивну

експозицію та когнітивне реструктурування вірувань щодо «небезпечності» симптомів [49].

Когнітивні процеси при панічних атаках можна описати як послідовність взаємопов’язаних кроків. Спочатку виникає певне тілесне відчуття (наприклад, серцебиття, задишка, «ком» у горлі), яке зазвичай є фізіологічно безпечним. Далі запускається автоматичне оцінювання цього сигналу, яке в людей із високою тривожністю та попереднім досвідом стресу часто має негативно-оціночний характер («зі мною щось не так», «це передвісник серцевого нападу»). На наступному етапі виникають катастрофічні думки («я зараз помру», «я втрачаю контроль», «з’їду з глузду»), що різко підсилюють емоційний стан тривоги та активують стресові системи організму. Унаслідок цього посилюються фізичні прояви (тахікардія, гіпервентиляція, запаморочення, пітливість, тремор), які, у свою чергу, сприймаються як додаткові докази «катастрофи», замкнувши коло панічної реакції [6].

Українські клінічні матеріали, присвячені веденню пацієнтів із панічним розладом у первинній ланці медичної допомоги, описують подібний механізм «порочного кола паніки»: соматичний симптом → тривожна думка → зростання тривоги → посилення соматичних симптомів → «страх страху» та формування уникальної поведінки [3]

Важливу роль відіграє також вибірковість уваги. Люди, схильні до панічних атак, демонструють тенденцію до посиленого моніторингу тілесних відчуттів, переоцінки їх інтенсивності та фіксації саме на неприємних сенсаціях. Це своєрідна «уважність до загрози», яка постійно збирає докази на користь небезпеки та ігнорує сигнали безпеки. У результаті навіть однократний епізод панічної атаки може закріплюватись як когнітивна «матриця», через яку надалі оцінюються всі відчуття у тілі.

Окремим психологічним механізмом, який суттєво підвищує ризик панічних атак, є тривожна чутливість – схильність сприймати симптоми тривоги як особливо небезпечні та загрозливі для здоров’я чи соціального

статусу. Поздовжні дослідження показують, що високий рівень тривожної чутливості передбачає більшу ймовірність виникнення панічних атак у майбутньому, особливо в умовах підвищеного стресу [48].

F. Не та співавтори, аналізуючи взаємозв'язок дитячого травматичного досвіду, нейротизму, тривожної чутливості та тяжкості панічного розладу, показали, що нейротичні риси особистості та тривожна чутливість виступають медіаторами впливу ранніх травм на формування панічних симптомів: неспокійні, емоційно нестабільні люди з історією дитячих травм частіше сприймають тілесні зміни як небезпечні, що створює передумови для «страху страху» та подальших панічних епізодів [37].

У вітчизняному контексті Л. Корнута, досліджуючи панічні розлади у працівників міграційної служби, відзначає поєднання високого рівня нейротизму, низької емоційної стабільності й підвищеної тривожної чутливості із специфікою службових ситуацій, що вимагають швидкого прийняття рішень у кризових умовах. Це створює «ідеальний ґрунт» для формування панічних атак, які закріплюються як відповідь на поєднання внутрішнього напруження та зовнішнього стресу [40].

Також наголошується на ролі стилів емоційної регуляції. Люди, які звикли придушувати емоції, демонструють вищий рівень соматизації тривоги, а отже – більшу ймовірність переживати панічні епізоди як «незрозумілі соматичні кризи». Натомість здатність розпізнавати й позначати свої емоції (алекситимія – протилежний полюс) пов'язана зі зниженням ризику панічних атак, оскільки дає змогу «перекладати» тілесні сигнали в емоційні поняття й не сприймати їх як катастрофу [17].

Додатково важливою є міжособистісна складова. Формування панічних патернів може бути пов'язане з моделями реагування значущих дорослих у дитинстві. Якщо батьки демонстрували гіперохоронну поведінку, надмірно фокусувалися на здоров'ї дитини, лякали її можливими хворобами, ймовірність того, що в дорослому віці людина буде катастрофічно інтерпретувати власні тілесні відчуття, зростає. Дослідження тривожних

розладів у контексті сімейних систем показують, що такі виховні стилі сприяють формуванню «зовнішнього локусу контролю щодо тіла». Відчуття, що будь-яка зміна самопочуття є потенційно небезпечною і потребує негайного втручання фахівця [17].

Важливу роль у закріпленні панічних атак відіграють механізми класичного та оперантного навчання. Інтероцептивне страхове кондиціонування передбачає, що певні внутрішні відчуття (підвищений пульс, відчуття стиснення в грудях) стають умовними стимулами, які асоціюються з попередньою панічною атакою, і надалі самі по собі здатні запускати страхову реакцію. Навіть якщо первинний тригер (наприклад, реальна загроза або конфліктна ситуація) уже відсутній, внутрішній сигнал зберігається як маркер небезпеки. Сучасні моделі, що поєднують дані нейронауки й клінічної психології, доводять, що саме інтероцептивне страхове навчання є центральною ланкою у розвитку й підтриманні панічного розладу, а також інших тривожних станів, де домінує страх тілесних відчуттів [29]

Другий блок поведінкових механізмів стосується уникальної та «безпечної» поведінки. Після кількох панічних атак людина починає обмежувати свій простір і активність. Перестає користуватися громадським транспортом, уникає натовпу, фізичного навантаження, поїздок, певних місць (магазинів, мостів, підземних переходів), ситуацій, у яких «може стати зле» і де «важко швидко отримати допомогу». На перший погляд, така поведінка знижує тривогу, але водночас має кілька деструктивних наслідків [29].

По-перше, уникання позбавляє людину можливості отримати новий коригувальний досвід – переконатися, що ситуація насправді безпечна, а тілесні симптоми минущі й не ведуть до катастрофи. По-друге, уникальна поведінка звужує життєвий простір, сприяє формуванню вторинної депресії, соціальної ізоляції, зниженню самооцінки та відчуття компетентності. По-третє, кожен факт уникнення підкріплює базове переконання про небезпеку («я не поїхав у метро – і нічого страшного не сталося, отже, метро справді небезпечне, а я вчинив правильно»). Таким чином формується замкнене коло:

страх → уникання → тимчасове полегшення → посилення переконання про небезпеку → зростання страху перед наступною ситуацією [35].

Окремим видом поведінкових стратегій є так звана «поведінка безпеки». Носіння із собою медикаментів «на всяк випадок», постійна перевірка пульсу й тиску, вихід тільки в супроводі «надійної людини», пошук «виходу на випадок нападу». Хоча ці стратегії знижують тривогу «тут і зараз», вони також блокують природне згасання страху, оскільки людина приписує відсутність катастрофи не реальній безпечності ситуації, а саме своїм «захисним» діям. Сучасні дослідження вказують, що редукція поведінки безпеки є одним із ключових чинників ефективності когнітивно-поведінкової терапії панічного розладу, адже дозволяє пацієнтові зустрітися з тілесними відчуттями без «страхувальних» маневрів і переконатися в їхній безпечності [46].

Психологічні механізми панічних атак розгортаються не у вакуумі, а в конкретних соціальних умовах. Пандемія COVID-19, інформаційний шум навколо загроз здоров'ю, масове висвітлення катастроф і воєнних подій у медіа сприяють генералізованому відчуттю небезпеки, зростанню базового рівня тривоги та підсиленню схильності до панічних реакцій [35].

Особливо виразним є механізм «інформаційного зараження». Постійне споживання новин про хвороби, війну, катастрофи підсилює когнітивні схеми, сфокусовані на загрозі («світ небезпечний», «з людьми постійно трапляються раптові хвороби»). У поєднанні з тривожною чутливістю це призводить до того, що будь-який фізичний симптом (кашель, задишка, підвищення пульсу) миттєво зв'язується з уявленнями про смертельну хворобу чи неминучу біду, запускаючи панічний цикл. L. Demenech та колеги показали, що в контексті пандемії COVID-19 саме когнітивні механізми спотвореної інтерпретації соматичних симптомів (наприклад, звичайної втоми чи легкого нездужання) є ключовими в розвитку панічних атак у людей із високим базовим рівнем тривоги [35].

У вітчизняних дослідженнях психологічних наслідків війни наголошується на поєднанні хронічної загрози, невизначеності майбутнього,

втрати почуття контролю та безпеки. Це формує специфічні когнітивні й емоційні схеми – очікування раптової катастрофи, постійна настороженість, гіперчутливість до будь-яких змін у середовищі й власному тілі, що суттєво підвищує ймовірність панічних епізодів, особливо у людей із попередніми тривожними чи депресивними розладами [17].

Узагальнюючи, можна відзначити, що психологічні механізми виникнення та підтримання панічних атак включають:

- ✓ інтероцептивну гіперчутливість та підвищену фізіологічну реактивність;
- ✓ катастрофічну інтерпретацію тілесних відчуттів, що формує «страх страху»;
- ✓ високу тривожну чутливість, нейротизм, дисфункційні стилі емоційної регуляції;
- ✓ інтероцептивне страхове кондиціонування та закріплення асоціацій «симптом – катастрофа»;
- ✓ уникальну та «безпечну» поведінку, яка блокує коригувальний досвід і підтримує вірування про небезпеку;
- ✓ соціально-контекстуальні фактори (пандемія, війна, професійні ризики, інформаційний шум), що підживлюють загальну схильність до тривоги й паніки.

Розуміння цих механізмів створює теоретичну основу для побудови комплексних програм психопрофілактики й психокорекції панічних розладів, а також для формування у фахівців первинної ланки охорони здоров’я навичок раннього виявлення та базової психологічної підтримки пацієнтів із панічними атаками.

1.3. Психологічна підтримка осіб із панічними атаками

Проблематика психологічної підтримки осіб із панічними атаками та панічним розладом у сучасних умовах, зокрема в реаліях війни та тривалого

стресу, набуває особливої актуальності. Систематичні огляди свідчать, що саме психотерапія, насамперед когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та споріднені підходи «третьої хвилі», розглядаються як методи першої лінії для лікування панічного розладу, часто в поєднанні з фармакотерапією, але з акцентом на формування в людини стійких навичок саморегуляції та зміни стилю мислення [51]. У вітчизняних джерелах наголошується, що навіть за наявності медикаментозного лікування саме психотерапевтичний компонент визначає довготривалі результати, зменшує ризик рецидиву й формує відчуття суб'єктивного контролю над власним станом [18].

У більшості сучасних протоколів допомоги пацієнтам із панічним розладом першим кроком виступає психоедукація – системне пояснення природи ПА, механізмів їх виникнення, ролі тривоги та фізіологічних реакцій організму. У рекомендаціях українських клінічних оглядів підкреслюється, що просте роз'яснення відмінності між панічною атакою та, наприклад, інфарктом міокарда, зниження катастрофічної інтерпретації симптомів («я помираю», «у мене інсульт») уже саме по собі може значно зменшувати інтенсивність страху та частоту звернень по невідкладну допомогу [18].

Освітні матеріали проєкту «Mental Health for Ukraine» (MH4U) рекомендують включати до психоедукації такі блоки: пояснення циклу «тривога – фізіологічні симптоми – катастрофічні думки – посилення тривоги – панічна атака», нормалізація досвіду («панічні атаки самі по собі не є небезпечними для життя»), опис типових симптомів та інформація про наявність ефективного лікування [28].

Психоедукація має не лише інформаційну, а й емпауермент-функцію. Людина отримує когнітивну рамку, яка дозволяє їй інакше інтерпретувати тілесні відчуття, усвідомити роль стресу, стилю мислення й поведінкових стратегій уникання. Це створює ґрунт для подальшої когнітивної та поведінкової роботи в терапії. У праці С. Кузікової, В. Зливкової, С. Лукомської, психоедукація розглядається як ключовий компонент первинної профілактики, коли фахівці пояснюють, що раптові напади страху, посилене

серцебиття чи відчуття «реальність стала нереальною» можуть бути реакцією нервової системи на хронічний стрес, а не ознакою «психічної слабкості» [14]

Найбільш дослідженим і доказовим підходом до психологічної підтримки осіб із панічними атаками на сьогодні є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Метаналітичні огляди й систематичні дослідження переконливо демонструють, що саме КПТ забезпечує високі показники ремісії та стійкий терапевтичний ефект у довгостроковій перспективі. Значна частка пацієнтів досягає стану повної відсутності панічних атак або істотного зниження їхньої частоти й інтенсивності, причому отриманий ефект зберігається через 1-6 років після завершення курсу лікування [51]. Це дозволяє розглядати КПТ як «золотий стандарт» у психотерапевтичному лікуванні панічного розладу, відносно якого оцінюють ефективність інших підходів.

У структурі КПТ при панічному розладі виділяють низку взаємопов’язаних компонентів, що логічно вибудовуються у цілісну програму лікування. На початкових етапах провідну роль відіграє психоедукація. Терапевт у доступній, але науково обґрунтованій формі пояснює пацієнтові природу тривоги й панічних атак, показує «порочне коло паніки», де тілесні відчуття, катастрофічні думки й емоційні реакції взаємно посилюють одне одного, та розвінчує типові міфи (про «інфаркт», «інсульт», «божевілля»). Сам факт отримання раціонального пояснення того, що відбувається з організмом і психікою, знижує рівень невизначеності й безпорадності, формує у клієнта відчуття, що стан є зрозумілим і піддається зміні [18]. Наступним кроком є систематичний моніторинг симптомів. Пацієнт веде щоденники панічних атак, фіксує контекст їх виникнення, інтенсивність тілесних відчуттів, автоматичні думки й поведінкові реакції. Такий моніторинг дозволяє не лише об’єктивізувати симптоматику, а й виявити повторювані тригери, типові інтерпретації та усталені сценарії реагування, що стають матеріалом для подальшої когнітивної роботи [51].

Ключовим механізмом змін у КПТ є когнітивне реструктурування – цілеспрямована корекція катастрофічних інтерпретацій тілесних відчуттів і ситуацій. Терапевт допомагає пацієнтові ідентифікувати типові автоматичні думки, поставити їх під сумнів і побачити когнітивні викривлення, що стоять за цими думками. Через спільний аналіз доказів «за» і «проти» катастрофічних висновків, формулювання більш реалістичних альтернативних пояснень і їхнє систематичне тренування пацієнт поступово вчиться сприймати власні тілесні сигнали як неприємні, але не смертельно небезпечні. У клінічних настановах особливо підкреслюється, що для панічного розладу вирішальною є саме когнітивна переінтерпретація таких симптомів, як прискорене серцебиття, запаморочення, відчуття дереалізації. Вони починають усвідомлюватися як «сигнали тривожного збудження», нормальні для активованої нервової системи, а не як ознаки неминучої катастрофи [46].

Водночас лише когнітивних змін зазвичай недостатньо, тому важливим елементом КПТ є експозиційні процедури. Інтероцептивна експозиція передбачає навмисне й контрольоване викликання неприємних тілесних відчуттів у безпечних умовах кабінету або вдома за завданням терапевта. Пацієнта, наприклад, просять побігати на місці, швидко піднятися сходами, подихати через тонку трубочку, покрутитися на стільці, затримати дихання тощо – тобто відтворити ті стани, які зазвичай стають початком панічної атаки. Після цього клієнт разом із терапевтом спостерігає, як змінюється самопочуття, скільки тривають симптоми, чи справджуються катастрофічні очікування. Повторювані експозиції поступово «розучують» асоціацію «симптом = катастрофа», підвищують толерантність до тілесних відчуттів і знижують інтероцептивну тривожну чутливість [51].

Ситуаційна експозиція є логічним продовженням інтероцептивної та спрямована на поступове повернення до реальних ситуацій, яких людина почала уникати через страх повторної панічної атаки (поїздки у транспорті, перебування в натовпі, вихід з дому без супроводу, відвідування магазинів, черги, відкриті простори тощо). Терапевт разом із пацієнтом складає ієрархію

лякаючих ситуацій – від менш до більш тривожних – і планує кроки поступового зіткнення з ними без використання «ритуалів безпеки». У процесі таких експозицій клієнт отримує новий, коригувальний досвід. Переживає, що може лишатися в ситуації, витримувати поступове зростання й спад тривоги, і катастрофа не відбувається. Саме завдяки цьому звужується коло уникальної поведінки, відновлюється функціонування в різних життєвих сферах, а впевненість у власній здатності опановувати симптоми зростає [46].

Окремим фокусом КПТ є робота з поведінкою безпеки – тими особливими «ритуалами» й стратегіями, які допомагають пацієнтові в короткостроковій перспективі зменшити тривогу, але довгостроково підтримують панічний розлад. У КПТ ці стратегії виявляють і поступово змінюють, показуючи пацієнтові, що саме вони заважають отримати нові докази безпечності ситуацій. Відмова від поведінки безпеки під час експозицій дає змогу приписати відсутність катастрофи реальній безпечності ситуації, а не «магічним» діям, і тим самим розірвати замкнене коло підтримання тривоги [51].

Українські клінічні огляди підтверджують доцільність застосування саме такого багатокомпонентного КПТ-підходу при панічному розладі, наголошуючи, що його слід розглядати в рамках інтегрованої моделі лікування, де психотерапія поєднується з фармакотерапією (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, прегабалін, іноді короткочасне використання бензодіазепінів). При цьому підкреслюється, що медикаменти здатні швидко зменшити інтенсивність симптомів, але не змінюють глибинних когнітивних схем і поведінкових патернів. Саме КПТ, за висновками М. Орос та А. Сабовчик, формує нову «внутрішню модель хвороби», змінює ставлення пацієнта до власного стану та підвищує його суб’єктивне відчуття контролю над симптомами. Це, у свою чергу, знижує ризик рецидивів після відміни фармакотерапії [18].

О. Буряк, аналізуючи досвід роботи з клієнтами, у яких панічні епізоди виникали на тлі незавершених травматичних переживань, показує

ефективність інтеграції стандартних КПТ-протоколів із елементами роботи з травмою: поступовим опрацюванням травматичних спогадів, реконструкцією «історії хвороби» клієнта, переосмисленням значущих життєвих подій і їхнього впливу на формування тривожної чутливості. Такий комбінований підхід дозволяє не лише редукувати симптоматику панічних атак, а й сприяє підвищенню рівня автономії, відновленню почуття особистісної цілісності та здатності до самовідновлення, що особливо важливо в умовах хронічного стресу й воєнних реалій [2].

Після пандемії COVID-19 та на тлі повномасштабної війни в Україні питання дистанційної психологічної підтримки осіб із панічними атаками набуло принципово нового змісту. Масові локдауни, соціальна ізоляція, перевантаження системи охорони здоров'я, а згодом – бойові дії, вимушене переміщення, втрата домівок і роботи призвели до ситуації, коли традиційний формат очних консультацій став або тимчасово недоступним, або істотно обмеженим для значної частини населення. У цих умовах особливої актуальності набувають діджиталізовані форми когнітивно-поведінкової терапії (digital CBT, dCBT), що реалізуються через спеціалізовані онлайн-платформи, мобільні застосунки, відеосесії з психотерапевтом або комбіновані моделі, де онлайн-модулі поєднуються з періодичними консультаціями фахівця. У роботі H. Jung та співавт. показано, що у групах, які проходили dCBT, відзначається виражене зниження частоти й інтенсивності панічних атак, скорочення уникальної поведінки та покращення функціонування, а отримані ефекти зберігаються у віддаленому спостереженні [39].

Окремий пласт становлять онлайн-програми самодопомоги для осіб із панічним розладом, що базуються на принципах КПТ, але реалізуються переважно у форматі самостійного опрацювання модулів із мінімальним або помірним залученням фахівця. Рандомізовані контрольовані дослідження таких програм демонструють, що доступ до структурованих інтернет-курсів із пояснювальними матеріалами, вправами на моніторинг симптомів, когнітивне

реструктурування та експозицію сприяє суттєвому зниженню вираженості панічних симптомів, а також покращенню показників загальної тривоги й супутньої депресивної симптоматики порівняно з контрольною групою, яка отримує лише базову інформацію або відкладене лікування. Важливим є те, що такі програми часто містять елементи гейміфікації, інтерактивні завдання, регулярні нагадування, що підвищує залученість користувачів і сприяє дотриманню рекомендацій, а також дає можливість людям, які з різних причин не готові або не можуть звернутися до «живого» терапевта, отримати щонайменше мінімально необхідний рівень психотерапевтичної підтримки [41].

Для українського контексту діджиталізовані втручання мають особливе практичне значення. В умовах війни значна частина населення проживає в регіонах із обмеженим доступом до психологів і психотерапевтів: це прифронтові території, громади, які зазнали руйнувань інфраструктури, тимчасово окуповані регіони, а також люди, які перебувають в евакуації чи часто змінюють місце проживання. Для таких груп онлайн-платформи, мобільні застосунки й дистанційні консультації фактично стають єдиним реалістичним каналом отримання професійної підтримки при панічних атаках. Не менш важливим є те, що цифрові формати дозволяють залишатися в терапевтичному контакті навіть при вимушених переїздах, зміні міста чи країни, що особливо актуально для біженців і внутрішньо переміщених осіб.

Окрім класичної КПТ, у роботі з панічними атаками дедалі ширше застосовуються майндфулнес-орієнтовані підходи. Майндфулнес-базована когнітивна терапія (MBCT) поєднує елементи КПТ із практиками усвідомленості, зосередженими на тренуванні здатності спостерігати думки, емоції та тілесні відчуття «з позиції спостерігача», не ототожнюючись із ними. У дослідженні M. Sado та співавт., яке включало пацієнтів із панічним розладом (з агорафобією та без неї), показано, що MBCT із подальшими підтримувальними сесіями є прийнятним та потенційно ефективним підходом,

який знижує вираженість панічних симптомів, підтримує ефект після завершення базового курсу терапії [47].

Для осіб із панічними атаками майндфулнес-підхід допомагає [36]:

- ✓ змінити ставлення до тілесних відчуттів (від «ворожих» сигналів небезпеки до феноменів, які можна досліджувати з цікавістю й прийняттям);
- ✓ зменшити автоматичні реакції уникання;
- ✓ посилити здатність залишатися «присутнім» у моменті, навіть коли з'являються тривожні симптоми.

У праці О. Чабан, присвяченій психологічній допомозі в умовах війни, описуються групові програми, що поєднують елементи майндфулнес-практик, дихальних технік та коротких когнітивних інтервенцій для осіб із підвищеною тривожністю та панічними симптомами, зокрема серед внутрішньо переміщених осіб [27]

Важливою ланкою підтримки осіб із панічними атаками є система первинної медичної допомоги. Ведення пацієнтів із панічним розладом у сімейного лікаря передбачає не лише призначення медикаментозного лікування, а й елементи базової психологічної допомоги: скринінг тривожної симптоматики, коротку психоедукацію, навчання простим стратегіям подолання та своєчасне направлення до фахівця з психічного здоров'я (психотерапевта, психолога) [7].

Рекомендації щодо фармакотерапії тривожних розладів у дорослих підкреслюють, що медикаменти мають розглядатися як частина комплексного підходу, де паралельно з фармакологічною корекцією реалізуються психотерапевтичні інтервенції та психосоціальна підтримка. Зокрема, пацієнтам із панічним розладом рекомендується пояснювати, що ліки можуть зменшити інтенсивність симптомів, але не змінюють усталених когнітивних схем і поведінки, отже без психотерапії високим є ризик рецидивів після відміни препаратів [7].

Для України, де переважна частина звернень через панічні симптоми надходить спочатку до лікарів соматичного профілю (кардіологів, неврологів, сімейних лікарів), розбудова навичок «психоедукації першого контакту» та налагодження маршрутів до психологів і психотерапевтів стають критичними завданнями системи охорони здоров'я. У цих умовах психологічна підтримка осіб із ПА виходить за межі індивідуальної психотерапії й включає [1]:

- кризове консультування (короткі інтервенції, спрямовані на стабілізацію стану, евакуацію з небезпечних зон, мобілізацію ресурсів підтримки);
- групові програми психосоціальної підтримки, де опрацьовується як поточний досвід тривоги, так і почуття провини, сорому, втрати;
- просвітницькі кампанії щодо тривожних розладів і ПА, які зменшують стигму й заохочують до звернення по допомогу.

Хоча ядром психологічної підтримки є професійні інтервенції, важливою складовою стають навички самодопомоги й ресурси соціального оточення. Близькі можуть допомогти людині з ПА, якщо зберігають спокій, не знецінюють її переживань («тобі просто здається», «зберися»), нагадують про наявність безпечного середовища, підтримують у зверненні до фахівця та дотриманні терапевтичних рекомендацій [29].

З точки зору психотерапевтичної теорії, соціальна підтримка виконує буферну функцію, знижуючи відчуття ізольованості та «ненормальності» власних реакцій. У групових формах КПТ та майндфулнес-програм учасники можуть ділитися досвідом переживання ПА, спостерігати спільність симптомів, навчатися один у одного більш адаптивним способам реагування.

Узагальнюючи, психологічна підтримка осіб із панічними атаками сьогодні розглядається як багаторівнева система, що поєднує індивідуальну й групову психотерапію, цифрові інтервенції, просвітницькі програми та роботу з родиною й громадою. Орієнтація на доказові методи, культурна та мовна адаптація протоколів, а також інтеграція психологічної допомоги в ширший

контекст воєнних та поствоєнних реалій України є ключовими умовами підвищення ефективності підтримки цієї групи пацієнтів.

Висновки до розділу 1

У розділі було здійснено теоретико-методологічний аналіз феномену панічних атак і окреслено засади психологічної підтримки осіб, які їх переживають. Узагальнення міжнародних класифікацій (DSM-5-TR, МКХ-11) та сучасних описів NIMH показало, що панічна атака розглядається як раптовий, пароксизмальний епізод надмірно інтенсивного страху чи тривоги, який швидко досягає піку та супроводжується вираженим комплексом вегетативних, когнітивних, емоційних і поведінкових симптомів. При цьому сама панічна атака не є окремою нозологічною одиницею, а виступає ключовим симптомом панічного розладу та може супроводжувати широкий спектр інших психічних порушень. У вітчизняних джерелах наголошується, що в умовах воєнного стану в Україні панічні епізоди стають все більш поширеним способом реагування на хронічну загрозу, невизначеність і травматичний досвід, але часто залишаються «замаскованими» під соматичні скарги, що веде до тривалої міграції пацієнтів системою соматичної допомоги без належного психологічного втручання.

У межах аналізу психологічних механізмів виникнення та підтримання панічних атак було показано, що вони мають багаторівневу природу і не можуть бути зведені виключно до «соматичної» чи «когнітивної» складової. На нейробіологічному та психофізіологічному рівнях описано підвищену реактивність стрес-регуляторних систем (симпатичної нервової системи, серцево-судинної та дихальної), а також інтероцептивну гіперчутливість – тенденцію до надмірно загостреного сприймання внутрішніх тілесних сигналів. Саме по собі це створює «готовий ґрунт» для панічних епізодів, але визначальним стає те, як людина тлумачить ці відчуття. У когнітивній моделі панічного розладу центральною ланкою виступає катастрофічна інтерпретація

соматичних симптомів (тахікардії, задишки, запаморочення) як безпосередньої загрози життю чи психічній цілісності.

Особливе значення у підтриманні панічних атак мають механізми страхового навчання та поведінкові стратегії. Інтероцептивне страхове кондиціонування призводить до того, що певні тілесні відчуття (прискорене серцебиття, запаморочення, відчуття «кома» в горлі) набувають статусу умовних сигналів небезпеки й надалі самі по собі здатні запускати панічну реакцію навіть за відсутності реальної загрози. Уникальна та «поведінка безпеки» (обмеження переміщень, уникання транспорту, фізичних навантажень, постійний контроль самопочуття, носіння медикаментів «на всяк випадок») короткочасно знижують тривогу, але блокують коригувальний досвід, підтверджують переконання про небезпечність ситуацій і таким чином хроніфікують розлад. Соціально-контекстуальні фактори (пандемія COVID-19, повномасштабна війна, інформаційний шум навколо теми загроз і хвороб) суттєво підсилюють базовий рівень тривоги та сприяють формуванню когнітивних схем, сфокусованих на очікуванні раптової катастрофи, що робить панічні епізоди більш імовірними, особливо у вразливих групах.

Аналіз сучасних підходів до психологічної підтримки осіб із панічними атаками показав, що найбільш доказовим і структурованим методом є когнітивно-поведінкова терапія. Її ефективність пов’язана з цілеспрямованим впливом саме на виявлені механізми. Психоедукація змінює уявлення про природу симптомів і зменшує катастрофічні інтерпретації. Когнітивне реструктурування коригує дисфункційні переконання щодо «небезпечності» тілесних відчуттів. Робота з поведінкою безпеки дає змогу отримати новий досвід перебування в раніше лякаючих умовах без «страхувальних» стратегій. В українському контексті додаткову актуальність набувають діджиталізовані форми КПТ і програми самодопомоги, що дозволяють надавати підтримку людям із віддалених, прифронтових або тимчасово окупованих територій, інтегруючи психологічну допомогу у систему первинної медичної ланки.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАНІЧНИХ АТАК І ЗАПИТІВ НА ПСИХОЛОГІЧНУ ПІДТРИМКУ

2.1. Організація та методика емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження було спрямоване на виявлення психологічних особливостей панічних атак у дорослих осіб, які проживають в умовах воєнного стану в Україні, а також на аналіз їхніх запитів та ставлення до психологічної підтримки. Логіка дослідження безпосередньо спиралася на теоретико-методологічні положення, де панічні атаки були розглянуті як результат взаємодії нейробіологічних, когнітивно-емоційних і поведінкових механізмів у специфічному соціальному контексті, окреслено чинники їхнього виникнення й підтримання, а також базові підходи до психологічної допомоги.

Мета дослідження: виявити особливості прояву панічних атак і пов’язаних із ними емоційних станів у дорослих українців у воєнний час та проаналізувати їхні запити й ставлення до психологічної підтримки.

На основі теоретичного аналізу було висунуто низку робочих гіпотез.

По-перше, очікувалося, що вищий рівень вираженості панічних симптомів буде пов’язаний із більш високими показниками тривоги й депресивних проявів.

По-друге, передбачалося, що особи з частішими й більш інтенсивними панічними атаками частіше відчувають потребу в психологічній підтримці, проте не завжди звертаються до фахівців через наявність типових бар’єрів.

По-третє, було висунуто припущення, що особи, які мають позитивний попередній досвід звернення по психологічну допомогу, демонструватимуть меншу вираженість уникальної поведінки й очікувальної тривоги, а також більш чітко сформульовані запити до психолога.

Організаційно дослідження мало характер одноетапного, крос-секційного, з використанням кількісних методів аналізу. Збір даних здійснювався в онлайн-форматі за допомогою анонімної анкети на платформі Google Forms. Вибір саме дистанційного формату був зумовлений кількома причинами. По-перше, це відповідало сучасним тенденціям у дослідженнях ментального здоров’я українців, де онлайн-опитування дозволяють охопити широкі верстви населення в різних регіонах, у тому числі на прифронтових і деокупованих територіях. По-друге, анонімний і дистанційний формат знижує бар’єри участі в дослідженні, особливо коли йдеться про чутливу тематику панічних атак, тривоги та звернення по психологічну допомогу. По-третє, використання цифрових інструментів є методологічно узгодженим із трендом діджиталізації психологічної підтримки (онлайн-терапія, програми самодопомоги) й дозволяє в майбутньому інтегрувати результати дослідження в розробку цифрових програм підтримки, що планується в третьому розділі роботи.

До участі у дослідженні запрошувалися повнолітні респонденти (35 досліджуваних), які проживали на території України або були вимушено переміщеними за кордон, але зберігали постійний зв’язок із українським контекстом. Критеріями включення були:

– вік від 25 до 45 років;

– володіння українською мовою на рівні, достатньому для розуміння інструкцій та тверджень опитувальників;

– наявність досвіду панічних епізодів за останні 12 місяців (як мінімум одного епізоду, що відповідає опису панічної атаки, наведеної в інструкції до анкети);

– інформована згода на участь у дослідженні.

Критеріями виключення були:

– наявність діагностованих тяжких психотичних розладів за словами респондента (шизофренія, біполярний розлад із психотичними епізодами);

– поточний стан, який потребує невідкладної психіатричної допомоги.

Збір даних тривав протягом фіксованого періоду (наприклад, два місяці), при цьому рекрутинг здійснювався через соціальні мережі, тематичні психологічні спільноти та сторінки громадських організацій, що працюють у сфері ментального здоров’я.

Структурно діагностика складалася з кількох блоків. Перший блок становила коротка соціально-демографічна анкета авторської розробки, яка включала питання про вік, стать, освіту, місце проживання до початку повномасштабної війни та на момент опитування (область, тип населеного пункту), статус зайнятості, сімейний стан, досвід вимушеного переміщення (евакуація, внутрішнє переміщення, перебування за кордоном), наближеність до зони бойових дій або досвід безпосередньої небезпеки. Цей блок дозволяв описати структуру вибірки та надалі враховувати потенційний вплив соціально-демографічних і контекстуальних чинників на переживання панічних атак і запити щодо підтримки (Додаток А).

Другий блок був присвячений специфіці панічних атак і включав стандартизовану Шкалу тяжкості панічного розладу (Panic Disorder Severity Scale, PDSS) в україномовній версії самооцінки (PDSS-SR). PDSS – це короткий опитувальник, що містить 7 пунктів, які охоплюють частоту панічних атак, інтенсивність суб'єктивного дистресу під час нападів, рівень очікувальної тривоги, ступінь уникання ситуацій, пов'язаних із панікою, та вплив симптомів на повсякденне функціонування. У дослідженні використовувалася україномовна версія PDSS-SR із збереженням оригінальної структури шкал. Кожен пункт оцінювався за 5-бальною шкалою від 0 до 4, де вищі бали відображали більшу тяжкість симптомів. Після заповнення обчислювався загальний сумарний бал (0-28), на основі якого здійснювалась орієнтовна категоризація рівня тяжкості панічного розладу (від мінімальних проявів до вираженого розладу) (Додаток Б).

Третій блок був спрямований на оцінку загального рівня тривоги й депресивних проявів як емоційного тла, на якому розгортаються панічні атаки. Для цього було використано Госпітальну шкалу тривоги й депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). HADS містить 14 тверджень, що утворюють дві підшкали: «Тривога» (7 пунктів) і «Депресія» (7 пунктів). Шкала розроблена A.S. Zigmond і R.P. Snaith для швидкої діагностики тривоги та депресії в загально-соматичній практиці. Її перевагами є простота застосування, короткий час заповнення (2-5 хвилин) та відсутність тверджень, безпосередньо пов'язаних із соматичними симптомами, що особливо важливо при панічних атаках, де тілесні прояви домінують (Додаток В).

Застосування HADS у поєднанні з PDSS дозволяє не тільки оцінити вираженість панічних симптомів, а й чіткіше розмежувати власне панічний розлад і супутні тривожно-депресивні стани, які можуть виступати як фоновий чинник або наслідок хронічної тривоги й повторних панічних епізодів.

Четвертий блок був присвячений запитам на психологічну підтримку та ставленню до звернення по допомогу. Оскільки в українському науковому просторі немає усталеної стандартизованої україномовної шкали саме для

вимірювання ставлення до психологічної допомоги в контексті панічних атак, було застосовано авторську анкету, розроблену на основі результатів всеукраїнських досліджень щодо ментального здоров'я й ставлення українців до психологічної допомоги під час війни (Додаток Г).

Авторська анкета включала декілька груп запитань:

1) наявний досвід звернення по психологічну допомогу (чи зверталися коли-небудь до психолога, психотерапевта, психіатра; у якому форматі – офлайн, онлайн, на гарячу лінію тощо);

2) суб'єктивно відчувана потреба в психологічній підтримці за останні 6 місяців;

3) типові причини звернення (панічні атаки, тривога, порушення сну, стрес, втрата близьких, воєнний досвід тощо);

4) основні бар'єри звернення (стид, страх осуду, сумніви щодо ефективності, фінансові обмеження, складність запису, відсутність інформації про доступні послуги);

5) очікування від психологічної підтримки (зменшення симптомів, навчання технік саморегуляції, «просто поговорити», отримати медичне лікування, знайти сенс/ресурси тощо).

В анкеті також передбачалися кілька відкритих запитань, де респонденти могли власними словами описати свій досвід панічних атак, те, що допомагає їм упоратися з ними, і як вони уявляють «ідеальну» психологічну допомогу. Це дозволяло доповнити кількісні дані якісними спостереженнями, які будуть використані при розробці програми психологічної підтримки.

Перед початком заповнення анкети кожен респондент отримував детальну інформовану згоду, де було зазначено мету дослідження, добровільний характер участі, гарантії конфіденційності й анонімності, можливість припинити участь на будь-якому етапі без жодних наслідків. Окремим пунктом було прописано, що дослідження не є заміною медичної чи психотерапевтичної допомоги. У разі високої вираженості симптомів або

погіршення стану рекомендувалося звернутися до сімейного лікаря, психотерапевта чи кризових служб. Після завершення опитування респонденти бачили перелік контактів гарячих ліній психологічної підтримки та посилання на перевірені ресурси з інформацією про панічні атаки.

Для обробки даних використовувалися методи описової статистики (обчислення середніх значень, стандартних відхилень, частот і відсоткових розподілів), що дозволяло описати рівень вираженості панічних атак, тривоги й депресії, а також структуру запитів на психологічну підтримку. Для перевірки гіпотез щодо зв'язків між змінними застосовувався кореляційний аналіз (коефіцієнт Спірмена), який давав змогу оцінити асоціації між рівнем тяжкості панічних симптомів (PDSS), показниками тривоги й депресії (HADS) та характеристиками запитів на психологічну допомогу (частота звернень, відчувана потреба, кількість бар'єрів).

Таким чином, організація та методичне забезпечення емпіричного дослідження були вибудувані таким чином, щоб, з одного боку, спиратися на валідні й надійні психодіагностичні інструменти, а з іншого – врахувати специфіку українського воєнного контексту через авторські блоки, присвячені запитам на психологічну підтримку, бар'єрам звернення та суб'єктивному досвіду панічних атак.

2.2. Інтерпретація результатів дослідження

Для оцінки психоемоційного стану респондентів було використано три психодіагностичні методики: GAD-7 – для визначення рівня тривожної симптоматики, PDSS – для оцінки вираженості панічних атак, HADS – для виявлення рівня тривоги та депресії як загального емоційного фону. Додатково на основі авторської анкети було проаналізовано структуру запитів на психологічну підтримку.

За результатами обстеження 57 респондентів середній показник за шкалою GAD-7 становив 10,1 бала, стандартне відхилення – 4,9, що свідчить про загалом помірний рівень тривожної симптоматики у вибірці.

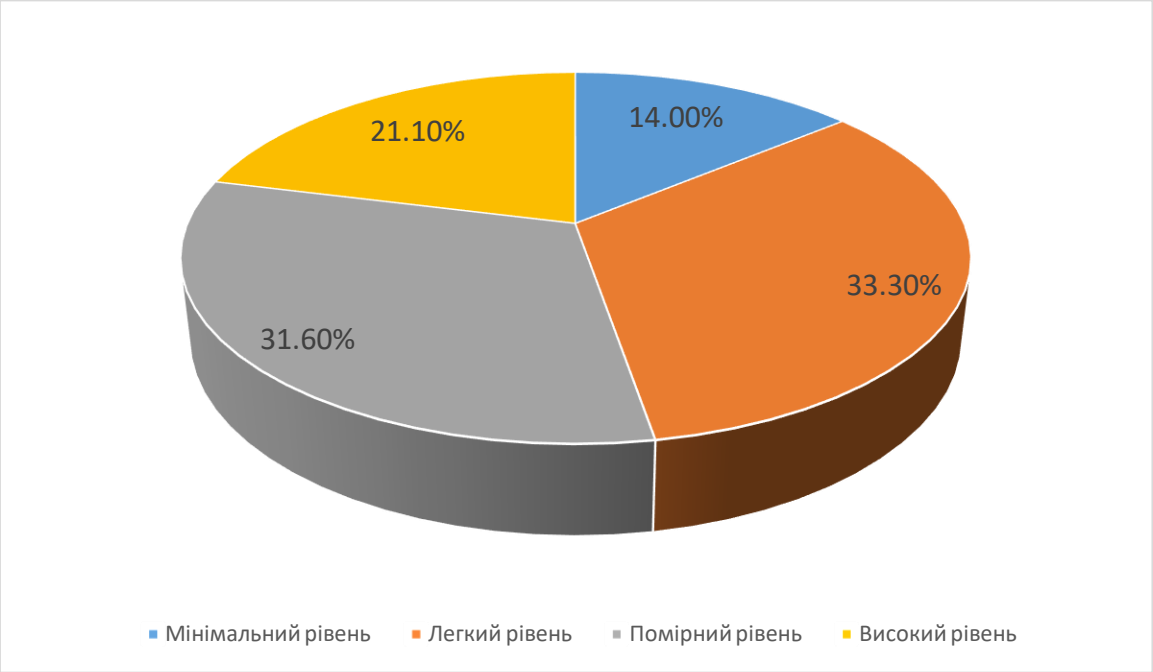


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за рівнем тривожності за методикою GAD-7 (n = 57)

Отримані результати свідчать про те, що в досліджуваній вибірці тривожність є достатньо поширеним психоемоційним явищем і виявляється у більшості респондентів у тій чи іншій формі. Розподіл показників показує, що переважна частина обстежених не перебуває в межах емоційної норми, а демонструє різний ступінь тривожної симптоматики – від легких проявів до вираженого високого рівня. Це дозволяє зробити висновок, що для значної кількості учасників характерними є внутрішнє напруження, схильність до занепокоєння, емоційна нестійкість та підвищена чутливість до психотравмувальних або стресогенних факторів.

Лише 14,0% опитаних мали мінімальний рівень тривожності, а отже, відносно невелика частина вибірки характеризується емоційним станом, який можна вважати достатньо стабільним, урівноваженим і таким, що не супроводжується значним внутрішнім напруженням. Цей показник дає підстави припускати, що тільки незначна кількість респондентів має достатній

запас емоційної стійкості або перебуває в умовах, які не провокують постійного тривожного реагування. Водночас те, що частка осіб із мінімальною тривожністю є порівняно низькою, уже саме по собі свідчить про несприятливий емоційний фон у досліджуваній групі.

Найбільшу частку становили респонденти з легким рівнем тривожності – 33,3%. Такий результат указує на те, що саме легкі тривожні прояви є найбільш типовими для цієї вибірки. Подібний рівень тривожності ще не обов'язково означає виражене емоційне неблагополуччя чи суттєве порушення адаптації, проте він свідчить про наявність помітного психологічного дискомфорту. Для таких осіб можуть бути характерними часті переживання занепокоєння, внутрішня напруженість, очікування небажаних подій, утруднення у повному емоційному розслабленні, а також схильність реагувати підвищеною настороженістю навіть на помірні труднощі. Легкий рівень тривожності часто не блокує повністю повсякденну активність, проте створює емоційне тло, на якому людина швидше виснажується, гостріше реагує на зовнішні подразники і потребує більших внутрішніх ресурсів для підтримання звичного рівня функціонування.

Помітною є також частка респондентів із помірним рівнем тривожності, яка становила 31,6%. Ця категорія вже вказує на більш виражене емоційне напруження, що може позначатися не лише на внутрішньому самопочутті, а й на поведінці, мисленні, міжособистісній взаємодії та загальній здатності до адаптації. Особи з таким рівнем тривожності, як правило, частіше переживають невпевненість, мають труднощі з відключенням від тривожних думок, можуть бути схильними до гіперконтролю, очікування небезпеки або надмірної концентрації на власному емоційному стані. Помірна тривожність уже може істотно впливати на якість життя, оскільки потребує постійного психологічного напруження для стримування негативних переживань і може знижувати відчуття внутрішньої рівноваги.

Ще 21,1% досліджуваних продемонстрували високий рівень тривожності, і саме цей показник є особливо значущим для психологічної

інтерпретації. Високий рівень тривожності свідчить про істотну вираженість внутрішнього напруження, схильність до інтенсивних негативних переживань, труднощі в регуляції емоційного стану, а інколи й про ризик формування дезадаптивних реакцій на стрес. Для таких осіб можуть бути характерними часті й сильні переживання страху, неспокою, відчуття втрати контролю, емоційна виснаженість, а також схильність інтерпретувати життєві події як більш небезпечні або загрозливі, ніж вони є насправді. Висока тривожність зазвичай супроводжується не лише суб'єктивним стражданням, а й потенційним зниженням ефективності діяльності, ускладненням спілкування з іншими людьми та погіршенням загального психологічного благополуччя.

Узагальнення результатів показує, що сумарно у 52,7% обстежених було виявлено помірний або високий рівень тривожності. Це означає, що більше половини всієї вибірки перебуває у стані відчутного емоційного напруження, яке не можна вважати випадковим або ситуативно незначущим. Такий показник є доволі високим і вказує на те, що тривожність у цій групі має масовий характер, а не обмежується поодинокими випадками. Фактично йдеться про те, що для значної частини респондентів тривога виступає не короткочасною реакцією, а стійким елементом емоційного функціонування, який може впливати на самосприйняття, стиль поведінки, якість стосунків та рівень адаптованості до життєвих обставин.

Таким чином, результати аналізу дозволяють стверджувати, що досліджувана група загалом характеризується підвищеним рівнем тривожного реагування. Низька частка осіб із мінімальною тривожністю та переважання респондентів із легкими, помірними й високими тривожними проявами свідчать про поширеність емоційного неблагополуччя та потребу в більш уважному вивченні чинників, які підтримують або посилюють цей стан.

За результатами дослідження за шкалою PDSS було встановлено, що у вибірці переважають респонденти з помірно вираженою панічною симптоматикою, частка яких становила 35,1%. Це означає, що саме для цієї

групи досліджуваних панічні прояви є найбільш типовими та мають не епізодичний, а вже достатньо помітний характер. Помірна вираженість панічної симптоматики свідчить про те, що у цих осіб панічні стани вже виходять за межі поодиноких випадків емоційного дискомфорту і можуть проявлятися як стійкі переживання інтенсивного страху, внутрішнього напруження, тривожного очікування повторення нападу, а також як підвищена чутливість до тілесних відчуттів. У психологічному сенсі це дає підстави припускати, що панічні симптоми для значної частини вибірки є не просто короткочасною реакцією на стрес, а таким станом, який уже впливає на емоційне самопочуття, самосприйняття, впевненість у собі та якість повсякденного функціонування.

Досить значною була також частка респондентів із легкими проявами панічної симптоматики, яка становила 26,3%. Це свідчить про те, що приблизно чверть досліджуваних уже мають певні ознаки панічних станів, але їх вираженість поки що не досягає рівня глибокої дезадаптації. Для таких осіб можуть бути характерними окремі епізоди різкого страху, короткочасні панічні реакції, підвищена настороженість щодо змін власного фізичного чи емоційного стану, а також схильність до переживання окремих компонентів панічної атаки без повного розгортання клінічно вираженого симптому. Водночас наявність навіть легких панічних проявів уже є психологічно значущою, оскільки вони можуть створювати внутрішню напругу, формувати страх повторення подібних станів і поступово підвищувати загальний рівень тривожності (рис. 2.2).

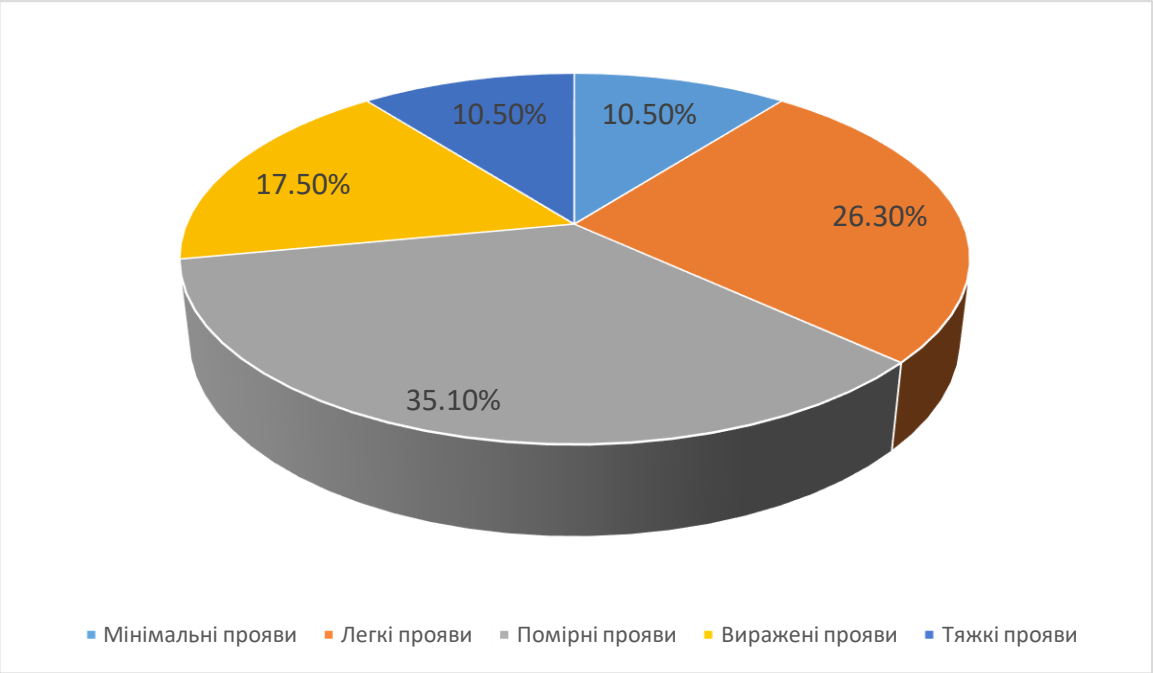


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за рівнем вираженості панічних атак за методикою PDSS (n = 57)

Особливої уваги заслуговує той факт, що у 28,0% досліджуваних були виявлені виражені або тяжкі панічні прояви. Цей показник є досить високим і вказує на те, що майже третина вибірки переживає панічні стани на такому рівні, який уже має істотний дезадаптивний вплив. У психологічному плані це означає, що панічні атаки для цих осіб можуть бути не лише інтенсивними за своїм емоційним і фізіологічним наповненням, а й такими, що реально обмежують повсякденну активність, викликають очікувальну тривогу, спричиняють уникання певних ситуацій, знижують суб'єктивне відчуття безпеки та контролю над власним життям. Для таких респондентів панічні прояви можуть ставати частиною їхнього щоденного функціонування. Вони починають вибудовувати поведінку з урахуванням ризику нового нападу, уникати місць або обставин, які асоціюються з небезпекою, і загалом жити в умовах постійного психоемоційного напруження. Саме тому високий відсоток осіб із вираженими й тяжкими панічними симптомами дозволяє говорити про значну актуальність проблеми та потребу в спеціально організованій психологічній підтримці.

Натомість мінімальні прояви панічної симптоматики були зафіксовані лише у 10,5% осіб. Це дає підстави стверджувати, що порівняно невелика частина вибірки не демонструє суттєвих ознак панічних станів або переживає їх на рівні, який майже не впливає на загальний психоемоційний стан та повсякденну активність. Така частка є досить низькою, що ще раз підкреслює загальну насиченість вибірки панічною симптоматикою та свідчить про те, що для більшості обстежених панічні прояви все ж є актуальною психологічною проблемою.

Узагальнення цих результатів дозволяє зробити висновок, що у вибірці досліджуваних переважають особи з легкими, помірними та вираженими панічними проявами, тоді як мінімальний рівень панічної симптоматики є радше винятком, ніж типовим явищем. Особливо значущим є поєднання високої частки респондентів із помірною симптоматикою та майже третини осіб із вираженими або тяжкими панічними проявами. Такий розподіл свідчить про те, що панічні стани мають не епізодичний і поодинокий, а достатньо поширений характер серед учасників дослідження. У психологічному вимірі це означає наявність стійкого емоційного неблагополуччя, яке супроводжується страхом, підвищеною вразливістю, очікуванням небезпеки, порушенням відчуття внутрішньої безпеки та потенційним зниженням адаптивності.

Таким чином, результати за шкалою PDSS переконливо свідчать про те, що панічна симптоматика у досліджуваній групі є суттєво поширеною та психологічно значущою. Домінування помірних, виражених і тяжких проявів підтверджує, що панічні стани можуть відігравати важливу роль у формуванні загального психоемоційного неблагополуччя, ускладнювати повсякденне функціонування та бути вагомим чинником дезадаптації.

Аналіз розподілу респондентів за рівнем тривоги за підшкалою HADS-T засвідчив досить виражену напруженість емоційного стану в досліджуваній вибірці. Отримані результати показали, що найбільшу частку становили особи з клінічно вираженим рівнем тривоги – 49,1% від загальної кількості

обстежених. Такий показник є особливо значущим, оскільки свідчить, що майже половина респондентів переживає тривогу не як ситуативну або короткочасну емоційну реакцію, а як достатньо стійкий і інтенсивний психоемоційний стан, який може істотно впливати на повсякденне функціонування, міжособистісну взаємодію, працездатність та загальне психологічне благополуччя. Клінічно виражений рівень тривоги зазвичай пов’язаний із постійним внутрішнім напруженням, схильністю до надмірного занепокоєння, труднощами в емоційній саморегуляції, очікуванням небезпеки або негативного розвитку подій, а також із підвищеною чутливістю до будь-яких стресогенних впливів. У психологічному плані це означає, що для значної частини досліджуваних тривога є не фоновим, а центральним компонентом їхнього емоційного стану.

Водночас ще 28,1% учасників продемонстрували пограничний рівень тривоги. Цей показник також є вкрай важливим для інтерпретації, оскільки вказує на наявність значної групи осіб, чий емоційний стан уже виходить за межі повної норми, але ще не досягає рівня максимальної клінічної вираженості. Пограничний рівень тривоги можна розглядати як своєрідну зону підвищеного ризику, коли в людини вже наявні помітні ознаки внутрішнього неспокою, нервово-психічного напруження, емоційної нестабільності та схильності до тривожного реагування, однак ці прояви ще не набули максимальної інтенсивності. У таких випадках тривога часто має хронічний, але не завжди явно дезорганізуючий характер: людина може зберігати здатність до виконання щоденних обов’язків, проте робить це ціною значного внутрішнього виснаження, самоконтролю та постійної мобілізації психічних ресурсів. Саме тому пограничний рівень тривоги не слід розглядати як незначущий: він може свідчити про наявність стійкої емоційної напруги, яка за несприятливих умов здатна поглиблюватися.

Лише 22,8% досліджуваних перебували в межах нормативного рівня тривоги. Це означає, що менш ніж чверть усієї вибірки характеризується відносно емоційно врівноваженим станом, у якому тривожні переживання не

виходять за межі психологічно допустимого та не мають суттєвого дезадаптивного впливу. Такий показник є досить низьким і свідчить про те, що емоційна стабільність у цій групі є радше винятком, ніж типовим явищем. Фактично це вказує на загальну високу поширеність тривожних переживань серед респондентів і дає підстави говорити про несприятливий психоемоційний фон у вибірці загалом.

Якщо узагальнити отримані дані, можна побачити, що сумарно 77,2% досліджуваних мали або пограничний, або клінічно виражений рівень тривоги. Такий результат є дуже показовим, оскільки демонструє, що більше трьох чвертей вибірки перебуває в стані підвищеного емоційного напруження різного ступеня інтенсивності. У психологічному сенсі це означає, що для більшості учасників характерні труднощі з відчуттям внутрішньої безпеки, емоційної рівноваги та спокою. Подібний розподіл може свідчити про значну емоційну вразливість досліджуваної групи, схильність до надмірного занепокоєння та високу ймовірність того, що тривога впливає на інші аспекти психічного функціонування, зокрема на самопочуття, стосунки з іншими людьми, адаптаційні можливості та якість повсякденного життя.

Аналіз розподілу респондентів за рівнем депресії за підшкалою HADS-Д показав, що хоча депресивна симптоматика у досліджуваній вибірці загалом була менш вираженою, ніж тривожна, вона все ж залишалася важливим компонентом психоемоційного неблагополуччя значної частини учасників. Найбільшу групу становили респонденти, у яких показники депресії перебували в межах норми – 43,9%. Це свідчить про те, що трохи менше половини вибірки не виявляла виражених депресивних проявів, а їхній емоційний стан у цьому аспекті можна вважати відносно стабільним. Водночас навіть цей показник не є настільки високим, щоб говорити про повне домінування емоційного благополуччя у вибірці, адже більша частина респондентів усе ж продемонструвала тією чи іншою мірою виражені депресивні тенденції.

Досить суттєвою виявилася частка осіб із пограничним рівнем депресії – 31,6%. Такий результат указує на те, що майже третина досліджуваних перебувала у стані, який ще не можна однозначно віднести до клінічно вираженої депресивної симптоматики, але який уже виходить за межі повної психологічної норми. У психологічному сенсі це може проявлятися у зниженні емоційного тонусу, втомлюваності, схильності до пригніченого настрою, песимістичних переживань, втрати інтересу до певних аспектів повсякденного життя або зниження відчуття внутрішньої задоволеності. Пограничний рівень депресивних проявів є особливо важливим для інтерпретації, оскільки він відображає стан емоційної нестабільності, який за несприятливих умов може поглиблюватися і переходити у більш виражені форми емоційного неблагополуччя (рис. 2.3).

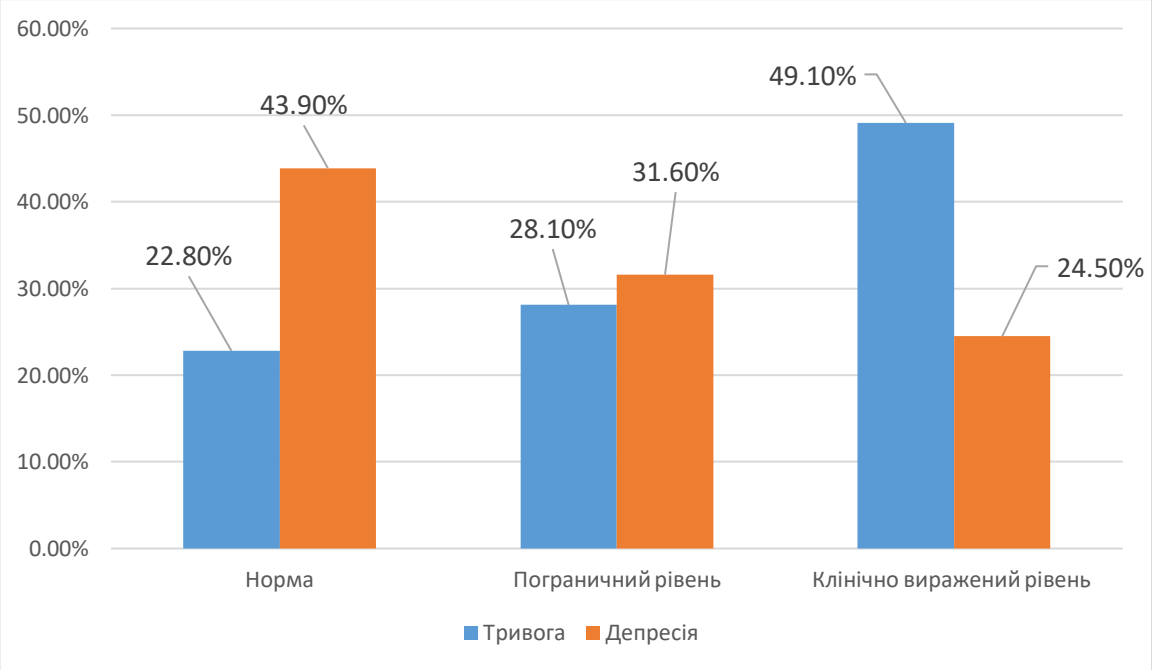


Рис. 2.3. Результати діагностики рівня тривоги та депресії за шкалою HADS

Крім того, у 24,5% респондентів було зафіксовано клінічно виражений рівень депресії. Це означає, що майже чверть вибірки мала достатньо інтенсивні депресивні прояви, які могли суттєво впливати на повсякденне функціонування, самопочуття, міжособистісні стосунки та загальний рівень психологічної адаптації. Клінічно виражені депресивні тенденції можуть

супроводжуватися пригніченим настроєм, відчуттям безсилля, емоційним виснаженням, зниженням активності, втратою життєвого тонусу та труднощами в переживанні позитивних емоцій. У поєднанні з високою тривожністю такі прояви можуть формувати більш складну й обтяжену картину психоемоційного стану, коли особа одночасно переживає і внутрішнє напруження, і емоційне виснаження.

Отже, хоча в межах норми перебувала найбільша окрема група респондентів, сумарно 56,1% досліджуваних продемонстрували або пограничний, або клінічно виражений рівень депресивних проявів. Це свідчить про те, що депресивна симптоматика є достатньо поширеною у вибірці й не може розглядатися як другорядний або випадковий феномен. Навпаки, вона виступає важливим супутнім компонентом загального психоемоційного стану респондентів і, ймовірно, посилює відчуття психологічного неблагополуччя, знижує адаптаційні можливості та ускладнює подолання тривожних і панічних переживань.

Порівняльний аналіз середніх значень за використаними методиками дозволив цілісно оцінити психоемоційний стан вибірки. Було встановлено, що середній показник за GAD-7 відповідає помірному рівню загальної тривожності (M = 10,1; SD = 4,9), що свідчить про наявність у вибірці вираженого тривожного фону. Середній показник за PDSS-SR становив 12,0 бала при SD = 6,1, що вказує на середній рівень вираженості панічних атак. Це означає, що панічні прояви для значної частини респондентів не були поодинокими або незначними, а мали достатню силу, щоб впливати на їхнє повсякденне життя й самопочуття. Показник за підшкалою HADS-T відповідав підвищеному рівню тривоги (M = 10,3; SD = 4,1), що додатково підтверджує загальну високу емоційну напруженість у вибірці. Своєю чергою, середнє значення за підшкалою HADS-Д становило 8,2 бала при SD = 3,8, що відповідає пограничному рівню депресивних проявів. Це свідчить про те, що депресивна симптоматика у середньому не досягала такого рівня вираженості,

як тривожна, але все ж була достатньо помітною, щоб впливати на загальну психологічну картину.

Узагальнюючи результати, можна зазначити, що для досліджуваної вибірки загалом характерне поєднання помірно вираженої тривожності, середнього рівня панічної симптоматики, підвищеної ситуативно-емоційної напруги та пограничних депресивних проявів. Особливо показовим є той факт, що майже половина учасників продемонструвала клінічно виражений рівень тривоги за HADS, а понад чверть респондентів мали виражені або тяжкі панічні симптоми за PDSS-SR. Це дає підстави розглядати досліджувану групу як таку, що перебуває в умовах суттєвого психоемоційного навантаження. Депресивні прояви, хоча і були менш інтенсивними, ніж тривожні, також супроводжували значну частину респондентів і могли посилювати внутрішнє виснаження, знижувати рівень психологічної стійкості та ускладнювати подолання тривожних і панічних станів. Усе це свідчить про необхідність цілісного підходу до психологічної підтримки досліджуваних, який би враховував одночасно і тривожну, і панічну, і депресивну складові їхнього емоційного стану.

За результатами авторської анкети було здійснено аналіз структури запитів респондентів на психологічну підтримку, що дало змогу глибше зрозуміти не лише характер їхніх емоційних труднощів, а й те, якої саме допомоги вони потребують у зв’язку з переживанням тривожних і панічних станів. Отримані дані показали, що найбільш поширеним був запит, безпосередньо пов’язаний із панічними атаками: його висловили 31,6% учасників дослідження. Це свідчить про те, що саме панічні стани сприймаються респондентами як одна з найгостріших і найтривожніших проблем, яка потребує фахового втручання. Такий результат є цілком закономірним, оскільки панічні атаки, як правило, супроводжуються різким відчуттям страху, втратою внутрішнього контролю, інтенсивними тілесними симптомами та переживанням безпорадності, що робить їх одним із найсильніших дезорганізуючих психоемоційних станів.

Друге місце за поширеністю посів запит на навчання технік саморегуляції, який обрали 24,6% респондентів. Цей показник є дуже показовим, оскільки свідчить про прагнення учасників дослідження не лише зменшити інтенсивність неприємних симптомів, а й опанувати конкретні практичні інструменти самодопомоги. Інакше кажучи, значна частина досліджуваних демонструє не пасивне очікування підтримки, а зацікавленість у набутті навичок, які допомогли б їм самостійно стабілізувати власний стан, регулювати тривогу, знижувати фізіологічне напруження та ефективніше справлятися з кризовими переживаннями. У психологічному плані це вказує на сформовану потребу в ресурсному підході до допомоги, коли людина шукає не лише полегшення, а й внутрішні способи відновлення контролю над собою (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Розподіл основних запитів на психологічну підтримку серед респондентів (n = 57)

Основний запит на психологічну підтримку	Кількість осіб	%
Зменшення частоти та інтенсивності панічних атак	18	31,6
Навчання технік саморегуляції та стабілізації стану	14	24,6
Зниження загального рівня тривожності	11	19,3
Подолання порушень сну та соматичної напруги	7	12,3
Емоційна підтримка, можливість виговоритися	5	8,8
Отримання маршруту подальшої допомоги / консультації щодо лікування	2	3,5

Ще 19,3% опитаних вказали на потребу у зниженні загального рівня тривожності. Такий результат свідчить, що для значної частини респондентів проблемою є не лише власне панічні атаки, а й ширший тривожний фон, який супроводжує повсякденне життя, впливає на самопочуття, внутрішню стабільність, працездатність і взаємодію з іншими людьми. Це дозволяє припустити, що у свідомості багатьох досліджуваних панічні прояви не сприймаються ізольовано, а розглядаються як частина більш загального стану емоційного неблагополуччя. Відповідно, психологічна допомога в таких випадках має бути спрямована не лише на подолання окремих нападів паніки, а й на зменшення хронічного напруження, тривожного очікування, внутрішнього неспокою та підвищеної емоційної вразливості.

Менш поширеними, але також психологічно значущими виявилися запити щодо подолання порушень сну та соматичної напруги, які обрали 12,3% респондентів. Це вказує на те, що частина учасників пов’язує свій дискомфорт не лише з емоційними переживаннями як такими, а й із тілесними наслідками тривоги та панічних станів. Порушення сну, відчуття виснаження, напруження в тілі, психосоматичний дискомфорт, ймовірно, є для них важливою складовою загального неблагополуччя. У психологічному сенсі це

підтверджує, що тривожні й панічні стани часто мають комплексний характер і проявляються не лише на емоційному, а й на фізіологічному рівні, що потребує цілісного підходу до підтримки.

Порівняно менша, але все ж помітна частка досліджуваних – 8,8% – наголосила на потребі в емоційній підтримці та можливості виговоритися. Такий результат свідчить про важливість для частини респондентів не стільки інструментального або симптом-орієнтованого аспекту допомоги, скільки самого безпечного простору для емоційного вираження, прийняття та співпереживання. Це дозволяє припустити, що для цих осіб значущим ресурсом є можливість бути почутими, отримати емоційне підтвердження власних переживань, зменшити внутрішню ізоляцію та відчути підтримку з боку іншої людини. Таким чином, навіть якщо цей запит не є наймасовішим, він має суттєве значення для розуміння глибини емоційної вразливості досліджуваних.

Найменш поширеним виявився запит, пов’язаний із потребою в інформації про подальший маршрут допомоги, – його зазначили 3,5% респондентів. Хоча цей показник є найнижчим, він також має важливе практичне значення, оскільки відображає потребу окремих осіб не просто в підтримці як такій, а в чіткому розумінні, куди саме звертатися, який вид допомоги є доцільним, як вибудовувати подальші кроки щодо подолання власного стану. Такий запит може свідчити про невпевненість, недостатню обізнаність у системі психологічної та психотерапевтичної допомоги або труднощі з орієнтацією в доступних ресурсах.

Узагальнюючи отримані результати, можна зробити висновок, що структура запитів на психологічну підтримку є досить різноманітною, але водночас має чітко виражене ядро. Найбільш актуальними для респондентів виявилися потреби, пов’язані із безпосереднім зменшенням панічної симптоматики, навчанням навичок саморегуляції та зниженням загальної тривожності. Це свідчить про те, що учасники дослідження сприймають психологічну допомогу насамперед як засіб практичного полегшення стану та

відновлення контролю над власним психоемоційним функціонуванням. Менш поширені, але теж вагомі запити на емоційну підтримку, подолання соматичного напруження та отримання маршруту подальшої допомоги розширюють уявлення про те, що потреби досліджуваних не обмежуються лише подоланням окремих симптомів, а охоплюють також глибші аспекти психологічного благополуччя, саморозуміння та орієнтації в ресурсах допомоги.

Отже, аналіз структури запитів на психологічну підтримку дозволяє стверджувати, що для більшості респондентів характерна виражена потреба в комплексній допомозі, яка має поєднувати психоедукацію, навчання технік саморегуляції, емоційну підтримку та конкретні рекомендації щодо подальших кроків у подоланні тривожних і панічних станів. Саме така спрямованість запитів створює важливе емпіричне підґрунтя для розробки цілісної програми психологічної підтримки, орієнтованої на зниження тривоги, стабілізацію психоемоційного стану та формування ефективних способів самодопомоги.

На другому рівні для перевірки гіпотез щодо зв’язків між змінними застосовувався кореляційний аналіз Спірмена, який давав можливість оцінити напрям і силу зв’язків між показниками тяжкості панічної симптоматики, тривоги, депресії та особливостями звернення по психологічну допомогу. Такий спосіб обробки відповідав програмі дослідження, закладеній у методичному описі.

Вибір саме коефіцієнта rs Спірмена був зумовлений тим, що частина досліджуваних змінних мала порядковий характер, а також тим, що аналізувались не лише інтервальні бали психодіагностичних методик, а й показники, отримані за авторською анкетою, зокрема частота звернень, суб’єктивна потреба у психологічній підтримці та кількість бар’єрів звернення. Отже, використання непараметричного кореляційного аналізу було доцільним і статистично обґрунтованим.

За результатами кореляційного аналізу було отримано такі показники.

Таблиця 2.2

Кореляційні зв’язки між показниками PDSS, HADS та характеристиками запитів на психологічну допомогу (n = 57)

Пара змінних	rs (Спірмен)	p
PDSS – HADS-Тривога	0,68	<0,001
PDSS – HADS-Депресія	0,46	<0,001
HADS-Тривога – HADS-Депресія	0,54	<0,001
PDSS – частота звернень по психологічну допомогу	0,31	0,019
PDSS – відчувана потреба в психологічній підтримці	0,57	<0,001
PDSS – кількість бар’єрів звернення	0,29	0,028
HADS-Тривога – частота звернень	0,27	0,041
HADS-Тривога – відчувана потреба в підтримці	0,49	<0,001
HADS-Тривога –кількість бар’єрів	0,33	0,012
HADS-Депресія – частота звернень	0,18	0,182
HADS-Депресія – відчувана потреба в підтримці	0,36	0,006
HADS-Депресія – кількість бар’єрів	0,41	0,002

Отримані результати засвідчили наявність статистично значущого сильного прямого зв’язку між рівнем тяжкості панічних симптомів за PDSS та показником тривоги за підшкалою HADS-Тривога ($rs = 0,68$; $p < 0,001$). Це означає, що зі зростанням інтенсивності панічних атак у респондентів суттєво підвищувався й загальний рівень тривоги. Такий результат є логічним, оскільки панічні атаки розгортаються на тлі інтенсивного тривожного напруження і, своєю чергою, підтримують його, посилюючи очікувальну тривогу та настороженість щодо можливого повторення нападу.

Між показниками PDSS і HADS-Депресія було виявлено помірний прямий кореляційний зв’язок ($rs = 0,46$; $p < 0,001$). Це дає підстави стверджувати, що більш виражені панічні симптоми супроводжуються

вищими депресивними проявами. Отже, панічні атаки у досліджуваних пов’язані не лише з тривогою як безпосереднім емоційним тлом, а й із депресивним виснаженням, зниженням емоційного тонусу та відчуттям психологічної дезадаптації.

Також було встановлено помірний позитивний зв’язок між підшкалами HADS-Тривога та HADS-Депресія ($rs = 0,54$; $p < 0,001$). Це свідчить про те, що у вибірці тривожні та депресивні прояви часто співіснують і взаємно посилюють один одного. Такий результат підтверджує доцільність комплексного підходу до оцінки психоемоційного стану осіб із панічними атаками, оскільки їхній емоційний дискомфорт не обмежується лише власне панічними епізодами.

Аналіз зв’язків між показниками панічної симптоматики та характеристиками запиту на психологічну допомогу показав, що між PDSS і частотою звернень існує слабкий, але статистично значущий позитивний зв’язок ($rs = 0,31$; $p = 0,019$). Це означає, що респонденти з більш вираженими панічними симптомами частіше зверталися по психологічну допомогу. Однак сила цього зв’язку не є високою, що може свідчити про наявність додаткових чинників, які впливають на рішення звертатися по допомогу, зокрема бар’єрів, сумнівів або стигматизованого ставлення до психологічної підтримки.

Найбільш виражений зв’язок у блоці психологічного запиту було виявлено між PDSS та суб’єктивно відчуваною потребою в психологічній підтримці ($rs = 0,57$; $p < 0,001$). Цей показник свідчить, що чим сильніше респонденти переживали панічні симптоми, тим виразніше усвідомлювали власну потребу в допомозі. Такий результат є дуже важливим з практичної точки зору, оскільки він підтверджує, що панічні атаки суб’єктивно переживаються як стан, який потребує зовнішньої підтримки, навіть якщо фактичне звернення до фахівця відбувається не завжди.

Між тяжкістю панічних симптомів і кількістю бар’єрів звернення також виявлено слабкий прямий зв’язок ($rs = 0,29$; $p = 0,028$). Це дає підстави припустити, що зі зростанням панічної симптоматики збільшується й кількість

труднощів, які людина бачить або переживає на шляху до отримання психологічної допомоги. Можна припустити, що вищий рівень панічних проявів супроводжується і більшою чутливістю до страху осуду, недовіри до ефективності допомоги, труднощів із записом або внутрішньої невпевненості щодо можливості змін.

Показник HADS-Тривога мав статистично значущий слабкий зв’язок із частотою звернень по допомогу ($rs = 0,27$; $p = 0,041$) та помірний зв’язок із відчуваною потребою в підтримці ($rs = 0,49$; $p < 0,001$). Це означає, що підвищена тривога не лише посилює суб’єктивне усвідомлення необхідності допомоги, а й певною мірою стимулює реальне звернення по неї. Водночас виявлено також слабкий позитивний зв’язок між рівнем тривоги і кількістю бар’єрів ($rs = 0,33$; $p = 0,012$), що свідчить про суперечливість психологічного запиту: чим вища тривога, тим більше людина потребує підтримки, але тим більше перешкод може відчувати на шляху до її отримання.

Показник HADS-Депресія не мав статистично значущого зв’язку з частотою звернень ($rs = 0,18$; $p = 0,182$), однак виявив помірний позитивний зв’язок із відчуваною потребою в підтримці ($rs = 0,36$; $p = 0,006$) та кількістю бар’єрів звернення ($rs = 0,41$; $p = 0,002$). Це дозволяє зробити важливий висновок: депресивні прояви не так стимулюють активне звернення по допомогу, як посилюють внутрішнє відчуття потреби в ній та одночасно збільшують суб’єктивно переживані перешкоди. Іншими словами, респонденти з вищими депресивними показниками більше потребують підтримки, але меншою мірою реалізують цю потребу у вигляді фактичного звернення.

Узагальнюючи результати математико-статистичного аналізу, можна стверджувати, що висунуті припущення про наявність зв’язків між тяжкістю панічної симптоматики, тривогою, депресією та характеристиками запитів на психологічну допомогу загалом підтвердилися. Найбільш сильні асоціації були встановлені між панічними симптомами й тривогою, а також між панічними симптомами та суб’єктивною потребою в психологічній підтримці.

Водночас депресивні прояви в більшій мірі пов’язані не з частотою звернень, а з переживанням бар’єрів на шляху до допомоги. Це свідчить про те, що психологічний запит у осіб із панічними атаками має складну структуру: висока симптоматика підсилює потребу в підтримці, але не завжди автоматично веде до звернення, оскільки цей процес опосередковується емоційними й когнітивними бар’єрами.

Висновки до розділу 2

У розділі було представлено організацію, методику та результати емпіричного дослідження особливостей панічних атак і запитів на психологічну підтримку. Дослідження було побудоване на комплексному підході до вивчення проблеми, відповідно до якого панічні атаки розглядалися у взаємозв’язку з рівнем тривожності, тривожно-депресивним емоційним тлом і суб’єктивною потребою в психологічній допомозі. Для реалізації поставленої мети було сформовано вибірку з 57 осіб віком від 20 до 47 років та використано комплекс психодіагностичних методик, до якого увійшли соціально-демографічна анкета, шкала тяжкості панічного розладу PDSS-SR, госпітальна шкала тривоги й депресії HADS, методика GAD-7 та авторська анкета, спрямована на вивчення запитів на психологічну підтримку.

Результати дослідження засвідчили, що для вибірки загалом характерний підвищений рівень психоемоційного напруження. За методикою GAD-7 було встановлено, що лише незначна частина респондентів має мінімальний рівень тривожності, тоді як у більшості виявлено легкі, помірні або високі тривожні прояви. Середній показник за цією шкалою відповідав помірному рівню тривожної симптоматики, що дозволяє говорити про значну поширеність внутрішнього напруження, занепокоєння та підвищеної емоційної вразливості в досліджуваній групі.

Аналіз результатів за шкалою PDSS-SR показав, що у вибірці переважають особи з помірними проявами панічної симптоматики, а майже третина респондентів має виражені або тяжкі панічні прояви. Це свідчить про

те, що панічні атаки для значної частини досліджуваних є не поодинокими епізодами, а психологічно значущим і дезадаптивним явищем, яке впливає на щоденне функціонування, поведінку та емоційний стан.

За підшкалою HADS-T було встановлено, що майже половина респондентів має клінічно виражений рівень тривоги, а ще значна частина перебуває на пограничному рівні. Це означає, що тривога виступає одним із провідних компонентів психоемоційного неблагополуччя досліджуваних. За підшкалою HADS-Д виявлено, що хоча депресивні прояви в середньому були менш вираженими, ніж тривожні, вони також супроводжували значну частину вибірки: понад половина респондентів продемонструвала пограничний або клінічно виражений рівень депресивної симптоматики.

Аналіз авторської анкети дав змогу встановити структуру запитів на психологічну підтримку. Найбільш актуальними для респондентів виявилися потреби у зменшенні частоти та інтенсивності панічних атак, навчанні технік саморегуляції та зниженні загального рівня тривожності. Менш поширеними, але також значущими були запити на подолання порушень сну й соматичної напруги, отримання емоційної підтримки та орієнтацію в подальшому маршруті допомоги. Це свідчить про те, що учасники дослідження потребують не лише емоційного супроводу, а й практичних інструментів самодопомоги, психоедукації та чітко структурованої системи психологічної підтримки.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ ІЗ ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

3.1. Обґрунтування програми психологічної підтримки

Розробка програми психологічної підтримки осіб із панічними атаками є логічним продовженням теоретичного та емпіричного етапів дослідження, оскільки отримані результати переконливо засвідчили не лише наявність виражених тривожних і панічних проявів у значної частини респондентів, а й сформований запит на цілеспрямовану психологічну допомогу. Виявлені під час дослідження особливості психоемоційного стану учасників свідчать про те, що панічні атаки для більшості з них не є ізольованими короткочасними епізодами, а розгортаються на тлі стійкої тривожності, підвищеного внутрішнього напруження, емоційного виснаження та недостатньо сформованих навичок психологічної саморегуляції. Саме тому потреба у спеціально організованій програмі підтримки є не лише теоретично обґрунтованою, а й практично необхідною.

Емпіричні результати показали, що у вибірці переважають респонденти з легкими, помірними та високими тривожними проявами, а більш ніж у половини досліджуваних зафіксовано помірний або високий рівень тривожності. Це дає підстави розглядати тривогу як центральний психологічний фон, на якому виникають та закріплюються панічні стани. Водночас результати за шкалою тяжкості панічного розладу показали значну представленість осіб із помірною, вираженою та тяжкою панічною симптоматикою, що свідчить про дезадаптивний вплив панічних атак на повсякденне функціонування, емоційне самопочуття та поведінку респондентів. Додатково встановлений високий рівень тривоги та наявність пограничних і клінічно виражених депресивних проявів за шкалою HADS підтверджують, що панічні атаки в досліджуваних супроводжуються ширшим емоційним неблагополуччям і не можуть розглядатися поза контекстом загальної психоемоційної дестабілізації.

Отримані дані дозволяють стверджувати, що панічні атаки у досліджуваних мають багатофакторну психологічну природу. Вони

підтримуються не лише фізіологічним напруженням чи ситуаційним стресом, а й особливостями емоційної інтерпретації тілесних сигналів, схильністю до катастрофізації, очікувальною тривогою, внутрішньою напруженістю, униканням певних ситуацій та дефіцитом ефективних способів самодопомоги. Саме тому програма психологічної підтримки має бути спрямована не лише на зменшення окремих симптомів, а й на більш глибокий рівень психологічного опрацювання – усвідомлення механізмів виникнення панічних атак, зниження інтенсивності тривожного реагування, розвиток навичок саморегуляції, стабілізацію емоційного стану та формування конструктивних способів подолання стресу.

Не менш вагомим аргументом на користь розробки програми є результати аналізу запитів на психологічну підтримку. З'ясовано, що найбільш актуальними для респондентів є запити, пов'язані зі зменшенням частоти та інтенсивності панічних атак, навчанням технік саморегуляції та зниженням загального рівня тривожності. Це свідчить про те, що учасники дослідження не обмежуються лише потребою в емоційному прийнятті чи підтримці, а прагнуть отримати конкретні психологічні інструменти, які допоможуть їм краще розуміти власний стан і справлятися з ним у повсякденному житті. Значущими виявилися також запити на подолання порушень сну, соматичної напруги, отримання емоційної підтримки та орієнтації у подальшому маршруті допомоги. Усе це вказує на необхідність такої програми, яка б поєднувала психоедукаційний, підтримувальний, корекційний і навичковий компоненти.

Окремого значення набувають результати математико-статистичного аналізу, які підтвердили тісний зв'язок між тяжкістю панічної симптоматики, рівнем тривоги, депресивними проявами та характеристиками запиту на психологічну допомогу. Встановлені кореляції свідчать, що зі зростанням інтенсивності панічних атак збільшується і суб'єктивно відчувана потреба в підтримці, а також посилюються тривожні та депресивні тенденції. Це означає, що психологічна підтримка осіб із панічними атаками має бути

спрямована не лише на реакцію у відповідь на вже сформований гострий стан, а й на попередження поглиблення емоційного неблагополуччя, подолання бар'єрів звернення по допомогу та відновлення відчуття суб'єктивного контролю над власним життям.

З огляду на це програма психологічної підтримки осіб із панічними атаками має ґрунтуватися на кількох принципово важливих положеннях. По-перше, вона повинна враховувати, що панічні атаки часто супроводжуються страхом повторення нападу, тому одним із ключових напрямів роботи має бути зниження очікувальної тривоги. По-друге, програма повинна бути спрямована на формування у клієнтів більш реалістичного розуміння власних тілесних і емоційних реакцій, оскільки неправильне тлумачення симптомів є одним із механізмів підтримання панічного циклу. По-третє, важливо забезпечити практичне оволодіння техніками самодопомоги, які можуть використовуватися як у момент гострої тривоги, так і в щоденному житті для зниження загального емоційного напруження. По-четверте, програма повинна мати ресурсний характер, тобто не лише зменшувати симптоми, а й розвивати внутрішні психологічні опори особистості: здатність до самоспостереження, емоційної регуляції, гнучкого реагування та поступового відновлення відчуття безпеки.

Психологічна доцільність програми зумовлена також тим, що панічні атаки часто мають не тільки емоційний, а й поведінковий вимір. Особи, які регулярно переживають панічні стани, можуть уникати певних місць, ситуацій, соціальних контактів або діяльності, які асоціюються з можливістю нового нападу. Це звужує їхній життєвий простір, погіршує якість життя, посилює відчуття безпорадності та закріплює механізми тривожної дезадаптації. Відповідно, програма підтримки має бути спрямована на поступове розширення адаптивного поведінкового репертуару, зниження уникальної поведінки та підвищення психологічної впевненості особистості у власній здатності витримувати емоційне напруження без руйнівних наслідків.

Ще одним важливим аспектом обґрунтування програми є той факт, що значна частина респондентів потребує не лише індивідуального емоційного полегшення, а й психоедукації щодо природи панічних атак. Для багатьох осіб панічний стан супроводжується страхом «втратити контроль», «збожеволіти» або «не пережити» напад, що суттєво посилює вторинну тривогу. Надання доступної, науково обґрунтованої інформації про механізми панічних атак, їхню психофізіологічну основу, а також способи самодопомоги є необхідною умовою зниження страху перед симптомами. У цьому сенсі програма психологічної підтримки має бути не лише корекційною, а й просвітницькою.

Отже, обґрунтування програми психологічної підтримки осіб із панічними атаками базується на кількох взаємопов’язаних підставах: високій поширеності тривожних і панічних проявів у вибірці, наявності супутнього тривожно-депресивного емоційного тла, вираженій потребі респондентів у зниженні симптоматики та навчанні технік саморегуляції, а також встановлених статистичних зв’язках між панічними симптомами, емоційним неблагополуччям і характеристиками запиту на психологічну допомогу. Усе це свідчить про необхідність створення цілісної програми, яка була б спрямована на зниження рівня тривожності, послаблення панічної симптоматики, підвищення емоційної стабільності, розвиток навичок саморегуляції та розширення доступу особистості до ефективних форм психологічної підтримки.

3.2. Мета, завдання, принципи та структура програми

Мета програми психологічної підтримки осіб із панічними атаками полягає у зниженні інтенсивності тривожних і панічних проявів, стабілізації психоемоційного стану, розвитку навичок саморегуляції та формуванні більш адаптивних способів реагування на стресові ситуації. Програма спрямована не лише на тимчасове полегшення симптомів, а й на створення умов для глибшого усвідомлення особистістю природи власного стану, зменшення

страху перед панічними атаками та підвищення здатності самостійно підтримувати психологічну рівновагу. У цьому контексті її головним призначенням є допомогти особам із панічними атаками відчути більший контроль над власним емоційним і тілесним реагуванням, знизити рівень дезадаптації та сформувати практичні ресурси для подолання кризових переживань.

Відповідно до поставленої мети було визначено низку основних завдань програми.

Першим завданням є підвищення рівня психологічної обізнаності учасників щодо сутності тривоги та панічних атак, механізмів їх виникнення, типових тілесних і когнітивних проявів, а також чинників, що підтримують панічний цикл. Це завдання є важливим, оскільки нерозуміння природи власного стану часто підсилює страх, сприяє катастрофізації симптомів та ускладнює адаптацію.

Другим завданням є зниження інтенсивності тривожних і панічних реакцій через формування в учасників більш реалістичного ставлення до власних переживань та зменшення очікувальної тривоги.

Третє завдання пов’язане з розвитком навичок емоційної саморегуляції, які дозволяють особі своєчасно розпізнавати наростання напруження, використовувати техніки стабілізації та відновлювати внутрішню рівновагу.

Четвертим завданням є формування конструктивних копінг-стратегій, спрямованих на зменшення уникальної поведінки, підвищення здатності витримувати стресове навантаження та поступове відновлення довіри до власних можливостей.

П’ятим завданням є посилення особистісних ресурсів, зокрема відчуття внутрішньої опори, психологічної стійкості, здатності до самопідтримки та готовності своєчасно звертатися по фахову допомогу.

Програма психологічної підтримки осіб із панічними атаками ґрунтується на низці принципів, що визначають її зміст, логіку побудови та практичну спрямованість. Передусім важливим є принцип добровільності,

який передбачає вільну згоду учасників на участь у програмі, їхню внутрішню готовність до роботи зі своїм станом та право самостійно визначати міру власної відкритості. Не менш значущим є принцип конфіденційності, що забезпечує безпечний простір для вираження переживань і сприяє формуванню довіри до психологічної роботи. Принцип безоцінного прийняття означає, що будь-які переживання учасників розглядаються як значущі та потребують розуміння, а не осуду чи знецінення. Це особливо важливо при роботі з панічними атаками, оскільки багато осіб стикаються з соромом, страхом нерозуміння чи відчуттям власної «неправильності».

Принцип психоедукаційної спрямованості передбачає, що програма має не лише підтримувати, а й навчати: пояснювати учасникам психологічні механізми панічних атак, роль думок, тілесних реакцій, емоційного напруження та поведінкових патернів у підтриманні симптоматики. Завдяки цьому особа переходить від позиції безпорадного переживання до більш активного й усвідомленого ставлення до власного стану. Принцип практичної орієнтованості полягає в тому, що програма має забезпечувати не абстрактне обговорення проблеми, а формування конкретних навичок самодопомоги, які можна використовувати в реальних життєвих ситуаціях. Принцип системності означає, що підтримка має охоплювати кілька взаємопов’язаних рівнів: когнітивний, емоційний, поведінковий і ресурсний. Принцип поступовості полягає в тому, що учасники поступово переходять від розуміння природи свого стану до освоєння технік саморегуляції, зміни дезадаптивних реакцій і закріплення нових способів реагування. Нарешті, принцип ресурсності передбачає опору не лише на труднощі та симптоми, а й на сильні сторони особистості, її потенціал до відновлення, вже наявні адаптивні стратегії та можливість розвитку психологічної стійкості.

Структура програми розроблена таким чином, щоб послідовно реалізовувати окреслені завдання та забезпечувати логічний перехід від усвідомлення проблеми до практичного опанування способів її подолання. Доцільно вибудовувати програму у вигляді серії тематичних занять або

модулів, кожен із яких виконує окрему функцію, але водночас пов’язаний із загальною метою підтримки. Загалом програма може охоплювати вісім занять тривалістю 60-90 хвилин кожне, які проводяться один-два рази на тиждень. Такий формат є достатнім для поєднання психоедукаційного, корекційного та розвивального компонентів, а також для поступового засвоєння нових навичок без надмірного емоційного перевантаження учасників (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Зміст програми психологічної підтримки осіб із панічними атаками

№	Назва заняття	Мета заняття	Методи роботи
1	Знайомство. Створення безпечного простору	Формування довіри в групі, зниження початкового напруження, ознайомлення учасників із метою, структурою та правилами роботи	вступна бесіда, знайомство, групове обговорення, вправа на самопрезентацію, рефлексія
2	Що таке тривога і панічна атака	Підвищення психологічної обізнаності учасників щодо природи тривоги, панічних атак, їх причин і проявів	міні-лекція, пояснення, психоедукація, бесіда, метод запитань-відповідей
3	Тіло і тривога: як розпізнати сигнали напруження	Навчити учасників розпізнавати тілесні прояви тривоги та паніки, знижувати страх перед ними	психоедукація, аналіз тілесних відчуттів, дихальні вправи, вправи на заземлення, самоспостереження

4	Думки, що підтримують паніку	Усвідомлення автоматичних тривожних думок і катастрофічних інтерпретацій, формування більш реалістичного ставлення до симптомів	бесіда, когнітивний аналіз, вправа на виявлення автоматичних думок, рефлексія
5	Навички емоційної саморегуляції	Формування вмінь керувати власним емоційним станом у ситуації тривоги та паніки	вправи на саморегуляцію, дихальні техніки, релаксація, вправи на стабілізацію стану, обговорення
6	Конструктивні способи подолання тривоги	Розвиток адаптивних копінг-стратегій, зниження уникальної поведінки, пошук ефективних способів реагування на стрес	міні-лекція, аналіз життєвих ситуацій, групова дискусія, вправи на пошук ресурсів, моделювання ситуацій
7	Внутрішні ресурси і психологічна стійкість	Підвищення відчуття внутрішньої опори, розвиток життєстійкості, усвідомлення власних ресурсів	ресурсні вправи, рефлексія, бесіда, вправи на самоусвідомлення, елементи арт-терапевтичних технік
8	Підсумок. Мій план самопідтримки	Узагальнення отриманого досвіду, закріплення навичок, формування	підсумкова бесіда, рефлексія, вправа «Мій ресурс», обговорення, складання

		індивідуального плану самодопомоги	індивідуального плану підтримки

Перший структурний блок програми є вступно-психоедукаційним. Його основне завдання полягає у створенні безпечного психологічного простору, формуванні довіри до процесу роботи, ознайомленні учасників із цілями програми та базовими правилами взаємодії. Водночас на цьому етапі починається пояснення природи тривожних і панічних станів, розкривається відмінність між нормальною ситуативною тривогою та дезадаптивними панічними проявами, обговорюються типові міфи щодо панічних атак. Цей блок закладає підґрунтя для подальшої роботи, оскільки дозволяє учасникам відчути, що їхній стан можна зрозуміти, пояснити та поступово навчитися регулювати.

Другий блок має корекційно-навчальну спрямованість і присвячений безпосередньому опануванню технік саморегуляції. На цьому етапі учасники вчаться помічати тілесні сигнали наростання тривоги, працювати з диханням, застосовувати техніки заземлення, стабілізації уваги, короткочасного самозаспокоєння, а також відновлювати відчуття контролю в момент емоційної дестабілізації. У межах цього блоку особлива увага приділяється зниженню катастрофізації тілесних симптомів, оскільки саме неправильне тлумачення серцебиття, запаморочення, тремтіння чи нестачі повітря часто стає пусковим механізмом панічного циклу. Таким чином, корекційно-навчальний блок має на меті поєднати психоедукацію з формуванням практичних умінь, які сприятимуть зменшенню гостроти панічних станів.

Третій блок програми є когнітивно-рефлексивним. Його зміст спрямований на усвідомлення тих думок, установок і способів внутрішнього тлумачення ситуацій, які посилюють тривогу та підтримують панічні реакції. На цьому етапі учасники навчаються помічати автоматичні тривожні думки, виявляти їх катастрофічний характер, поступово замінювати їх більш реалістичними і стабілізуючими інтерпретаціями. Важливо, що програма не ставить за мету повністю усунути будь-які негативні переживання, а

спрямована на зменшення їх руйнівного впливу та формування більш гнучкого, усвідомленого ставлення до власного психоемоційного досвіду.

Четвертий блок має ресурсно-розвивальний характер. Його метою є зміцнення внутрішніх психологічних ресурсів особистості, розвиток здатності до самопідтримки, формування навичок адаптивного реагування на стрес, посилення відчуття внутрішньої стійкості та суб'єктивної впевненості у власних можливостях. У межах цього блоку доцільно використовувати вправи, спрямовані на виявлення особистих ресурсів, розвиток довіри до себе, усвідомлення сильних сторін, формування навичок підтримувального внутрішнього діалогу та зниження відчуття безпорадності. Саме ресурсний компонент програми дозволяє перевести психологічну підтримку з рівня реагування на проблему на рівень зміцнення потенціалу особистості.

Завершальний блок програми є підсумково-інтеграційним. Його завдання полягає в закріпленні набутих знань і навичок, узагальненні досвіду участі в програмі, усвідомленні індивідуальних змін та формуванні подальшого плану самопідтримки. На цьому етапі учасники можуть підсумовувати, які техніки виявилися для них найефективнішими, що саме змінилося в їхньому ставленні до панічних атак, як вони тепер сприймають власний стан і які ресурси готові використовувати надалі. Важливим є також обговорення тих випадків, коли самодопомоги недостатньо і доцільно звертатися до психолога, психотерапевта чи лікаря.

Таким чином, програма психологічної підтримки осіб із панічними атаками має чітко визначену мету, систему завдань, комплекс принципів і структурну логіку, що відповідає виявленим у дослідженні особливостям психоемоційного стану респондентів. Її побудова ґрунтується на необхідності поєднати психоедукацію, емоційну підтримку, навчання саморегуляції, зміну дезадаптивних когнітивних патернів і розвиток особистісних ресурсів. Саме така цілісна структура забезпечує практичну доцільність програми та створює підґрунтя для подальшого аналізу результатів формувального етапу і розробки практичних рекомендацій для психологів і клієнтів.

3.3. Аналіз результатів формувального етапу та практичні рекомендації для психологів і клієнтів

Формувальний етап дослідження був спрямований на перевірку доцільності та практичної ефективності розробленої програми психологічної підтримки осіб із панічними атаками. Його основною метою було зниження інтенсивності панічної симптоматики, загального рівня тривожності та супутнього емоційного напруження, а також формування в учасників більш ефективних навичок саморегуляції, стабілізації стану та своєчасного звернення по психологічну допомогу.

Позитивна динаміка, зафіксована після реалізації формувального етапу, простежувалася не лише у зниженні середніх показників тривожності, а й у зміні самої структури розподілу респондентів за рівнями вираженості симптоматики. Це має особливе значення для психологічної інтерпретації результатів, оскільки дозволяє побачити не лише статистичне зменшення загального рівня тривожності, а й реальний перерозподіл учасників між різними категоріями емоційного стану. Іншими словами, зміни відбулися не лише на рівні усереднених числових показників, а й у якісному складі групи: частина респондентів перемістилася з більш несприятливих рівнів тривожності до більш адаптивних.

Зокрема, за результатами повторного обстеження за методикою GAD-7 було встановлено, що частка осіб із високим рівнем тривожності зменшилася з 21,1% до 8,8%. Така зміна є дуже показовою, оскільки саме високий рівень тривожності відображає найбільш виражене внутрішнє напруження, схильність до інтенсивного занепокоєння, труднощі з контролем тривожних думок та загальну емоційну нестабільність. Зниження цього показника більш ніж удвічі свідчить про те, що після участі в програмі значна частина респондентів перестала перебувати у зоні найбільш вираженого тривожного реагування. Це можна розглядати як один із найважливіших індикаторів

ефективності формувального впливу, оскільки саме ця категорія осіб найбільше потребує психологічної підтримки та є найбільш уразливою щодо подальшої дезадаптації.

Водночас помітно зменшилася і частка респондентів із помірним рівнем тривожності – з 31,6% до 19,3%. Такий результат також свідчить про позитивну тенденцію, адже помірний рівень тривожності, хоча й не є максимально вираженим, усе ж пов'язаний із суттєвим емоційним дискомфортом, підвищеною напруженістю, схильністю до переживання неспокою та труднощами у збереженні внутрішньої рівноваги. Зменшення частки осіб із помірним рівнем тривожності означає, що учасники програми почали краще справлятися зі своїм емоційним станом, а рівень їхнього внутрішнього напруження виявився менш інтенсивним, ніж на початку дослідження (табл. 3.2).

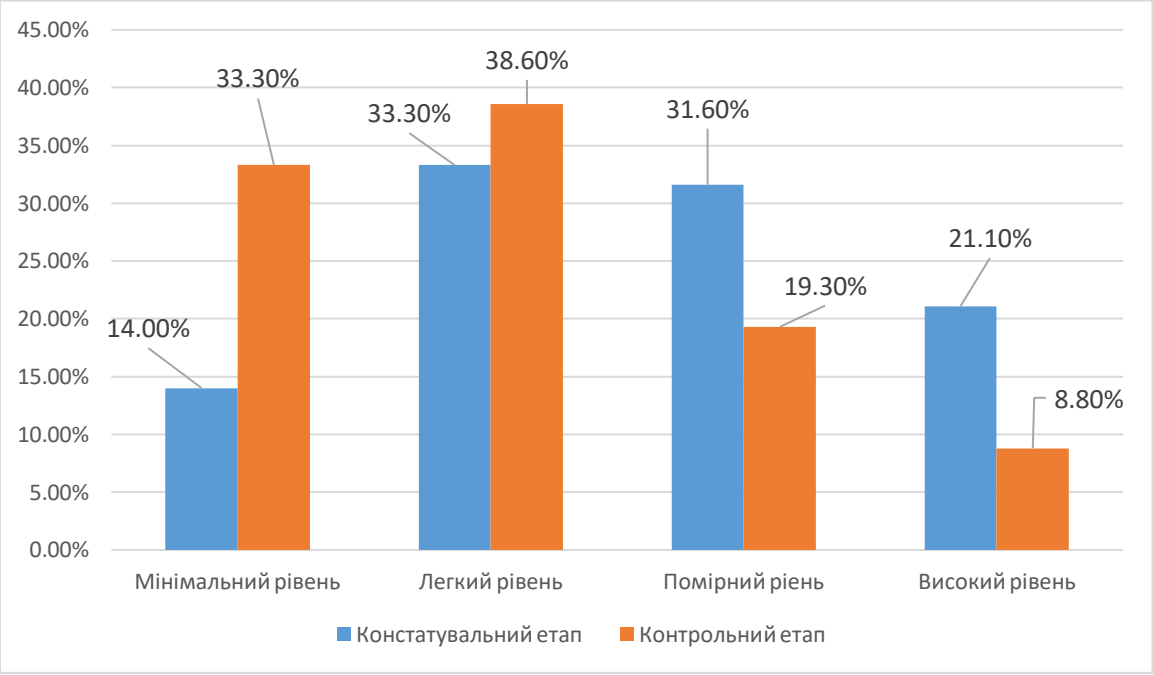


Рис. 3.1. Розподіл респондентів за рівнем тривожності за методикою GAD-7 до і після формувального етапу

Особливо значущими є зміни, пов'язані зі зростанням частки респондентів із мінімальним та легким рівнями тривожності. Так, кількість учасників із мінімальним рівнем тривожності зросла з 14,0% до 33,3%, тобто більш ніж удвічі. Це означає, що після завершення програми вже третина

учасників продемонструвала емоційний стан, який можна вважати відносно стабільним, врівноваженим і таким, що не супроводжується значним внутрішнім напруженням. З психологічної точки зору це свідчить про відновлення емоційної рівноваги, зменшення частоти й інтенсивності тривожних переживань, а також про підвищення здатності учасників підтримувати більш спокійний і контрольований стан у повсякденному житті.

Крім того, частка осіб із легким рівнем тривожності зросла з 33,3% до 38,6%. Хоча це зростання не є настільки різким, як у випадку мінімального рівня, воно також має суттєве значення. Легкий рівень тривожності, на відміну від помірного й високого, зазвичай не супроводжується настільки інтенсивним психологічним дискомфортом і є більш адаптивним для функціонування особистості. Тому збільшення частки респондентів у цій категорії можна трактувати як перехід частини учасників із більш напружених рівнів емоційного реагування до відносно стабільнішого стану, в якому тривога вже не домінує над усією психоемоційною сферою.

Узагальнюючи ці зміни, можна стверджувати, що формувальний етап програми сприяв загальному послабленню тривожного реагування у досліджуваній групі. Якщо до початку програми значна частина респондентів перебувала у зонах помірної та високої тривожності, то після завершення психологічної підтримки спостерігався чіткий перерозподіл на користь мінімального та легкого рівнів.

Подібна позитивна динаміка була зафіксована і за результатами обстеження за шкалою PDSS-SR, що дозволяє говорити про ефективність формувального етапу не лише щодо загальної тривожності, а й безпосередньо щодо панічної симптоматики. Особливо важливим є те, що зміни простежувалися не лише на рівні середніх показників, а й у самій структурі розподілу респондентів за рівнями вираженості панічних проявів. Це означає, що після участі в програмі частина учасників перемістилася з більш тяжких і психологічно дезадаптивних категорій до легших, що свідчить про реальне послаблення інтенсивності панічних станів.

Зокрема, було встановлено, що частка осіб із вираженими та тяжкими панічними проявами зменшилася із сукупних 28,0% до 12,3%. Такий результат є надзвичайно показовим, адже саме виражені й тяжкі панічні прояви найбільше порушують повсякденне функціонування особистості, посилюють очікувальну тривогу, провокують уникання певних ситуацій та загалом формують відчуття безпорадності перед власним станом. Зменшення цієї частки більш ніж удвічі дає підстави стверджувати, що після проходження програми значна кількість респондентів уже не перебувала в зоні найвищого психологічного ризику. У практичному плані це означає, що панічні стани перестали бути для них настільки гострими, руйнівними й дезорганізуючими, як це спостерігалося до початку корекційно-розвивальної роботи (рис. 3.2).

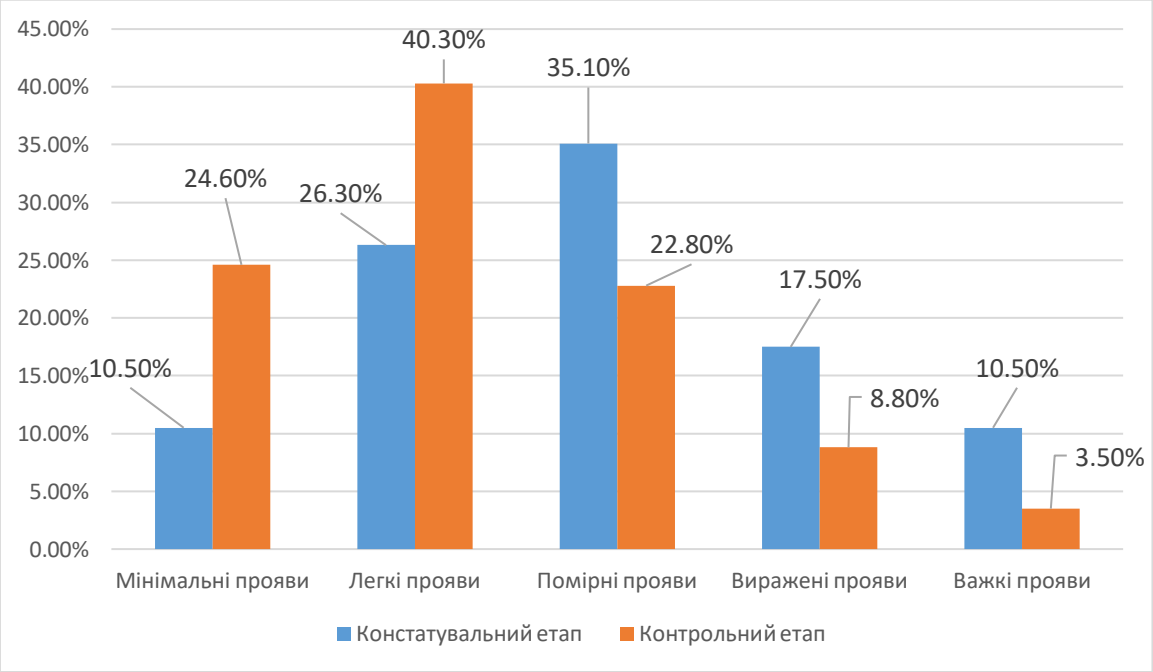


Рис. 3.2. Розподіл респондентів за рівнем вираженості панічної симптоматики за методикою PDSS-SR до і після формувального етапу (n = 57)

Не менш значущим є той факт, що одночасно суттєво зросла кількість респондентів із мінімальними та легкими проявами панічної симптоматики – з 36,8% до 64,9%. Такий приріст свідчить про зміщення загальної структури результатів у бік менш виражених і більш адаптивних проявів. Інакше кажучи, після участі в програмі вже майже дві третини учасників перебували на рівні,

де панічні симптоми або були мінімальними, або мали легкий характер і не справляли настільки вираженого дезадаптивного впливу на їхній психоемоційний стан і повсякденне життя. У психологічному сенсі це можна інтерпретувати як зниження страху перед нападом, послаблення інтенсивності тілесних і емоційних реакцій, зменшення напруженого самоспостереження та поступове відновлення відчуття контролю над власним станом.

Особливо важливо, що така динаміка вказує не просто на статистичне коливання показників, а на якісні зміни у переживанні панічних атак. Якщо до початку формувального етапу значна частина респондентів переживала панічні стани як інтенсивні, загрозливі й такі, що істотно порушують звичне функціонування, то після участі в програмі їхня симптоматика в багатьох випадках стала менш вираженою, менш дезорганізуючою і більш контрольованою. Іншими словами, панічні напади не обов'язково зникли повністю, але втратили частину своєї сили, емоційної гостроти та руйнівного впливу. Це дозволяє говорити про зниження дезадаптивного потенціалу панічних станів у досліджуваних.

Такий результат є цілком логічним з огляду на зміст програми психологічної підтримки. Учасники отримали можливість краще зрозуміти природу власних панічних станів, навчитися розпізнавати ранні ознаки їх наближення, опанувати базові техніки дихальної та емоційної саморегуляції, знизити катастрофічне тлумачення тілесних симптомів і поступово сформувати більш реалістичне ставлення до власних переживань. Саме ці компоненти психологічної роботи, імовірно, сприяли тому, що панічні прояви стали менш інтенсивними та менш обтяжливими для учасників.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що результати за шкалою PDSS-SR підтвердили позитивний вплив програми на панічну симптоматику. Зменшення частки осіб із вираженими й тяжкими панічними проявами та одночасне зростання кількості респондентів із мінімальними й легкими проявами свідчать про загальне послаблення панічного реагування. Це означає, що після участі в програмі панічні стани втратили частину своєї

інтенсивності, а переживання нападів стали менш дезадаптивними для учасників. Отже, програма виявилася ефективною не лише для стабілізації загального емоційного стану, а й для безпосереднього зменшення вираженості панічної симптоматики.

За результатами повторного обстеження за підшкалою HADS-Тривога було зафіксовано виразну позитивну динаміку, яка свідчить про ефективність формувального етапу щодо зниження тривожного напруження в учасників дослідження. Особливо показовим є те, що до початку реалізації програми майже половина респондентів – 49,1% – мала клінічно виражений рівень тривоги, тоді як після завершення програми цей показник знизився до 22,8%. Така зміна має істотне психологічне значення, оскільки клінічно виражений рівень тривоги зазвичай супроводжується стійким внутрішнім напруженням, надмірним занепокоєнням, труднощами у саморегуляції, постійним очікуванням небезпеки та емоційним виснаженням. Зменшення частки осіб із таким рівнем тривожності більш ніж удвічі дає підстави стверджувати, що після участі в програмі значна частина досліджуваних уже не перебувала в зоні найбільш інтенсивного емоційного неблагополуччя.

Не менш важливою є і протилежна тенденція – істотне збільшення кількості осіб, які після формувального етапу демонстрували нормативний рівень тривоги. Якщо до початку програми в межах норми перебували лише 22,8% учасників, то після її завершення цей показник зріс до 45,6%. Фактично це означає, що майже половина респондентів після участі в програмі перейшла до більш стабільного, психологічно прийнятного емоційного стану, у якому тривога не має настільки вираженого дезадаптивного характеру. У психологічному сенсі це можна трактувати як посилення відчуття внутрішньої безпеки, зниження фонової напруженості, зменшення схильності до постійного занепокоєння та покращення здатності контролювати власні емоційні реакції. Саме такий перехід від клінічно вираженої тривоги до нормативного або менш інтенсивного рівня свідчить про реальне покращення емоційного функціонування учасників (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Розподіл респондентів за рівнями тривоги та депресії за методикою HADS до і після формувального етапу (n = 57)

Рівень проявів	HADS-Тривога до, %	HADS-Тривога після, %	HADS-Депресія до, %	HADS-Депресія після, %
Норма	22,8	45,6	43,9	61,4
Пограничний рівень	28,1	31,6	31,6	26,3
Клінічно виражений рівень	49,1	22,8	24,5	12,3

Отримана динаміка дозволяє зробити висновок, що внаслідок формувального впливу значна частина респондентів змогла перейти з рівня вираженого тривожного напруження до більш адаптивного психоемоційного стану. Це особливо важливо з огляду на те, що тривога в осіб із панічними атаками є не лише супутнім симптомом, а й одним із провідних механізмів підтримання панічної симптоматики. Відповідно, її зниження можна розглядати як один із ключових показників ефективності психологічної підтримки. Позитивні зміни за шкалою HADS-Тривога свідчать, що програма допомогла учасникам не лише краще зрозуміти природу власного стану, а й набути таких психологічних навичок, які дозволяють більш конструктивно справлятися з внутрішнім напруженням.

Подібна позитивна тенденція була зафіксована і за підшкалою HADS-Депресія. Зокрема, частка респондентів із клінічно вираженими депресивними проявами зменшилася з 24,5% до 12,3%. Це означає, що після завершення програми кількість осіб, які переживали виражене зниження емоційного тонусу, почуття виснаження, пригніченість, безсилля або інші ознаки депресивного неблагополуччя, помітно скоротилася. Хоча програма не була

спеціалізовано зорієнтована саме на роботу з депресивною симптоматикою, такий результат є цілком логічним, оскільки зменшення тривожного фону, послаблення панічної симптоматики, відновлення внутрішнього контролю та розвиток навичок саморегуляції закономірно сприяють загальній стабілізації психоемоційного стану.

Водночас зросла кількість учасників, чиї показники депресії після формувального етапу перебували в межах норми: якщо до початку програми таких було 43,9%, то після завершення роботи – вже 61,4%. Це свідчить про те, що у значної частини респондентів відбулося не лише послаблення тривожного реагування, а й загальне покращення емоційного самопочуття. У психологічному плані такий результат можна пояснити тим, що зменшення інтенсивності панічних станів і постійної очікувальної тривоги сприяє зниженню виснаження, поверненню відчуття більшої емоційної стабільності, підвищенню суб'єктивного відчуття керованості власним станом і поступовому відновленню внутрішньої рівноваги. Отже, навіть непрямий вплив програми на депресивний компонент виявився значущим і психологічно виправданим.

Таким чином, результати за підшкалами HADS-Тривога та HADS-Депресія переконливо свідчать, що реалізована програма психологічної підтримки мала позитивний вплив не лише на панічні прояви, а й на загальний емоційний стан учасників. Вона сприяла зниженню рівня вираженої тривоги, послабленню депресивного компоненту, збільшенню частки осіб із нормативними показниками та загальному переходу значної частини респондентів до більш адаптивного емоційного функціонування. Це дозволяє стверджувати, що програма була ефективною не лише як засіб ситуативної стабілізації, а і як інструмент комплексної психологічної підтримки, спрямованої на покращення психоемоційного благополуччя осіб із панічними атаками.

Висновки до розділу 3

У розділі було обґрунтовано, розроблено та проаналізовано програму психологічної підтримки осіб із панічними атаками. Її побудова спиралася на результати констатувального етапу дослідження, які засвідчили підвищений рівень тривожності, значну поширеність панічної симптоматики, наявність супутніх депресивних проявів та виражений запит респондентів на зниження інтенсивності панічних атак, навчання технік саморегуляції й зменшення загального емоційного напруження. Це підтвердило необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки, орієнтованої не лише на зменшення симптомів, а й на формування більш адаптивних способів реагування на тривожні й панічні стани.

У межах розділу було визначено мету програми, її завдання, принципи та структуру. Програма була спрямована на зниження рівня тривожності, послаблення панічної симптоматики, розвиток навичок емоційної саморегуляції, підвищення психологічної обізнаності щодо природи панічних атак, зменшення страху перед тілесними симптомами та зміцнення внутрішніх ресурсів особистості. Її структура поєднала психоедукаційний, корекційний, розвивальний і ресурсний компоненти, що забезпечило комплексний характер психологічного впливу.

Аналіз результатів формувального етапу засвідчив позитивну динаміку за всіма основними досліджуваними показниками. Після участі в програмі знизився рівень загальної тривожності за GAD-7, зменшилася вираженість панічних атак за PDSS-SR, а також спостерігалося покращення показників за підшкалами HADS-Тривога та HADS-Депресія. Особливо важливим є те, що позитивні зміни виявилися не лише на рівні середніх значень, а й у структурі розподілу респондентів: зменшилася частка осіб із високим рівнем тривожності, вираженими й тяжкими панічними проявами, клінічно вираженою тривогою та депресивною симптоматикою, натомість зросла кількість учасників із мінімальними, легкими або нормативними показниками.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що після реалізації програми панічні стани стали менш інтенсивними й менш дезадаптивними для учасників, а їхній психоемоційний стан загалом – більш стабільним. У респондентів знизилося внутрішнє напруження, послабився страх перед панічними проявами, зросло відчуття контролю над власним станом і сформувалося краще розуміння способів самодопомоги. Це свідчить про ефективність розробленої програми як засобу комплексної психологічної підтримки осіб із панічними атаками.

ВИСНОВКИ

У роботі здійснено теоретичне та емпіричне дослідження проблеми психологічної підтримки осіб із панічними атаками. На основі аналізу наукових джерел, результатів психодіагностичного обстеження та апробації програми психологічної підтримки було досягнуто мети дослідження й розв’язано поставлені завдання.

У процесі теоретичного аналізу було проаналізовано поняття панічної атаки в сучасній психології та суміжних науках і узагальнено основні підходи до її розуміння. Встановлено, що панічна атака є складним психоемоційним станом, який проявляється як раптовий напад інтенсивного страху або різкого внутрішнього напруження та супроводжується вираженими емоційними, когнітивними й тілесними симптомами. Узагальнення наукових підходів дало змогу розглядати панічну атаку не лише як окремий симптоматичний епізод, а як багатокомпонентне явище, що формується на перетині психологічних, психофізіологічних і поведінкових процесів.

Теоретично обґрунтовано психологічні механізми виникнення та підтримання панічних атак. Визначено, що до ключових механізмів належать підвищений рівень тривожності, катастрофічне тлумачення тілесних симптомів, очікувальна тривога, уникальна поведінка, фіксація уваги на власному стані, зниження відчуття контролю та дефіцит навичок емоційної саморегуляції. На цій основі було визначено основні мішені психологічної підтримки: зниження загального тривожного фону, послаблення страху перед тілесними проявами, подолання катастрофізації, розвиток навичок саморегуляції, зменшення уникання та формування більш адаптивних способів реагування на стресові ситуації.

У ході емпіричного етапу було організовано та проведено дослідження особливостей панічних атак і запитів на психологічну підтримку. У дослідженні взяли участь 57 осіб віком від 20 до 47 років. Для вивчення проблеми використано шкалу тяжкості панічного розладу PDSS-SR,

госпітальну шкалу тривоги й депресії HADS, методику GAD-7 та авторську анкету. Результати показали, що у вибірці переважають особи з помірною та високою тривожністю, середнім рівнем панічної симптоматики та підвищеним рівнем емоційного напруження. Було встановлено, що майже половина респондентів мала клінічно виражений рівень тривоги, понад чверть – виражені або тяжкі панічні прояви, а депресивні симптоми також супроводжували значну частину досліджуваних. Аналіз авторської анкети засвідчив, що найбільш актуальними запитами на психологічну підтримку є зменшення частоти та інтенсивності панічних атак, навчання технік саморегуляції та зниження загального рівня тривожності. Отже, емпіричне дослідження підтвердило високу актуальність проблеми та необхідність розробки спеціальної програми психологічної підтримки.

На основі теоретичних положень і результатів емпіричного дослідження було розроблено, апробовано та оцінено ефективність програми психологічної підтримки осіб із панічними атаками. Програма включала психоедукаційний, корекційно-розвивальний, когнітивно-рефлексивний та ресурсно-підтримувальний блоки й була спрямована на зниження тривожності, послаблення панічної симптоматики, розвиток навичок емоційної саморегуляції та підвищення суб’єктивного контролю над власним станом. Результати формувального етапу засвідчили позитивну динаміку: знизилися показники загальної тривожності, панічної симптоматики, тривоги та депресивних проявів, а також збільшилася частка осіб із мінімальними, легкими або нормативними показниками. Це підтвердило ефективність програми як засобу психологічної підтримки осіб із панічними атаками. На основі результатів формувального етапу сформульовано практичні рекомендації для психологів і клієнтів, які стосуються поєднання психоедукації, навчання технік саморегуляції, роботи з катастрофічними інтерпретаціями симптомів, зниження уникальної поведінки та своєчасного звернення по фахову допомогу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бригадир М.Б., Бугерко Я.М., Ревасевич І.С. Загальна психологія. Збірник кейсів: навч.-метод.посіб. Тернопіль : Економічна думка ТНЕУ, 2017. 35 с.
2. Буряк О. Я. Гештальт-терапія в роботі з панічними атаками в умовах війни. Актуальні проблеми клінічної психології, психотерапії та психологічного консультування : матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції (17–18 жовтня 2023 р., Київський національний університет ім. Тараса Шевченка, м. Київ). Суми : Університетська книга, 2023. С. 24–27.
3. Ведення пацієнтів із панічним розладом у межах первинної медичної допомоги. 2020. URL: https://neuronews.com.ua/ua/archive/2020/4%28115%29/pages-34-38/vedennya-paciientiv-iz-panichnim-rozladom-u-mezhah-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi (дата звернення: 10.02.2026).
4. Великодна, М. Психоаналіз і психоаналітична психотерапія як доказова практика: огляд емпіричних даних про ефективність роботи з дорослими. Український психоаналітичний журнал. 2023. №1(2). С. 39–47.
5. Гаврилюк Ю. Техніки когнітивно-поведінкової терапії у подоланні станів тривоги студентів : матеріали XIII Всеукраїнській науково-практичній конференції. Хмельницький, 2023. С. 71-74.
6. Гринь К. В. Панічна атака як невідкладний стан в контексті тривожних та стресових розладів в умовах воєнного стану в Україні. Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Полтава, 2024 р.). Полтава, 2024. С. 21–27.
7. Грубляк В. Застосування анксіолітиків та β1-адреноблокаторів в поєднанні з когнітивно-поведінковою терапією для зменшення тривожних розладів при вегето-судинній дистонії в осіб молодого віку. Психосоматична медицина та загальна практика. 2021. Т. 6, № 3.

8. Дейвід Вестбрук. Подолати панічний розлад. Львів: УІКПТ, «Свічадо», 2015. 77 с.
9. Дерев'янко С. П. Сучасна проблематика когнітивно - поведінкової терапії. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: науковий журнал. Острог: Вид-во НаУОА, червень 2021. № 13. С. 104–109
10. Іванова Т.В. Тривога як психологічний феномен. Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки». 2020. Вип. 6. С. 72–78.
11. Івасюк О. І., Дмитрієва Л. М. Тривожно-фобічні розлади: особливості клінічних проявів та підходи до лікування. Архів психіатрії. 2020. Т. 26, № 3. С. 18–25.
12. Кокун О. М., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій : метод. посібник. Київ-Одеса : Фенікс, 2022. 88 с.
13. Коцулим, К. П. Вплив військових дій на психічне здоров'я студентів: панічні атаки та їх подолання. Організаційна та економічна психологія. Професійний стрес. Проблеми формування психічного та фізичного здоров'я особистості. 2025. С. 295–300.
14. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О. К. Психологічний супровід особистості в умовах війни : навч. посібник. Київ–Ніжин : Видавець ПП Лисенко М. М., 2024. 260 с.
15. Левандовскі К.М. Тимчасовий захист та статус біженця в контексті української кризи. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. 2022. № 55. С. 88–93.
16. Мороз Р. Стратегії подолання панічних атак та іпохондрії у юнаків. Наукові записки. Серія: Психологія. 2024. Вип. 2. С. 95–101.
17. Овчаренко О. Ю. (уклад.). Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. Київ : Університет «Україна», 2023. 266 с.
18. Орос М. М., Сабовчик А. Я. Панічний розлад: сучасні погляди на лікування. Український медичний часопис. 2019. № 2 (1). С. 57–59.

19. Панічний розлад та як із ним впоратися. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. [Електронний ресурс]. URL: https://moz.gov.ua/uk/panichnij-rozlad-ta-jak-iz-nim-vporatisja (дата звернення: 12.02.2026).
20. Пасніченко А.Е. Психологія емоцій. Чернівці : Чернів. нац. ун-т, 2019. 110 с.
21. Психосоціальний стрес: прояви та техніки його подолання : рек. бібліограф. покажч. / Харків. нац. пед. ун-т імені Г.С. Сковороди, наук. б-ка ; уклад. Т.І. Неудачина ; відп. ред. О.Г. Коробкіна. Харків : ХНПУ, 2020. 49 с
22. Рич К. В., Дрозд О. В. Теоретичні основи вивчення проявів панічних атак у молодих жінок у воєнний час. Габітус. 2024. Вип. 57. С. 246–251.
23. Сігута К. Особливості застосування психоаналітичної психотерапії при панічних атаках: аналіз клінічного випадку. Український психоаналітичний журнал. 2025. Т. 3, № 2. С. 112-117
24. Смирнова В. Р. Сучасні психотерапевтичні методи в роботі з психологічною травмою та посттравматичним стресовим розладом. Видатні постаті психології: історія, сучасність і перспективи: матеріали VI регіонального наукового семінару (м. Львів, 23 квітня 2019 р.). Львів, 2019. С. 84–87.
25. Спицька Л., Гришина Т. Особливості прояву, розпізнання та самодопомога при панічних атаках. Modern engineering and innovative technologies. 2023. № 40. С. 14-34
26. Фролова Н. В. Психологічні особливості травматичного досвіду українців під час війни. Психологія і суспільство. 2024. Т. 89, № 1.
27. Чабан О. С. Психічні розлади воєнного часу. Суми : Видавничий дім «Медкнига», 2023. 232 с.
28. Що таке панічний розлад? MH4U: психічне здоров'я та підтримка (mh4u.in.ua). URL: https://www.mh4u.in.ua/shukayu-dopomogu/shho-take-panichnyj-rozlad/? (дата звернення: 06.02.2026).

29. Acheson D. T., Forsyth J. P., Prenoveau J. M., Bouton M. E. Interoceptive fear conditioning as a learning model of panic disorder: Sensitivity to carbon dioxide. Behaviour Research and Therapy. 2007. Vol. 45, № 10. P. 2280–2294.
30. Abend R., Goldin P., Bolling D. et al. Digital cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: A systematic review. Journal of Anxiety Disorders. 2023. Vol. 92. Art. 102716.
31. Allen L. B., White K. S., Barlow D. H. Cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia: Mechanisms of change. Current Psychiatry Reports. 2023. Vol. 25, № 4. P. 115–128.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC : American Psychiatric Association, 2022.
33. Aslam S. Y., Zortea T., Salkovskis P. The cognitive theory of panic disorder: A systematic narrative review. Clinical Psychology Review. 2024.
34. Cackovic C., Nazir S., Marwaha R. Panic Disorder. StatPearls. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing, 2025.
35. Demenech L. M., Schmidt B., Crepaldi M. A., Neiva-Silva L. Anxiety in the COVID-19 pandemic context: merging demands and reflections for the practice. Estudos de Psicologia (Natal). 2021. Vol. 26, № 1.
36. Gkintoni E., Xanthopoulou P., Lyrakos G. N. Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Clinical Practice: A 2025 Update. Journal of Clinical Medicine. 2025. Vol. 14, № 5. Art. 1703.
37. He F., Yang X., Luo J., Wang P., Yang L., Li Z. The mediating role of neuroticism and anxiety sensitivity in the relationship between childhood trauma and panic disorder severity. Frontiers in Psychiatry. 2024.
38. Hoff A., Poulsen R. M., Fisker J., Hjorthøj C., Rosenberg N., Nordentoft M., Bojesen A. B., Eplov L. F. Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with depression or anxiety: results from a three-arm, parallel randomised trial. Occupational and Environmental Medicine. 2022. Vol. 79. P. 134–142.

39. Jung H. W. Digital Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder and Agoraphobia: A Systematic Review. Journal of Clinical Medicine. 2025. Vol. 14, № 5. Art. 1771.
40. Kornuta L. M. Public administration in the field of provision of administrative services to foreigners and stateless persons. Public administration under modern conditions: concept, features, challenges : Collective monograph. Riga : Izdevniecība «Baltija Publishing», 2020. P. 176–193.
41. Lalk C., Meyer A., Schmidt N. B. Internet-based self-help for panic disorder: A randomized controlled trial. Behaviour Research and Therapy. 2025. Vol. 163. Art. 104315.
42. Lin Z., Liao S., Zhu S., Zhao Y., Yan W.-J., Jiang K., Qiu K. Interpreting anxiety disorders from the perspective of interoceptive computational models. Brain and Behavior. 2025. Vol. 15, № 2. Art. e3442.
43. National Institute of Mental Health. Panic Disorder – The Symptoms. Bethesda, MD : NIMH, 2022.
44. Plaisted H. The applicability of Clark's cognitive model of panic to different populations. Doctoral thesis. University of Birmingham, 2021. 144 p.
45. Rebello T. J., Keeley J. W., Reed G. M. et al. ICD-11 panic disorder and agoraphobia: epidemiology, clinical features, and service use. World Psychiatry. 2020. Vol. 19, № 2. P. 256–267.
46. Reddy Y. C. J., Sudhir P. M., Manjula M., Arumugham S. S., Narayanaswamy J. C. Clinical Practice Guidelines for Cognitive-Behavioral Therapies in Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive and Related Disorders. Indian Journal of Psychiatry. 2020. Vol. 62, Suppl. 2. P. 230–250
47. Sado M., Funayama T., Shimazu K. et al. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy With a Follow-Up Program for Panic Disorder: Feasibility Randomized Controlled Trial. JMIR Research Protocols. 2022. Vol. 11, № 1. Art. e33776.

48. Schmidt N. B., Morabito D. M., Mathes B. M., Martin A. Anxiety sensitivity prospectively predicts pandemic-related distress. Journal of Affective Disorders. 2021. Vol. 294. P. 154–161.
49. Tolin D. F., McKay D., Olatunji B. O., Abramowitz J. S., Otto M. W. On the Importance of Identifying Mechanisms and Active Ingredients of Psychological Treatments. Behaviour Research and Therapy. 2023. Vol. 170. Art. 104425.
50. World Health Organization. Classification of Stress-Related Disorders in the ICD-11. Geneva : World Health Organization, 2020.
51. Yılmaz S., Kabadayı M., Kubilay D. A Review of Panic Disorder and Cognitive Behavioral Therapy. Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research. 2025. Vol. 14, № 1. P. 61–72.

ДОДАТКИ

Додаток А

Соціально-демографічна анкета

Інструкція: Будь ласка, дайте відповіді на запитання нижче. Анкета є анонімною, усі дані використовуються лише в узагальненому вигляді для наукових цілей.

1. Вік

1.1. Скільки Вам повних років?

Відповідь: ____ років

2. Стать

2.1. Ваша стать:

□ Жіноча

□ Чоловіча

□ Інша / не хочу вказувати

3. Освіта

3.1. Ваш найвищий завершений рівень освіти:

□ Повна загальна середня (школа, ліцей, гімназія)

□ Професійно-технічна / фахова передвища освіта

□ Неповна вища / бакалавр

□ Повна вища / магістр, спеціаліст

□ Науковий ступінь (кандидат/доктор наук)

□ Інше (вкажіть): _____

4. Місце проживання до початку повномасштабної війни (до 24.02.2022)

4.1. Область проживання:

Відповідь: _____

4.2. Тип населеного пункту:

□ Місто-мільйонник

□ Обласний центр

□ Інше місто

□ Селище міського типу

□ Село

5. Місце проживання на момент опитування

5.1. Область (якщо перебуваєте за кордоном – країна):

Відповідь: _____

6. Статус зайнятості

6.1. Ваша основна зайнятість зараз:

□ Працюю повний робочий день

□ Працюю неповний робочий день / часткова зайнятість

□ Самозайнятість / фриланс / власна справа

□ Студент(ка)

□ Тимчасово безробітний(а)

□ У відпустці по догляду за дитиною

□ Пенсіонер(ка)

□ Інше (вкажіть): _____

7. Сімейний стан

7.1. Ваш теперішній сімейний стан:

□ Неодружений / незаміжня

□ Одружений / у шлюбі

□ У стосунках, проживаю з партнером/партнеркою

□ Розлучений(а)

□ Вдівець / вдова

□ Інше (вкажіть): _____

8. Досвід вимушеного переміщення під час повномасштабної війни

8.1. Чи доводилося Вам змінювати місце проживання через війну?

□ Ні, залишався/залишалася у своєму населеному пункті

□ Так, я є внутрішньо переміщеною особою (переміщення в межах України)

□ Так, евакуювався/евакуювалася за кордон

□ Так, спершу був(ла) ВПО, потім виїхав(ла) за кордон

□ Важко відповісти

8.2. Якщо Ви змінювали місце проживання, скільки разів це відбувалося з 24.02.2022?

□ 1 раз

□ 2-3 рази

□ 4 і більше разів

□ Не змінював(ла) місце проживання

9. Наближеність до зони бойових дій / досвід безпосередньої небезпеки

9.1. Чи проживали Ви (або проживаєте зараз) у населеному пункті, який: (можна обрати кілька варіантів)

□ Перебуває/перебував у зоні активних бойових дій

□ Був в окупації

□ Регулярно зазнавав обстрілів/ракетних атак

□ Слугував місцем тимчасового розміщення військових підрозділів

□ Не мав безпосереднього бойового зіткнення, але був поруч із зоною бойових дій

□ Не мав безпосередньої загрози (бойові дії не велися поблизу)

□ Важко відповісти

9.2. Чи мали Ви особистий досвід ситуацій, де відчували реальну загрозу життю/здоров’ю через війну?

□ Так, неодноразово

□ Так, 1-2 рази

□ Ні, такого досвіду не було

□ Важко відповісти

Додаток Б

Шкала тяжкості панічного розладу (PDSS)

Текст

1. Скільки панічних атак та нападів з обмеженими симптомами у вас було протягом тижня?

Відсутність паніки чи епізодів обмежених симптомів

Легка форма: немає повних нападів паніки та не більше 1 нападу з обмеженими симптомами на день.

Помірна: 1 або 2 повні панічні атаки та/або кілька атак з обмеженими симптомами на день.

Тяжка: більше 2 повних нападів, але в середньому не більше 1/день.

Екстремальна: повні панічні атаки відбувалися більш ніж один раз на день, 4 або більше днів.

2. Якщо ви мали напади паніки протягом минулого тижня, наскільки тривожними (незручними, лякаючими) вони були в той момент, коли вони відбувалися? (Якщо у вас їх було декілька, дайте середню оцінку. Якщо у вас не було нападів паніки, але були напади з обмеженими симптомами, дайте відповідь стосовно нападів з обмеженими симптомами.)

Зовсім не тривожними (відсутність паніки чи обмежених симптомів протягом останнього тижня)

Легко тривожними (не надто інтенсивними)

Помірно тривожними (інтенсивними, але керованими)

Сильно тривожними (дуже інтенсивними)

Надзвичайно тривожними (надзвичайний дистрес під час усіх нападів)

3. Протягом останнього тижня як часто ви хвилювалися або відчували тривогу з приводу того, коли у вас станеться наступна панічна атака, або про страхи, пов'язані з атаками (наприклад, про те, що вони можуть означати, що у вас є проблеми з фізичним чи психічним здоров'ям або можуть викликати у вас соціальне незручне становище)?

Ніколи

Іноді

Часто

Дуже часто

Майже постійно

4. Чи були протягом минулого тижня будь-які місця чи ситуації (наприклад, громадський транспорт, кінотеатри, натовпи, мости, тунелі, торгові центри, перебування на самоті), яких ви уникали або боялися (відчували дискомфорт, хотіли уникати або піти), через страх перед панічної атакою? Чи є інші ситуації, яких ви б уникали або боялися з тієї ж причини, якби вони виникли протягом тижня? Якщо так, будь ласка, оцініть свій рівень страху та уникнення минулого тижня.

Відсутність страху чи уникнення

Легка форма: час від часу страх і/або уникнення, але зазвичай я міг протистояти ситуації або витримати її. У зв'язку з цим мій спосіб життя майже не змінився

Помірна: помітний страх і/або уникнення, але все ще можна впоратися. Уникав деяких ситуацій, але міг протистояти їм із допомогою оточуючих. Через це відбулася певна зміна мого способу життя, але загальна працездатність не була порушена

Тяжка: широке уникнення. Потрібна була суттєва зміна мого способу життя, щоб пристосуватися до уникнення, що ускладнювало виконання звичайних дій.

Екстремальна: всеосяжний страх та/або уникнення, що виводить з ладу. Потрібна була суттєва зміна мого способу життя, через яку важливі завдання не виконувались.

5. Чи були протягом минулого тижня якісь дії (наприклад, фізичні навантаження, сексуальні стосунки, прийняття гарячого душу або ванни, пиття кави, перегляд захоплюючого або страшного фільму), яких ви уникали або боялися (через незручність, уникнення або бажання зупинитися), тому що вони викликали фізичні відчуття, подібні до тих, які ви відчуваєте під час

панічних атак, або які ви боялися, що можуть спровокувати напад паніки? Чи є якісь інші заходи, яких ви б уникали або боялися, якби вони з’явилися протягом тижня з цієї ж причини? Якщо так, будь ласка, оцініть свій рівень страху та уникнення цих дій минулого тижня.

Відсутність страху або уникнення ситуацій чи діяльності через тривожні фізичні відчуття

Легка форма: періодичний страх та/або уникнення, але зазвичай я міг протистояти чи переносити невеликі стресові дії, що викликають фізичні відчуття. Тому мій спосіб життя мало змінився.

Помірна: помітне уникнення, але все-таки кероване. Відбулася певна, але обмежена модифікація мого способу життя, тому моє загальне функціонування не погіршилося.

Тяжка: широке уникнення. Відбулася істотна зміна мого способу життя чи втручання у моє функціонування.

Екстремальна: повсюдне та неефективне уникнення. Через це у моєму житті відбулися значні зміни, тому важливі завдання чи дії не виконувались.

6. Наскільки сильно вищезазначені симптоми (панічні напади та напади з обмеженими симптомами, занепокоєння з приводу нападів та страх перед ситуаціями та діями через напади) заважали вам протягом останнього тижня працювати чи виконувати свої обов'язки вдома? (Якщо минулого тижня ваші робочі або домашні обов'язки були меншими, ніж зазвичай, дайте відповідь, як, на вашу думку, ви вчинили б, якби обов'язки були звичайними..

Ніякого втручання в роботу чи домашні обов’язки

Незначне втручання у роботу чи домашні обов'язки, я міг робити майже все, що планував

Значні перешкоди у роботі чи домашніх обов'язках, але я все одно встигаю робити те, що мені потрібне.

Значні порушення у роботі чи домашніх обов'язках; було багато важливих речей, які я не міг зробити через ці проблеми

Надзвичайне порушення працездатності, таке, що я, по суті, не міг виконувати будь-які робочі чи домашні обов’язки

7. Протягом минулого тижня, наскільки напади паніки та обмежених симптомів, занепокоєння щодо нападів і страх перед ситуаціями та діяльністю через напади заважали вашому соціальному життю? (Якщо у вас не було багато можливостей спілкуватися минулого тижня, дайте відповідь, що б ви зробили, якби у вас були можливості.)

Ніякого втручання

Невелике втручання в соціальну діяльність, я міг би робити майже все, що планував.

Значні перешкоди у громадській діяльності, але я міг би досягти більшості речей, якби доклав зусиль.

Істотні порушення соціальної діяльності; є багато соціальних речей, які я не міг зробити через ці проблеми

Надзвичайне порушення, яке позбавляє працездатності, таке, що я майже нічого не міг зробити в громадських справах

Додаток В

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Текст

1. Я почуваюся напруженим або знервованим:

Весь час

Часто

Іноді

Ніколи

2. Те, що раніше приносило мені задоволення, і зараз подобається мені.

Безумовно так

Напевно, так

Лише в деякій мірі

Зовсім ні

3. Я відчуваю якийсь страх, наче ось-ось станеться щось жахливе.

Безумовно так, страх дуже сильний

Так, але страх не дуже сильний

Іноді, але мене це не турбує

Зовсім не відчуваю

4. Я можу сміятися і бачити смішний бік речей.

Безумовно так

Напевно, так

Лише в деякій мірі

Зовсім ні

5. Тривожні думки крутяться в мене в голові.

Постійно

Велику частину часу

Час від часу

Іноді

6. Я почуваюся бадьорим.

Зовсім ні

Дуже рідко

Іноді

Майже весь час

7. Я можу спокійно сидіти та почуватися розслабленим.

Безумовно так

Напевно, так

Лише в деякій мірі

Зовсім не можу.

8. Мені здається, що я почав все робити повільніше.

Майже весь час

Часто

Іноді

Зовсім ні

9. Я відчуваю якийсь страх, внутрішнє напруження.

Зовсім не відчуваю

Іноді

Часто

Дуже часто

10. Я втратив інтерес до своєї зовнішності.

Безумовно так

Я не приділяю цьому достатньо часу

Можливо, я не дуже піклуюся про себе

Я так само дбаю про себе, як і раніше

11. Я відчуваю неспокій, немов мені постійно потрібно рухатися.

Безумовно так

Напевно, так

Лише в деякій мірі

Зовсім ні

12. Я з нетерпінням чекаю на свої справи (заняття, захоплення).

Так само, як і зазвичай

Так, але не так, як раніше

Значно менше, ніж зазвичай

Зовсім так не вважаю

13. Мене раптово охоплює відчуття паніки.

Дуже часто.

Досить часто

Рідко

Ніколи

14. Я можу насолоджуватися гарною книгою, радіо чи телепрограмою.

Часто

Іноді

Рідко

Дуже рідко

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

- підшкала A – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- підшкала D – «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики, – градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

Додаток Г

Авторська анкета дослідження особливостей панічних атак і запитів на психологічну підтримку

Інструкція для респондента: Будь ласка, дайте щирі відповіді на запитання нижче. Анкета є анонімною, усі дані будуть використані лише в узагальненому вигляді в наукових цілях. Немає «правильних» чи «неправильних» відповідей – нас цікавить саме Ваш особистий досвід і думка.

1. Досвід звернення по психологічну допомогу

1.1. Чи зверталися Ви коли-небудь по психологічну/психотерапевтичну допомогу? (оберіть один варіант)

□ Так, звертався/зверталася неодноразово

□ Так, звертався/зверталася один раз

□ Ні, але думав/думала про це

□ Ні, і не замислювався/не замислювалася про це

1.2. До яких фахівців Ви зверталися? (можна обрати кілька варіантів, якщо зверталися; якщо ні – перейдіть до п. 1.5)

□ Психолог

□ Психотерапевт (лікар або психолог-психотерапевт)

□ Психіатр

□ Інший фахівець (коуч, духовний наставник тощо)

□ Важко відповісти

1.3. У якому форматі Ви отримували психологічну/психотерапевтичну допомогу? (оберіть усі варіанти, які підходять)

□ Індивідуальні зустрічі офлайн (у кабінеті, центрі, клініці)

□ Індивідуальні онлайн-консультації (відеозв’язок)

□ Групові заняття/групова психотерапія

□ Телефон довіри / гаряча лінія

□ Онлайн-курси самодопомоги / мобільний застосунок

□ Інше (вкажіть, будь ласка): _____

□ Не пам’ятаю / важко відповісти

1.4. Чи зверталися Ви саме через панічні атаки або схожі стани?

□ Так, основною причиною були панічні атаки

□ Панічні атаки були однією з кількох причин звернення

□ Ні, звертався/зверталася з інших причин

□ Не звертався/не зверталася взагалі

1.5. Як загалом Ви оцінюєте свій досвід звернення по психологічну допомогу? (якщо досвіду не було – оберіть відповідний варіант)

□ Дуже позитивно

□ Скоріше позитивно

□ І позитивно, і негативно

□ Скоріше негативно

□ Дуже негативно

□ У мене не було досвіду звернення

2. Суб’єктивно відчувана потреба в психологічній підтримці

2.1. За останні 6 місяців наскільки сильно Ви відчували потребу в психологічній/психотерапевтичній підтримці?

(оберіть один варіант)

□ Зовсім не відчував/відчувала

□ Слабко відчував/відчувала

□ Помірно відчував/відчувала

□ Сильно відчував/відчувала

□ Дуже сильно відчував/відчувала

2.2. Наскільки ця потреба була пов’язана саме з панічними атаками або схожими станами?

□ Цілком пов’язана (переважно через панічні атаки)

□ Частково пов’язана (панічні атаки були однією з причин)

□ Скоріше не пов’язана (іншими проблемами більше турбували)

□ Зовсім не пов’язана

□ Важко відповісти

2.3. Як часто протягом останніх 6 місяців Ви думали про те, щоб звернутися по психологічну допомогу?

□ Жодного разу

□ 1–2 рази

□ 3–5 разів

□ Періодично (приблизно раз на місяць)

□ Дуже часто (майже щотижня або частіше)

3. Потенційні причини звернення

3.1. Якщо Ви вже зверталися або могли б звернутися до психолога/психотерапевта, з якими проблемами це пов’язано найбільше? (оберіть усі варіанти, які підходять)

□ Раптові панічні атаки (напади сильного страху/тривоги з вираженими тілесними симптомами)

□ Постійне відчуття тривоги, напруження, «внутрішнього неспокою»

□ Порушення сну (засинання, часті пробудження, кошмари тощо)

□ Відчуття виснаження, апатії, втрати інтересу до життя

□ Стрес на роботі / в навчанні

□ Конфлікти та напружені стосунки з близькими

□ Втрата близьких, горе

□ Досвід обстрілів, окупації, полону, фронту або інших епізодів реальної загрози життю

□ Проблеми зі здоров’ям, які посилюють тривогу

□ Інше (вкажіть, будь ласка): _____

3.2. Що з переліченого Ви вважаєте основною причиною можливого або фактичного звернення? (оберіть один варіант із тих, що Ви позначили вище)

4. Бар’єри звернення по психологічну допомогу

Далі наведено можливі причини, які можуть заважати звернутися до психолога/психотерапевта. Оцініть, будь ласка, наскільки кожна з них є актуальною саме для Вас.

Шкала відповідей:

1 – зовсім не перешкоджає

2 – скоріше не перешкоджає

3 – і так, і ні

4 – скоріше перешкоджає

5 – дуже сильно перешкоджає

4.1. Мені соромно звертатися по психологічну допомогу.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4.2. Боюся осуду з боку близьких чи оточення, якщо дізнаються, що я звернувся/звернулася до психолога.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4.3. Не вірю, що психологічна допомога може мені реально допомогти.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4.4. Не маю фінансової можливості оплачувати консультації.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4.5. Мені складно знайти час/поєднати консультації з роботою, навчанням, сімейними обов’язками.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4.6. Не знаю, куди звернутися і як знайти «свого» фахівця.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4.7. Маю невдалий попередній досвід звернення по психологічну допомогу.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4.8. Вважаю, що мої проблеми «не настільки серйозні», щоб іти до фахівця.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

5. Очікування від психологічної підтримки

Будь ласка, оцініть, наскільки для Вас важливими є наступні можливі результати психотерапії або психологічного консультування.

Шкала відповідей:

1 – зовсім не важливо

2 – скоріше не важливо

3 – і важливо, і ні

4 – скоріше важливо

5 – дуже важливо

5.1. Зменшення частоти та інтенсивності панічних атак.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

5.2. Навчання конкретним технікам саморегуляції (дихальні вправи, заземлення, релаксація тощо).

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

5.3. Можливість відкрито поговорити про свої переживання з фахівцем, який не засуджує.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

5.4. Краще зрозуміти причини свого стану (чому виникають панічні атаки, тривога).

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

5.5. Отримати рекомендації щодо медикаментозного лікування або корекції вже призначених препаратів.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

5.6. Знайти внутрішні ресурси, сенси, опори для подальшого життя в умовах війни й хронічного стресу.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

5.7. Поліпшити стосунки з близькими, зменшити конфлікти й взаємне непорозуміння.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

5.8. Отримати швидке полегшення стану (без тривалої роботи над собою).

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

6. Відкриті запитання

6.1. Опишіть, будь ласка, свої відчуття під час панічної атаки (або станів, які Ви сприймаєте як панічні):

6.2. Що найчастіше допомагає Вам упоратися з панічною атакою або зменшити її інтенсивність?

6.3. Якою, на Вашу думку, мала би бути «ідеальна» психологічна допомога людині з панічними атаками? Що в ній найважливіше для Вас особисто?

6.4. Якби Ви зараз могли звернутися до фахівця, що було б Вашим основним запитом (головною темою для роботи)?