

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

Степаненко Тетяна Олексіївна
(прізвище, ім'я, по батькові студента в називному відмінку)

**Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня магістра**

на тему: **«Психологічна підтримка осіб з панічними
атаками»**

Група ІНЗ-8-24-М1ПС(2.0з)
Спеціальність: 053 «Психологія»
Освітня програма: «Психологія»
Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

*Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів, текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело*

(підпис)

Степаненко Т. О.
(прізвище та ініціали)

Науковий керівник
канд. психол. наук, доц. Низовець О. М.
(посада, науковий ступінь, вчене звання)
(прізвище та ініціали)

(підпис)

Київ 2026 р.

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

Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук
Кафедра психології

Рівень вищої освіти: другий (магістерський) рівень
Ступінь вищої освіти: магістр
Галузь знань: 05 СОЦІАЛЬНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ НАУКИ
Спеціальність: 053 ПСИХОЛОГІЯ
Освітньо-професійна програма: «ПСИХОЛОГІЯ»
Освітня кваліфікація: магістр психології

Завдання
на кваліфікаційну роботу здобувача

Степаненко Тетяни Олексіївни
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема кваліфікаційної роботи: Психологічна підтримка осіб з панічними атаками

Керівник кваліфікаційної роботи

кандидат психологічних наук, доцент

(посада, науковий ступінь, вчене звання)

Низовець О. М.

(прізвище, ім'я, по батькові)

2. Термін подання здобувачем кваліфікаційної роботи на попередній захист 08.05.2026 року

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи (рекомендовані науковим керівником та відповідним методичним забезпеченням (окремі аспекти роботи, обсяги роботи): теоретичне обґрунтування проблеми панічних атак; визначення детермінант та симптомів панічних атак; аналіз форм та методів психологічної підтримки осіб з панічними атаками; визначення та обґрунтування методів та методик дослідження осіб з панічними атаками; розробка корекційних заходів у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками; проведення експериментального дослідження; оцінка ефективності запропонованих корекційних заходів у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками.

4. Необхідний графічний та аналітичний матеріал за темою дослідження:

рисунки, таблиці, графіки, формули, розрахунки.

5. Календарний план виконання кваліфікаційної роботи

№ п/п	Назва етапів виконання кваліфікаційної роботи	Строки виконання		Примітки
		Планові	Фактичні	
1	2	3	4	5
	Вступ	12.01.26- 22.01.26		

	Розділ 1.	23.01.26- 23.02.26		
	Розділ 2.	24.02.26- 24.03.26		
	Розділ 3.	25.03.26- 25.04.26		
	Висновки	До 05.05.2026		

6. Дата видачі завдання 12.01.2026 р.

Здобувач (ка)

(підпис)

Степаненко Т. О.
(прізвище та ініціали)

Науковий керівник

(підпис)

Низовець О. М.
(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Степаненко Тетяна Олексіївна. «Психологічна підтримка осіб з панічними атаками» – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти Північноукраїнський інститут імені Героїв Крут ПрАТ «ВНЗ «МАУП». Чернігів, 2026.

Актуальність теми дослідження полягає в тому, що в сучасних умовах значно зросли запити до психологів-практиків щодо надання психологічної допомоги та підтримки особам з панічними атаками, що обумовлено поширеністю тривожних розладів у представників сучасного суспільства. Постійний стрес, соціальна нестабільність та кризові події негативно впливають на психічний стан людей, котрі відчують сильні напади страху, прояви яких відзначаються як на психологічному, так і на фізіологічному рівнях. Необхідність надання психологічної допомоги особам з панічними атаками обумовлена наявністю широкого спектру порушень, представлених негативними фізіологічними, емоційними, когнітивними та поведінковими реакціями.

Мета роботи полягає у здійсненні теоретичного аналізу та експериментального дослідження осіб з панічними атаками та розробці корекційних заходів у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками. Особливу увагу приділено використанню методів арт-терапії як ефективних практик для подолання панічних атак.

У роботі були використані такі **методи** дослідження як теоретичні: аналіз і синтез для аналізу теоретично-методологічних джерел щодо визначення сутності проблеми панічних атак особистості; систематизації використовувався для об'єднання окремих аспектів досліджуваної проблеми: симптоми, прояви панічних атак особистості та ін.; моделювання для розробки стратегії психологічної корекції у формі групового психологічного тренінгу; емпіричні: спостереження для безпосереднього чи опосередкованого вивчення поведінки осіб з панічними атаками; психодіагностичні методики.

Ключові слова: *панічні атаки, психологічна допомога, психокорекційні заходи, симптоми панічних атак, причини панічних атак, тривожність, страх, стрес.*

ANNOTATION

Stepanenko Tetiana Olekciivna. «Psychological support for people who experience panic attacks» – Manuscript.

Thesis for the degree of Master of Arts, Northern Ukrainian Institute named after the Heroes of Kruty, PJSC «Higher Educational Institution «MAUP». Chernihiv, 2026.

The **relevance** of this research topic lies in the fact that, in today's environment, there has been a significant increase in the demand for practicing psychologists to provide psychological assistance and support to individuals experiencing panic attacks, a trend driven by the prevalence of anxiety disorders in modern society. Constant stress, social instability, and crisis events negatively affect the mental state of people who experience severe panic attacks, the manifestations of which are observed at both the psychological and physiological levels. The need to provide psychological assistance to individuals with panic attacks stems from the presence of a wide range of disorders characterized by negative physiological, emotional, cognitive, and behavioral reactions.

The **purpose** of this study is to conduct a theoretical analysis and experimental research on individuals with panic attacks and to develop intervention strategies for providing psychological support to such individuals. Particular attention is paid to the use of art therapy methods as effective practices for overcoming panic attacks.

The study employed the following research **methods**: theoretical methods – analysis and synthesis – to examine theoretical and methodological sources aimed at defining the nature of panic attacks; systematization was used to group individual aspects of the problem under study, such as symptoms and manifestations of panic attacks; modeling to develop a strategy for psychological correction in the form of group psychological training; empirical: observation for the direct or indirect study of the behavior of individuals with panic attacks; psychodiagnostic methods.

Keywords: *panic attacks, psychological assistance, psychocorrectional measures, symptoms of panic attacks, causes of panic attacks, anxiety, fear, stress.*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ ПАНІЧНИХ АТАК	
1.1 Панічна атака як наукова проблема.....	12
1.2 Детермінанти панічної атаки.....	21
1.3 Симптоми панічної атаки.....	28
1.4 Аналіз форм та методів психологічної підтримки осіб з панічними атаками.....	35
ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ.....	41
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСІБ З ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ	
2.1 Методи дослідження осіб з панічними атаками.....	44
2.2 Методики дослідження осіб з панічними атаками.....	51
2.3 Корекційні заходи з реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками.....	55
ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ.....	62
РОЗДІЛ 3 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСІБ З ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ	
3.1 Організація експериментального дослідження.....	65
3.2 Експериментальне дослідження.....	69
3.3 Аналіз експериментального дослідження.....	77
ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ.....	84
ВИСНОВКИ.....	87
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	90
ДОДАТКИ.....	99

ВСТУП

Актуальність теми. В сучасних умовах значно зросли запити до психологів-практиків щодо надання психологічної допомоги та підтримки особам з панічними атаками, що обумовлено поширеністю тривожних розладів у представників сучасного суспільства. Постійний стрес, соціальна нестабільність та кризові події негативно впливають на психічний стан людей, котрі відчують сильні напади страху, прояви яких відзначаються як на психологічному, так і на фізіологічному рівнях.

Необхідність надання психологічної допомоги особам з панічними атаками обумовлена наявністю широкого спектру порушень, представлених негативними фізіологічними, емоційними, когнітивними та поведінковими реакціями.

Наявність у особистості панічних атак сприяє суттєвому зниженню якості життя, обмеженню її соціальної активності, працездатності та нормальному повсякденному функціонуванню. Панічні атаки формують в особистості таку поведінку, для якої характерним є уникання, а також підвищення тривожності, внаслідок чого розвиваються супутні психоемоційні порушення.

Особливо актуальною є тема поширення панічних атак за сучасних умов, коли відбувається значне зростання рівня психоемоційного навантаження поряд із обмеженням доступу до кваліфікованої психологічної допомоги для певних членів суспільства. Тому необхідно шукати та впроваджувати ефективні методи психологічної допомоги, які сприятимуть зниженню інтенсивності панічних атак, формуванню навичок саморегуляції та підвищенню психологічної стійкості особистості.

З огляду на те, що тема панічних атак особистості є поширеною в умовах сьогодення, виникає потреба поглиблено вивчати панічні атаки, механізми їх виникнення, детермінанти та симптоми, на основі чого розробляти ефективні підходи до надання психологічної підтримки особам із панічними атаками, які матимуть теоретичне та практичне значення для психології.

У дослідженні панічних атак вагомий внесок становлять наукові доробки зарубіжних вчених: А. Бека, А. Елліса, Е. Кокколі, М. Х. Флайта, Х. Гуань, П. Цао, Дж.С. Гуліон, Г. Гібберта, Д. Пілсбері, П. Ломаса, Дж. Л. Маколя, Р. А. Клейнкнехта, Дж. Потокара, Д. Натта, Дж. К. Річардса, В. Річардсона, К. П'єра, С. В. Ронада та ін.

Питанню тривоги та тривожності присвятили свої дослідження Е.Еріксон, К. Хорні, З. Фрейд, Е. Фром, А. Адлер, К. Юнг, Дж. Тейлор, Ч. Спілберг, Г. С. Салівен та ін..

Серед сучасних вітчизняних науковців особливу увагу слід звернути на наукові праці, котрі стосуються теми дослідження психологічної допомоги особам з панічними атаками: Бідюк І. А., Проніної В. А. [1] займалися вивченням індивідуально-психологічних особливостей осіб з панічними атаками; Рич К. В., Дрозд О. В. [20], Антонова З. О. [33] досліджували теоретичний аспект проявів панічних атак; Томчук С. М., Томчук М. І. [2], Кандибей Н. [9], Сургунд Н., Баля В. [10] здійснювали дослідження тривоги, страху та агресії особистості, впливу на емоційний стан особистості; Гриневич Х. О. [3], Андрушко Я. С. [8] цікавилися тривожністю як властивістю особистості; Блохіною І. О. [5], Левковською Л. Б. [26] вивчалися аспекти психологічних причин виникнення тривожності; Ясточкіна І. А. [30] досліджувала причини та наслідки соціальної тривоги; Булах В. П. [24] вивчав негативний вплив стресу на організм людини; питання, що стосуються психологічної травми та вплив травмуючих ситуацій вивчалися Олексюком О. Є. [27], Семеновою Ю. С. [28]; проблемним аспектам психотерапії осіб з панічними атаками присвятили свої наукові доробки Мороз Р. [17], Емішянц О. Б. [32], Ковальова М. [43], Цельмак О. М. [44]; аспекти когнітивно-поведінкової терапії та арт-терапії як методів психологічної допомоги особам з панічними атаками вивчали Аврамчук О. С., Ніздрань О. А., Блозва П. І. [46], Станішевська В. І. [50], Тарапата І., Тимків Л. [51], Тарапата І., Тимків Л. [51].

Незважаючи на широке коло досліджень, які стосуються теми панічних

атак особистості, причин, симптомів та наслідків для організму людини у фізіологічній, психічній, когнітивній та поведінковій сферах та пошуку ефективних методів боротьби з ними потребує подальшого розгляду.

Об'єктом даної кваліфікаційної роботи є панічні атаки особистості.

Предмет даної кваліфікаційної роботи є психологічна підтримка осіб з панічними атаками.

Метою даної кваліфікаційної роботи є здійснення теоретичного аналізу та експериментального дослідження осіб з панічними атаками та розробка корекційних заходів у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками. Особливу увагу приділено використанню методів арт-терапії як ефективних практик для подолання панічних атак.

Згідно мети дослідження ми пропонуємо наступні **завдання**:

1. Здійснити теоретичне обґрунтування проблеми панічних атак.
2. Визначити детермінанти та симптоми панічних атак.
3. Проаналізувати форми та методи психологічної підтримки осіб з панічними атаками.
4. Визначити та обґрунтувати методи та методики дослідження осіб з панічними атаками.
5. Розробити корекційні заходи у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками.
6. Провести експериментальне дослідження.
7. Оцінити ефективність запропонованих корекційних заходів у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками.

Методи дослідження. Для вирішення питання психологічної підтримки осіб з панічними атаками ми використовували ряд методів наукового пізнання: теоретичних, емпіричних, статистичних та ін., а саме:

метод аналізу застосовували для аналізу теоретично-методологічних джерел щодо визначення сутності проблеми панічних атак особистості (п.п. 1.1);

за допомогою методу синтезу було об'єднано аспекти розкриття

детермінантів панічних атак (п.п. 1.2);

метод систематизації використовувався для об'єднання окремих аспектів досліджуваної проблеми: симптоми, прояви панічних атак особистості та ін (п.п. 1.2; 1.3);

за допомогою методу класифікація визначено форми та методи психологічної підтримки осіб з панічними атаками (п.п.1.4; Розділ 2);

емпіричні методи спостереження та тестування застосовували під час проведення експерименту з особами з панічним атаками (Розділ 3);

математичні методи (t-критерій Стюдента) використовувалися для обробки даних експериментального дослідження (п.п. 3.2);

метод моделювання сприяв розробці стратегії психологічної корекції у формі групового психологічного тренінгу під час реалізації корекційних заходів психологічної підтримки осіб з панічними атаками (п.п. 2.3).

Під час проведення експерименту використовувалися такі психодіагностичні методики:

авторська анкета для самооцінювання впливу стресу на здоров'я осіб з панічними атаками;

методика реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілгергера;

Шкала психологічного стресу PSM-25.

методика реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілгергера;

Тест на визначення стресостійкості особистості за В. А. Семіченко;

Шкала безнадійності А. Бека.

Практичне значення одержаних результатів. Практичне значення одержаних результатів полягає у: можливості їх використання під час проведення теоретико-методологічних досліджень осіб з панічними атаками; під час розроблення навчальних планів у діяльності викладачів загально-освітнього напрямку «Психологія»; застосування запропонованих корекційних заходів психологічної підтримки у роботі з особами з панічними атаками. Розроблені корекційні заходи у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками із застосуванням методів арт-терапії знизили рівень

тривожності у респондентів на 5%, знизили рівень стресу на 3%, знизили рівень безнадійності на 2%, підвищили рівень стресостійкості на 3%.

Наукова новизна одержаних результатів. Наукова новизна одержаних результатів полягає у визначенні детермінантів та симптомів панічних атак особистості; окресленні напрямів психологічної підтримки осіб з панічними атаками; розробленні корекційних заходів у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження апробовано у рамках Міжнародної наукової конференції м. Рига, Латвійська республіка, 1-2 травня 2026 р.

Тези доповіді: «Психологічна підтримка осіб з панічними атаками».

Структура і обсяг роботи: магістерська кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, рисунків – 31, таблиць – 3, додатків – 5.

Основний текст роботи – 89 сторінок. Список використаних джерел включає 90 найменувань (15 – іноземною мовою). Загальний зміст роботи складає 107 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ ПАНІЧНИХ АТАК

1.1 Панічна атака як наукова проблема

В умовах швидких (інформаційних, технічних) змін, які сьогодні набули світового масштабу, викликають у людини відчуття надмірної тривоги, переживань, напружень, паніки. Фахівцями практичної психотерапії та психології висловлено думку про панічні атаки (панічні розлади) як невловиму біль сучасності. Нині проблему панічних атак слід розглядати з позиції надмірної важливості, оскільки події, які відбуваються, формують у житті людей постійну тривогу та відчуття страху.

Психологічна література не містить інформації щодо вивчення панічних атак як окремого психологічного феномена. Доцільність дослідження даного психологічного явища обумовлена його поєднанням з низкою особистісних розладів. Проте, встановлено, що панічна атака є раціонально непояснювальним і практично неконтрольованим, випадковим проявом тривоги, інтенсивність якого є дуже високою [7, с. 152-156].

Панічну атаку слід розглядати не просто емоційною реакцією, а складним міждисциплінарним феноменом. Важливість панічних атак як наукової проблеми обумовлена поєднанням біологічних процесів, психіки і соціального середовища, а її вивчення срияє кращому зрозумінню механізмів тривоги і страху в людини.

Зважаючи на недостатність наукових праць, присвячених дослідженню саме панічних атак у вітчизняному науковому дискурсі, вважаємо за доцільне звернути особливу увагу на такі компоненти як тривога та страх. Загалом, тривога та страхи є природними емоціями, які спрямовані на захист особистості від небезпеки, проте за умови їх не контролюваності, життя набуває ознак постійної боротьби з власними відчуттями.

Аналізуючи наукові праці щодо проблеми тривоги особистості, маємо звернути увагу на дослідження З. Фрейда, котрий першим почав вивчати даний феномен та стверджував, що тривога виконує функцію Я-Его, призначення якої є попередження особистості про наближення загрози. Тому науковцем визначено даний стан як адаптивне реагування психіки особистості на появу загрозової ситуації [64, с. 9].

Вивчення різних аспектів та джерел тривоги дозволило З. Фрейду зробити виокремлення трьох видів тривоги (рис. 1.1):



Рисунок 1.1 – Види тривоги за З. Фрейдом

Джерело: складено автором на основі [64]

Здійснивши характеристику кожного із зазначених видів тривоги, можемо зауважити:

реалістична тривога є емоційною відповіддю на загрозу, надходження якої відбувається внаслідок зовнішнього впливу [55, с. 49-62]. Це страх, який сприяє появі у людини ступору та перешкоджає реалізації ефективної боротьби з джерелом загрози;

невротична тривога вважається станом, виникнення якого відбувається через

тиск Воно-Ід, що є відповіддю на загрозу, спричинену усвідомленням неприйняття імпульсів Ід. У той час з боку Его може відбутися втрата контролю за даними імпульсами, що у свою чергу свідчить про те, що тривога формується страхом, тому негативні наслідки виникають внаслідок неправильної поганої дії [28, с. 72-78];

моральна тривога, виникнення якої пов'язують із тиском Над-Я, що є емоційною відповіддю на загрозу Его від Супер-Его. Вченим зазначено, що виникнення моральної тривоги відбувається зазвичай внаслідок прагнення вираження Ід непристойних думок та дій, які сприяють відчуттю провини, сорому чи звинувачень себе, які транслює Супер-Его [19].

Маємо зазначити, що З. Фройдом запропоновано розмежовувати поняття «страх» та «тривога», що обумовлено визначенням тривоги як реакції на появу невідомої (можливо безпідставної) небезпеки, тоді як страх - реакцією на появу реальної небезпеки [47, с. 25-29].

Наступним аспектом, який заслуговує на увагу у нашому дослідженні, це аналіз науковця Мушкевича М. І. подальших розробок теорії З. Фрейда, здійснюваних на основі досліджень австрійського та американського психоаналітика В. Райха, котрим додано ряд основних психологічних та біологічних процесів. Описуючи феноменологію тривожності, психологом визначено наявність ригідності та м'язової скрутості, відмови від виконання дій, що є наслідком блокування тілесних органів [44, с. 185].

Як стверджує науковця Блохіна І. О., психоаналітиком Райхом В. висловлено думку про повернення енергії усередину організму під час тривоги, тоді як вона має рухатися із середини назовні. Він вважав, що повернення енергії у зворотному напрямку спричиняє «м'язові затиски», які є руйнівними для природного відчуття, передусім, сексуального [8, с. 82-86].

У ході дослідження ми з'ясували, що згодом висловлено зацікавлення темою тривожності та продовжено дослідження у даному напрямку представниками теорії неофрейдизму - К. Хорні, Г. Салліваном Е. Фроммом. Бачення К. Хорні на проблему тривоги відрізнялося від висловлення З. Фрейда,

котрий тривогу визнав як необхідну складову психіки людини. К. Хорні була переконаною, виникнення тривоги пов'язане з відсутністю у людини відчуття безпеки [51, с. 8]

Слід зазначити, що подальші дослідження тривоги здійснював науковець Г. Салліван. Вченим вигадано поняття психосоматики, сутність якого вбачається у мимовільному знятті напруги фізичного тіла (внутрішніх органів та кісткових м'язів) як результату задоволення біологічних потягів [52, с. 25]. Вченим відзначено, що тривогою, небезпекою й перешкодою в задоволенні бажання спричиняється досягнення протилежного ефекту: симпатичною стимуляцією підвищується тонус внутрішніх м'язів, внаслідок чого напружуються кісткові м'язи під дією центральної системи [64, с. 11; 23, с. 71-75].

Згодом Ч. Д. Спілбергером під час дослідження тривожності було виділено та розподілено її на такі різновиди (див. рис. 1.2)

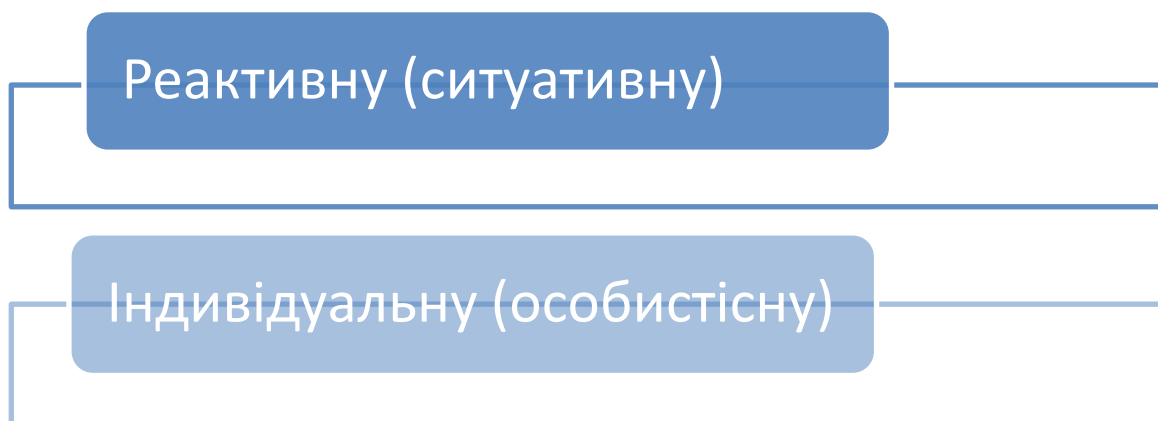


Рисунок 1.2 – Різновиди тривожності за Ч. Д. Спілбергером

Джерело: складено автором на основі [2]

Науковцем висловлено переконання про наявність тривожності у будь-якої особистості, яка перебуває у стані очікування неприємних або складних подій. Також вчений вказує мобілізацію усіх ресурсів організму, як реакцію на

тривогу [17, с. 64-76]. З огляду на нинішні події, які відбуваються в Україні та світі, годі чекати на зникнення тривоги та її відсутність впродовж життя, адже психотравмуючі ситуації настільки негативно впливають на психіку людини, що навіть після їх проходження, відчуття тривоги не зникає.

Можемо зазначити, що тривога особистості виражається на різних рівнях (див. рис. 1.3):

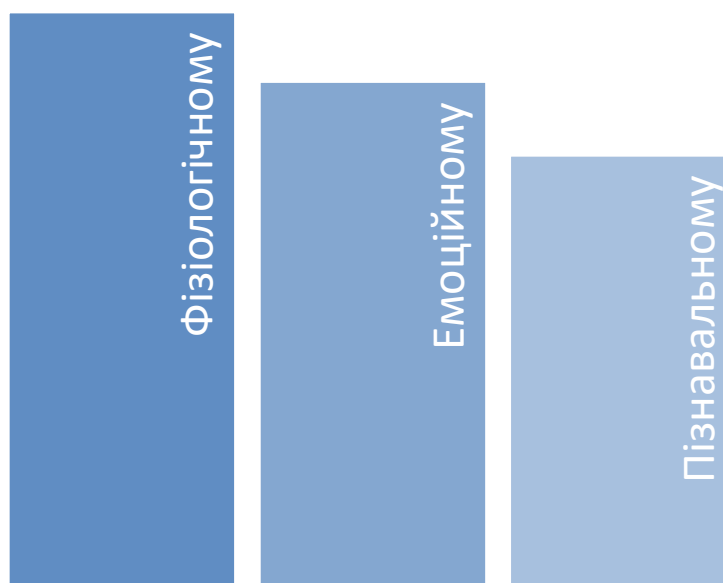


Рисунок 1.3 – Компоненти тривоги

Джерело: складено автором на основі [3, с. 29-36]

Зазначимо, що фізіологічний компонент тривоги є сукупністю тілесних реакцій організму, прояви яких виявляються на рівні тіла, виникнення яких є відповіддю на загрозу або стрес [75, с. 67-69]. Фізіологічний компонент характеризується змінами:

нервової системи (відзначається запуском швидких реакцій організму на небезпеку);

гормонального фону (відзначається підготовкою організму до дії);

сецево-судинної системи;

дихальної системи;

м'язової системи та ін..

Слід зауважити на нормальності та адаптивності даних реакцій за умови

короткочасності їх проявів.

Характеризуючи емоційний компонент тривоги, слід вказати на його прояви у вигляді: страху; переляку; паніки.

Характеризуючи поведінковий компонент тривоги, маємо вказати на наявність різних способів захисту організму і психіки: через відступ, втечу або боротьбу. [79, с. 17-25].

Подальше дослідження тривоги як визначного фактора, який призводить до панічних атак, надає можливості виділення таких типів тривоги, згідно з природою та симптоматичними проявами: первинної; вторинної [40, с. 78-85].

У розрізі дослідження панічних атак, слід вказати на висловлення фахівця Н. Кандибєя, що первинна тривога є превалюючим симптомом невротичних розладів, прояви яких можуть набувати таких форм (див. рис. 1.4):

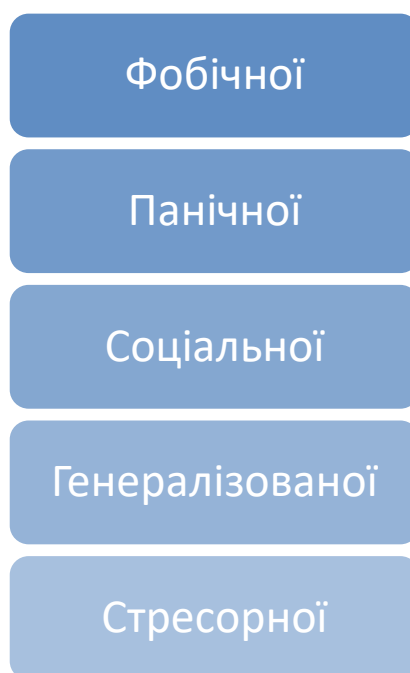


Рисунок 1.4 – Форми первинної тривоги

Джерело: складено автором на основі [8, с. 29-36; 32]

Надамо характеристику кожній вказаній вище формі первинної тривоги:

фобічна форма характеризується інтенсивним відчуттям тривоги, вибіркоким внутрішнім страхом щодо певних об'єктів); може відбуватися

формування фобічного розладу;

генералізована форма характеризується наявністю у людини занепокоєння, пов'язаного із роботою, відносинами, здоров'ям та ін.; може відбуватися формування генералізованого тривожного розладу [60, с. 161];

панічна форма характеризується раптовими короткочасними нападами паніки; може відбуватися формування панічного розладу.

соціальна форма характеризується відчуттям інтенсивної тривоги та сильного страху у соціальних ситуаціях; можливе формування боязні оцінки з боку оточуючих.

стресорна форма пов'язана з появою гострої стресорної події; розладів адаптації, проявами посттравматичних стресових розладів (ПТСР) [69, с.158-170].

Щодо вторинної тривоги, зазначимо, що вона виступає симптомом, притаманним іншим хворобам і порушенням: психічним (при депресії, шизофренії, розладах на органічному підґрунті), соматичним, викликаних вживанням психоактивних речовин чи побічною дією ліків [15, с. 167].

Тож, проаналізувавши тривогу, її різновиди, компоненти та форми, маємо погодитися із науковцями щодо недоцільності порівняння тривожності зі страхом. Страх визначають певною, специфічною емоцією, та розглядають окремою категорією [67, с.158-164]. Тривога ж розглядається у розрізі певної комбінації, або так званого патерну емоцій, до яких належить емоція страху [10, с. 75-88].

У ході дослідження ми з'ясували, що панічна атака – це пікова тривога. Перебуваючи у такому стані, людина діє нетипово, для неї характерною є розгубленість, пошук допомоги серед оточення [41, с. 18-21]. Проте, позитивним моментом можемо назвати короткочасність стану панічної атаки, тривалість у середньому близько години. Також зазвичай панічна атака не спричиняє фізичного пошкодження в організмі людини. Зважаючи на симптоми панічної атаки, лише медичний огляд та деякі дослідження допомагають фахівцю встановити, чи насправді це була панічна атака, чи щось інше.

Панічна атака пов'язана з панічним розладом. Це стан, для якого характерним є виникнення раптових епізодів інтенсивного страху, на що не впливає очевидність зовнішніх загроз. Поряд з тим, панічна атака та панічний розлад наділені різними характеристиками та наслідками, тому їх не слід ототожнювати. Панічний розлад – це стан, котрий вже набув ознак психічного захворювання, для якого характерним є постійне перебування особистості під дією панічних атак, або часте повторення відчуття тривоги.

Як стверджує П. Ломас, якщо особистість має прояви панічних атак, це не означає, що в неї діагностовано панічний розлад. Проте люди, які мають захворювання панічний розлад – мають часті прояви панічних атак [86, с. 33-35]. Вчені, які присвятили свої дослідження панічним атакам, висувають припущення щодо тісного зв'язку панічних атак та психічного стану особистості та її індивідуальних характеристик. Науковці встановили, що особистості із підвищеною схильністю до тривожності або, котрим діагностовано психічні розлади, найбільше схильні до розвитку панічних атак [21, с. 474-480].

Значна кількість науковців підтверджує відсутність психічної патології у осіб з панічними атаками, що обумовлено порушенням лише функції вегетативної системи організму. Навіть поява маленького емоційного переживання (наприклад, стресової думки або спогаду про панічну атаку, яка сталася раніше) чи вплив зовнішніх факторів (наприклад, гучної музики, сильного запаху чи яскравого світла) можуть призвести до інтенсивного виділення адреналіну і вираженої реакції вегетативної нервової системи [80, с. 61-78].

Коли людина відчуває страх, її організм миттєво реагує, активуючи потужний захисний механізм, спрямований на виживання. Цей механізм включає викид адреналіну, що викликає ряд фізіологічних змін, які людина і відчуває переживаючи панічну атаку [15].

Досліджуючи панічні атаки, Вудс С. В. та Горман Дж. М. здійснили їх класифікацію, розподіливши за основними типами виникнення (див. рис. 1.5).

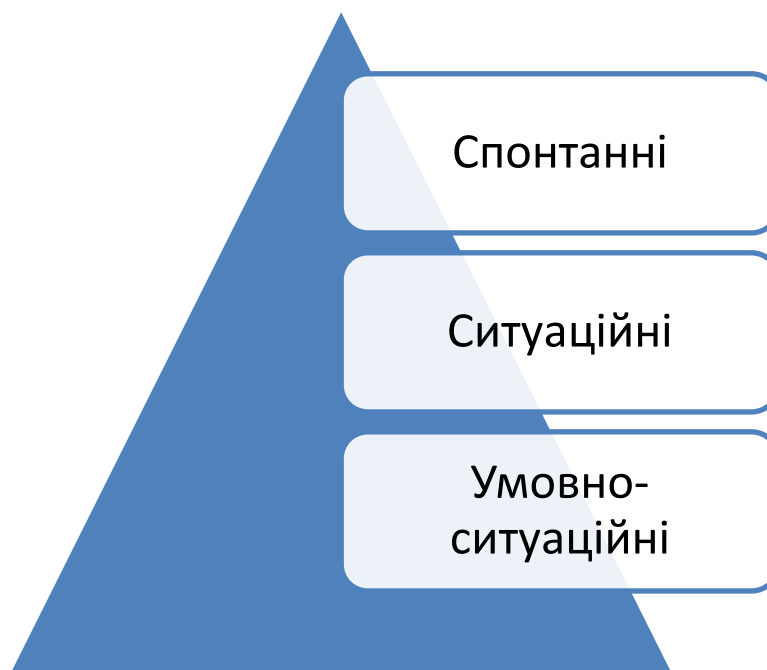


Рисунок 1.5 – Типи панічних атак

Джерело: складено автором на основі [42, с. 119]

Для повноти дослідження мамо надати роз'яснення кожного з вказаних типів панічних атак:

виникнення спонтанних панічних атак характеризується раптовістю, без наявності причин, що у свою чергу сприяє формуванню труднощів для здійснення прогнозів та управління;

виникнення ситуаційних панічних атак пов'язують із ситуаціями, які вже були пережиті особистістю та які спричинили травмуючі спогади, або коли людина очікує на настання таких ситуації, їх повторення [70, с. 73-79];

виникнення умовно-ситуаційних панічних атак, відбувається внаслідок впливу біологічних чи хімічних стимулів, як наприклад, вживання приймання алкогольних речовин або внаслідок зміни гормонального фону у жінок впродовж менструального циклу [42, с. 249–254].

Маємо зазначити, що від появи панічних атак їх проявів нині не застрахований ніхто. Це особи чоловічої та жіночої статі, незалежно від віку. Мороз Р., вивчаючи питання панічних атак, факторів їх формування та симптомів, вказує на виникнення панічних атак вперше у період юнацького

віку, тобто у період значної психічної та емоційної навантаженості, обумовленої процесами формування особистості та адаптації до змін [43, с. 95-100].

Отже, ми охарактеризували панічні атаки як наукову проблему. Сьогодні панічні атаки спостерігаються навіть у дітей, адже постійна тривога та страх за життя є звичним для повсякденного перебування в умовах війни, вибухів та повітряних тривог. Основною їх ознакою є раптовість та непередбачуваність.

1.2 Детермінанти панічної атаки

Вивчення детермінантів панічних атак є важливим аспектом у діяльності фахівця, адже боротьба з панічними атаками та їх профілактика передбачає наявність глибоких знань з даної проблеми для підбору ефективних методів та засобів психологічної допомоги особам з панічними атаками.

Детермінанти панічної атаки є чинниками та умовами, які впливають на виникнення панічних атак або виступають факторами підвищення ризику їх розвитку.

Досліджуючи детермінанти панічних атак, виявлено появу їх проявів внаслідок спадковості, стресу, травматичного досвіду, вживання різних речовин, тривожних або депресивних станів. Проте, існують випадки, коли панічні атаки виникають без усякої причини, тому сучасними вченими продовжується активне дослідження даного феномена.

Загалом науковцями прийнято вважати основними факторами, які провокують появу панічних атак - біологічні, фізіологічні та психогенні. Клінічна практика підтверджує наявність деяких одночасних співпадінь декількох вказаних чинників. Деякими з них може бути викликано перший напад, тоді як інші чинники сприяють повторності атак [88, с. 255-257]. Набуваючи комплексного характеру, чинники панічних атак можна розподілити таким чином (див. рис. 1.6):

Біологічні

Фізіологічні

Психогенні

Рисунок 1.6 – Детермінанти панічних атак

Джерело: складено автором на основі [88, с. 255-257]

Охарактеризуємо визначені детермінанти панічних атак. Біологічні детермінанти панічних атак є комплексом чинників фізіологічного, генетичного та хімічного характеру, завдяки яким нервова система особистості стає вразливою та не в змозі протистояти раптовим нападам сильного страху. До основних біологічних чинників відносяться такі, що є визначними для виконання організмом людини своїх функцій. Біологічні чинники визначені:

спадковістю, що означає наявність у особистості спадкових особливостей мозкової діяльності, отже якщо близькі родичі страждали на панічні розлади, людина також може бути схильною до появи панічних атак;

негативними змінами (збоями) роботи у вегетативній нервовій системі. Порушення у неврологічній сфері функціонування організму становлять ключову причину розвитку панічних атак. Наукові джерела містять інформацію щодо виявлення та вивчення панічних атак як наслідку фізіологічних проблем, як наприклад патологічні явищі у серці, що свідчить про існування різноманітних факторів впливу на появу панічних атак [90, с. 146-150].

дисбалансом нейромедіаторів (серотоніну, норадреналіну). Нейромедіаторами є хімічні речовини, призначенням яких є передача сигналів між нейронами. Якщо знижується рівень ГАМК (гамма-аміномасляної

кислоти), виникає неконтрольована тривога.

змінami у гормональному фоні. Важливе значення для організму має певний рівень серотоніну, призначенням якого є регулювання настрою та реакції на стрес. Зниження рівня даного гормону також впливає на появу панічних атак;

підвищеною чутливістю до адреналіну.

Вказані чинники є формівними для фізіологічної основи розвитку тривожних реакцій.

Маємо зазначити, що представниками біологічного підходу розглядають панічні атаки результатом порушень функцій, виконуваних біологічними процесами в організмі. У рамках даного підходу вивчаються панічні атаки у розрізі гормональних змін, хімічного дисбалансу у мозку й інші фізіологічних механізмів, внаслідок яких можуть з'являтися панічні атаки [53, с. 246-251].

До біологічних факторів належить наявність різноманітних гормональних змін, наприклад, що викликані вагітністю, пологами, у період після вагітності або народження дитини. Також гормональні зміни можуть бути пов'язані з клімаксом, коли функція жіночих гормонів затухає, ба навпаки, у період, коли починається статеве життя. Доречно вказати на приналежність до біологічних факторів абортів, лікування гормональними препаратами або змінами у менструальному циклі. Нині поширеними є випадки ЄК запліднення, підготовкою до якого також є стимулювання гормонального фону жінки, що також чинить негативний вплив як на фізичне здоров'я, так і на психічне.

Експертами медицини у напрямку ендокринології приділено особливу увагу вивченню ролі гормонів адреналіну та кортизолу у механізмі формування панічних атак. Встановлено, що при зростанні рівня вказаних гормонів може підвищується активність нервової системи, що є формівним фактором стану тривоги [13, с. 31].

Сучасними фахівцями-нейрохіміками активно досліджується питання впливу нейромедіаторів, як наприклад серотоніну, норадреналіну і GABA, на процес формування панічних атак. Вчені стверджують, що у випадку зміни

рівнів цих хімічних речовин, порушується передача сигналів у мозку, тому у людини виникає тривога. Головними аспектами дослідження у даному напрямку виступають фізіологічні відповіді організму на зниження рівня даних нейромедіаторів. Такою відповіддю є поведінка автономної нервової системи та стан серцево-судинної активності. Науковцями ретельно вивчається, яким саме чином пов'язані дані аспекти із панічними атаками.

Дослідниками у сфері генетики зосереджено увагу на виявленні генетичних чинників впливу на збільшення схильності до розвитку панічних розладів. Досліджуючи родинні лінії, виявлено та підтверджено наявність спадкових аспектів цього стану. Сукупність представників біологічного підходу вивчення панічних атак розглядають панічні атаки складним результатом саме біологічних чинників. Розуміючи дані механізми, можна розробляти більш ефективні методи діагностики та лікування панічних атак [2, с. 55].

Щодо фізіологічних детермінантів панічних атак, слід зауважити на сильній алкогольній інтоксикації, вживанні наркотичних речовин, певних лікувальних препаратів або навіть метеорологічних коливаннях та акліматизації. До фізіологічних факторів слід віднести проблеми із щитоподібною залозою. Наприклад захворювання на гіпертиреоз, що характеризується надмірною активністю, може стати причиною панічних симптомів. Також можна додати стан гіпоглікемії, що характеризується низьким рівнем глюкози у крові та наявність стану, пов'язаного з іншими кардіологічними патологіями, внаслідок яких порушується робота серцево-судинної системи. Вказані порушення у діяльності організму людини сприяють виникненню панічних атак або посиленню їхньої інтенсивності.

Поряд із важливістю біологічних та фізіологічних чинників панічних атак, психогенні чинники мають особливу вагу у формуванні даного негативно психічного стану. Формування панічних атак може бути спровоковане складними психотравмуючими ситуаціями, наприклад розлученням, смертю близьких та рідних людей або нещасними випадками, адже такі події є стресовими для кожного з нас.

Маємо погодитися із науковцями, котрі вказали на негативний вплив абстрактних психогенних чинників, дія яких підкріплена реалізацією механізму ідентифікації, а саме книгами, фільмами або масмедіа, внаслідок чого також може формуватися стан, що призводить до панічних атак [77].

Отже, виникнення панічних атак може статися у будь-кого та спровоковане сильними та довготривалими фізичними або емоційними перенапруженнями. Зазначимо, що виникнення панічних атак обумовлюється й виснаженими адаптаційними ресурсами організму, коли відбувається перевантаження нервової системи звичайними стресорами.

Доцільно звернути увагу на стрес як вагомий психологічний чинник панічних атак. Сьогодні, в умовах війни в Україні під впливом стресу перебуває кожен українець. Адже частими є звуки вибухів від балістичних ракет та шахідів, які пролітають над кожним населеним пунктом. Навіть звук пролітаючого повз шахіда може викликати панічні атаки.

Як зазначає Булах В. П., стрес є неспецифічною відповіддю організму на подразник, яким виступає будь-яка зміна умов, до яких потрібно пристосуватися. Для цього стану характерним є помилковий розподіл переключення людиною уваги; порушення перебігу пізнавальних процесів, координація рухів зазнає порушень, спостерігається неадекватність емоційних реакцій, дезорганізовується і гальмується уся діяльність [9, с. 10-15].

Активним дослідником стресів був Г. Сельє, котрий виявив позитивний та негативний вплив стресу на людину. На його думку, користь стресу полягає у мобілізації адаптаційних ресурсів особистості. Проте, за умови підвищення ступеня стресу та його тривалості, науковець вказує на його здатність перенавантаження адаптаційних можливостей людини і приведення до психологічних і фізіологічних збоїв у функціонуванні організму в цілому.

У випадку частого повторення стресу та значної його тривалості формується постійна активність ефективних реакцій, що пов'язані з ним. Таким чином відбувається накопичення збудження та його застій, що сприяє активізації центральних утворень вегетативної нервової системи, а отже й

розладу у нейрофізіологічних структурах організму. Внаслідок такої трансформації порушується діяльність серцево-судинної системи, відбуваються негативні зміни у шлунково-кишковому тракті, змінюється склад крові, потерпає імунна система [6, с. 89].

Маємо акцентувати увагу на тривожності, високий рівень якої також виступає найпоширенішим фактором, що впливає на появу панічних атак. Дія накопиченої тривоги становить тригер, який запускає механізм, у ході якого раптово вивільняється паніка. Це гострий напад страху, фізичні симптоми при якому значно виражені.

Вченими у теоретичній та практичній площині психологічної науки панічні атаки пов'язано з аспектом надмірного прояву тривожності, яка виступає індивідуально-психологічною характеристикою особистості [1, с. 152-156]. Як зазначає Левковська Л. Б., наявність певного рівня тривожності, який є у всіх людей, є необхідною адаптивною якістю [39, с. 57-60].

Доречним у контексті розвитку тривоги у особистості слід вказати на психологічне явище катастрофізації як когнітивного викривлення (помилкового мислення), який характеризується перебільшенням людиною загрози ситуації, очкуванням найгірших перспектив розвитку подій, коли очікується настання чогось жахливого. Внаслідок цього відбувається напруження, що призводить до постійної тривоги і як наслідок – панічної атаки.

Аналізуючи психологічні детермінанти панічних атак, ми виявили наступний фактор, який призводить до даного стану - психотравмуючий досвід. Це важливий аспект на сьогодні, оскільки багато людей в Україні стали свідками страшних подій, пов'язаних із війною.

Травматичний досвід є досвідом, отриманим внаслідок травматичної події, яка негативно вплинула на психіку особистості. Це приголомшливий, загрозливий стан, який особистість не в змозі контролювати викликає переляк, стрес, страх. Причому, усі емоції, які переживає особистість внаслідок травмуючої події, є цілковито природньою реакцією психіки на стрес [46, с. 21].

Переживаючи травмуючу подію, особистість отримує психологічну

травму. Науковці по різному визначають даний феномен. Дослідники зазначають, що психологічна травма є реакцію особистості на події, які викликають стрес. Перелік стресових подій наповнений війнами, терористичними актами, стихійними лихами, нещасними випадками та аваріями, фізичним, емоційним і сексуальним насиллям, серйозними захворюваннями і медичними операціями, ситуаціями втрати, горем, міжособистісними конфліктами та ін. [68, с. 183-191].

Маємо зазначити, що психологічні детермінанти панічних атак впливають на особистість у розрізі неправильної інтерпретації тілесних сигналів та сприйняття їх небезпечними.

Вважаємо, що доцільно вказати й на соціальні детермінанти панічних атак. Серед факторів впливу зовнішнього середовища на психіку людини можна вказати перевтому, нестабільність у соціальному житті та перевантаження інформаційного простору.

Перевтома є станом, який характеризується фізичною та емоційною виснаженістю, його виникнення обумовлене тривалим або надмірним навантаженням на організм. Прояви перевтоми можуть бути результатом інтенсивного виконання фізичних та трудових навантажень, праці людини без належного відпочинку, у випадку тривалого перебування в психологічному стресі та інших факторів, внаслідок яких виникає перенапруження. Порівнюючи перевтому із звичайною втомою, слід відмітити поступове накопичення у першому випадку та відновлення організму, відпочивши кілька годин у другому. Накопичення перевтоми викликає серйозні проблеми зі здоров'ям [73].

Вчені встановили, що наслідки перевтоми можуть проявлятися у вигляді:

- розвитку захворювань, які носять хронічний перебіг;
- ослабленої функції імунної системи;
- порушенні балансу гормонів кортизолу та адреналіну;
- виснаженні нервової системи, внаслідок чого розвиваються тривожні розлади;

виникненні психосоматичних захворювань;
порушенні когнітивних функцій [73].

Особливу увагу маємо приділити соціальній тривозі, первина частина якої сприяє активації вегетативної симптоматики, внаслідок чого посилюється тривога. Тоді як виникнення вторинної тривоги є відповіддю на проявлення вегетативних симптомів, які характеризуються підвищенням артеріального тиску, серцебиттям, задишкою, пітливістю, тремором, заїканням, запамороченням і іншими. Маємо погодитися із Ясточкіною І. А., котра вказує на посилення один одного зазначених типів тривог, що виступає чинником панічних атак [74, с. 166-173].

Як ми вже зазначали, панічні атаки можуть з'являтися і без видимих причин, тому це викликає інтерес у науковців щодо подальшого пошуку відповідей на це питання та розроблення нових стратегій психологічної допомоги особам з у подоланні станів, які призводять до панічних атак.

Таким чином, ми визначили та охарактеризували детермінанти панічних атак та вказали їх негативний вплив на людину.

1.3 Симптоми панічної атаки

Необхідність надання психологічної допомоги особам з панічними атаками обумовлена наявністю широкого спектру порушень, представлених такими негативними реакціями організму (див. рис. 1.7):

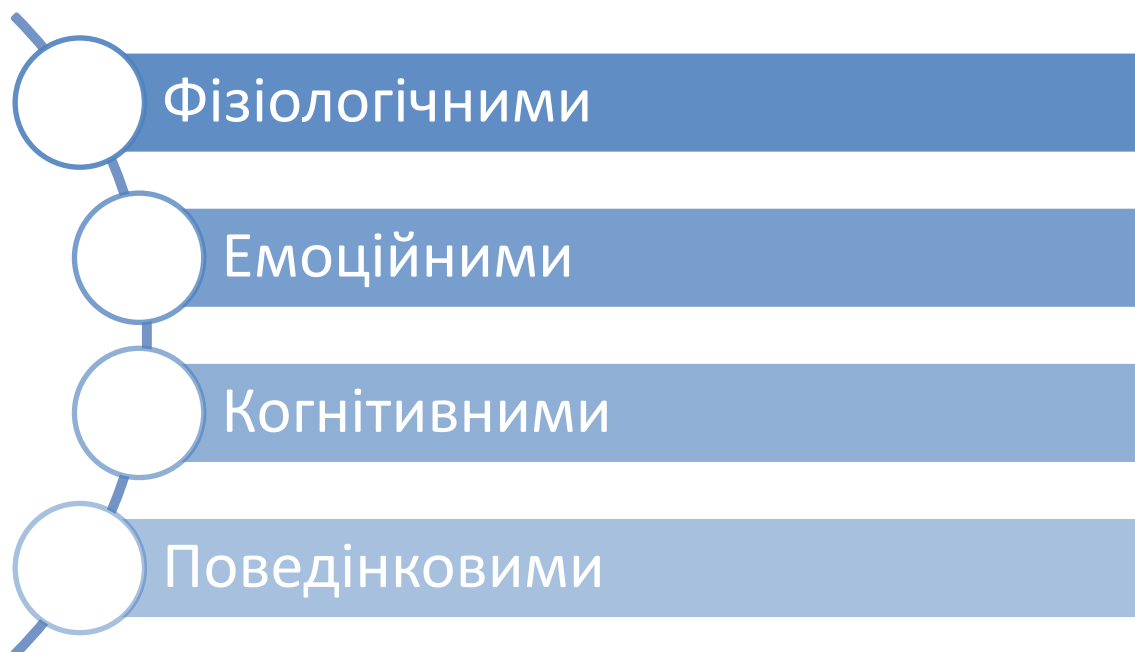


Рисунок 1.7 – Симптоми панічних атак

Джерело: складено автором

Серед фізіологічних реакцій організму, викликаних панічною атакою, фахівцями визначено прояви, які виявляються у:

- прискореному серцебитті (медики називають тахікардією);
- надмірному потовиділенні;
- утрудненому диханні або відчутті задухи;
- ознобу (відчутті холоду) або відчутті нестерпної спеки;
- тремтінні зазвичай верхніх кінцівок;
- запамороченні;
- нестабільному стані;
- розладах шлунково-кишкового тракту (нудоті, дискомфорті в області живота);
- труднощах ковтання.

Дуже часто люди вважають, що такі симптоми викликані серйозними фізичними захворюваннями, внаслідок чого тривога лише підсилюється [76, с. 717-725]. Науковці встановили прояви симптомів панічних атак як у поодиноких аспектах, так і у сукупності кількох разом.

Маємо зазначити, що підсилення тривоги обумовлює концентрацію уваги на наближенні небезпеки. Аналізуючи наукові джерела щодо тематики нашого дослідження, ми дійшли висновку, що панічна атака розвивається за таким механізмом (див. рис. 1.8):



Рисунок 1.8 – Механізм розвитку панічної атаки

Джерело: складено автором

Доречно зауважити, що поступове проходження організму даних етапів механізму відбувається по замкненому колу. Проте, незважаючи на неприємність та стресовість, панічні атаки не призводять до фізичної смерті. Як зазначає Емішянц О. Б., для людини, яка їх переживає, панічні атаки появляються сильним страхом та непередбачуваними відчуттями. Загалом, симптоми панічної атаки – це фізіологічна реакція на стрес, а їх наміри принести шкоду організму – відсутні [22, с. 95-100].

Оскільки панічні атаки виступають дисфункцією нервової системи, їх не вважають за окрему хворобу. Тривалість панічних атак зазвичай становить від п'яти до десяти хвилин, а летальність у жодному випадку не встановлена. Це вказує на здатність організму оговтуватися, якими б інтенсивними переживаннями не були викликані панічні атаки. А за допомогою фахівців та

завдяки використанню ефективних методик можливо досягнути позитивного результату у процесі саморегуляції [4, с. 29-39].

Тож, характеризуючи механізм панічної атаки, спираючись на спрямування уваги на небезпеку, зазначимо, що у першу чергу відбувається надходження сигналу у головний мозок щодо необхідності здійснення активації гормональної сфери. Викид гормонів спричиняє запуск механізму, який передбачає початок активнішої діяльності нервової системи. У свою чергу дана симпатична реакція підтримує один з механізмів під гаслом «захист чи втеча», прояви якого характеризуються (див. рис. 1.9):



Рисунок 1.9 – Реакція організму на панічну атаку

Джерело: складено автором на основі [65]

Аналізуючи вказані вище реакції організму на панічну атаку під час фізіологічних симптомів, можемо роз'яснити, що внаслідок збудження симпатичної нервової системи пришвидшується згортання крові, що означає набуття нею більшої густоти та в'язкості, тому і відбувається підвищення артеріального тиску, що у свою чергу провокує часті скорочення серцевої м'язи. Також спостерігається зниження рівня зволоження слизової оболонки ротової порожнини, людина стає блідою, оскільки м'язи обличчя скорочуються.

Як бачимо, фізіологічні симптоми панічної атаки вимагають значного підвищення використання ресурсів кисню і енергії для функціонування усіх систем організму, що виступає засобом реагування на небезпечну ситуацію.

Розглядаючи емоційні симптоми панічної атаки, ми з'ясували, що вони визначаються інтенсивними відчуттями страху, переляку чи жаху. Людина відчуває страх втрати контролю над собою. Вона панічно боїться виконати дії поза соціально прийнятних або розумних меж. Також страх може бути пов'язаний з можливою втратою свідомості чи навіть смертю. Інтенсивність таких емоцій переконує людину у тому, що вона їх не подолає [85, с. 867-875].

Емоційні симптоми панічної атаки мають ознаки раптовості, швидкого наростання і супроводженням відчуттям, пов'язаним із небезпекою, причому їх прояви можуть виникати навіть якщо реальна загроза відсутня. Часто трапляється, що посилення загального рівня тривоги може бути спровоковано внаслідок переживання людиною таких станів:

- страху смерті;
- страху «божевілля»;
- втрати самоконтролю.

Якщо страх смерті набуває значної інтенсивності, виникають фізичні прояви у вигляді: пітливості, тремтіння у кінцівках, стискання усередині грудного відділу, прискореному серцебитті або припливів. Загалом страх смерті високої інтенсивності може сформувати танатофобію.

Вивчаючи поведінкові симптоми панічних атак, маємо вказати на їх достатню виразність, що пов'язано з униканням тих локацій або ситуацій, які мають відношення до попередніх панічних атак, що значно обмежує активність людини та зменшує соціальні контакти. У деяких випадках прояви поведінкових симптомів можуть сприяти розвитку агорафобії, що означає страх людини, пов'язаний з перебуванням поза домівкою, або із відвідуванням місць, де, на думку людини, вона не отримає допомогу у випадку настання панічного нападу [83, с. 76-82].

Досліджуючи аспект тривожності молоді, слід вказати на її вплив на

нормальне життя, адже спричиняє порушення соціальних зв'язків з навколишнім світом. Серед проявів тривожності, які часто спостерігаються у молоді в умовах військового стану, є стан апатії, в'ялості, безініціативності.

Не менш важливим для нашого дослідження є аналіз когнітивних симптомів, серед яких науковцями відмічено:

зниження здатності фокусуватися;

відчуття внутрішнього сум'яття;

дезорієнтації.

Внаслідок сильної тривоги, пов'язаної з можливими повтореннями панічної атаки, може розвиватися уникаюча поведінка та знижуватися соціальна активність.

Поряд з тим, коли трапляються панічні атаки, людиною можуть оволодіти прояви дереалізації та деперсоналізації. Дереалізація є захисним механізмом психіки, що є відповіддю на переживання сильного стресу, хронічної втоми, панічних атак або психологічних травм. Головне завдання у даному механізмі виконує мозок, адже для зниження болю він ніби вимикає емоції. Перебуваючи у стані дереалізації, людина відчуває себе ніби причетною до чужої реальності.

Слід додати, що деперсоналізація часто супроводжується деперсоналізацією. Це такий стан, у якому людина відчуває себе ніби спостерігачем за власною персоною з боку [82, с. 119-120].

Коли з людиною трапляється панічна атака, вона подекуди не в змозі досягнути реальність та відсутність справжньої небезпеки або загрози життю. Панічна атака не має сталого часу прояву. Вона може тривати як декілька годин, коли її симптоми яскраво виражені, так і бути короткочасно із відсутніми наслідками. Поява симптомів панічної атаки може спостерігатися і у здорових людей у випадку значного переляку, що є цілковито природною реакцією організму на появу стресової ситуації [78, с. 112-118].

Спостереження за особами з панічними атаками надало можливість виявити у них підвищену вразливість та знервованість. Перебування людини тривалий час у напруженому стані може спровокувати появу депресії та

неврозу. Особи з панічними атаками можуть втрачати комунікаційні здібності та відчувати адаптаційні труднощі. Оскільки панічні атаки здебільшого вивчалися зарубіжними вченими, за їхніми висновками панічні атаки притаманні здебільшого жінкам, аніж чоловікам. Співвідношення між жіночою і чоловічою статтю у розрізі наявності панічних атак становить приблизно чотири до одного.

Поясненням того, що дослідження виявили більшу кількість жінок (майже у чотири рази) порівняно з чоловіками, які мають панічні атаки, є різноманітність гормональних особливостей організму жінки та їхня соціальна роль, яку вони виконують у процесі життєдіяльності сучасного суспільства. Проте, слід вказати й на існування інших факторів, що чинять вплив на формування даної статистики [79, с. 1675–1685].

Дослідження вказали на відсутність скарг чоловіків на панічні атаки та звернень до фахівців за психологічною допомогою. Справа у тому, що й досі існують стереотипи щодо панічних атак як до прояву слабкості, що призводить до неготовності визнання чоловіками власних переживань та приховування симптомів. Подібну інформацію вони не озвучують нікому, навіть у випадку прийняття участі в наукових дослідженнях. Частими є випадки нещирості під час заповнення анкет та опитувальників під час психологічної діагностики. Така позиція не сприяє отриманню достовірних результатів щодо їхнього стану.

Результати деяких досліджень свідчать про те, що близько половини чоловіків із панічними атаками перебільшують вживання алкоголю, тобто мають залежність, що вказує на бажання уникнення від реальності та відсторонення від відкритого обговорення своїх проблем [89, с. 155-156].

Аналіз досліджуваних випадків панічних атак вказує на можливість їх виникнення не лише вдень, а й серед ночі. Ймовірність нічних нападів визначається перед тим як людина намагається заснути, також під час сну у будь-який нічний час. Такі тенденції є нагадуванням нам про вплив панічних атак на життя людини, незважаючи ні на що [84, с. 246-249].

Таким чином, ми визначили та проаналізувати симптоми панічних атак.

1.4 Аналіз форм та методів психологічної підтримки осіб з панічними атаками

З огляду на значну кількість осіб з панічними атаками, які оточують нас у повсякденному житті, важливою є належна психологічна допомога та підтримка з боку фахівців. Можемо виокремити напрямки консультативно-корекційної роботи з особами з панічними атаками (див. рис. 1.10):



Рисунок 1.10 – Напрямки консультативно-корекційної роботи з особами з панічними атаками

Джерело: складено автором

Психологічна допомога сприяє:

- розумінню природи панічних атак і зменшенню страху перед ними;
- навчанню контролю симптомів, використовуючи різні техніки саморегуляції;
- зниженню рівня тривожності та емоційної напруги;
- відновленню нормального функціонування повсякденного життя;
- попередженню розвитку хронічних тривожних розладів.

Поряд з тим, своєчасність психологічної підтримки допоможе особистості сформувати стресостійкість, підвищити впевненість у собі та покращити якість життя.

У випадку гострих проявів панічних атак психологами-практиками рекомендується використовувати техніки самодопомоги, представлені дихальними вправами, технікою «заземлення», а також поєднанням дихальної вправи із «заземленням» [34].

Перша психологічна допомога особі, у якої відбувається панічна атака, полягає у наступних діях психолога-практика, підкріпленими такими основними правилами та умовами:

1) Необхідність починати з видиху, що сприяє звільненню місця для повного вдиху, а це означає надходження більшої кількості повітря та наповнення киснем крові;

2) Виконання дихальних вправ вимагає:

здійснення вдиху носом, а видиху ротом, причому губи мають бути стиснутими;

концентрації уваги на дотриманні тривалого та повільного темпу видиху;

3) Впевненого та спокійного тону при інструктуванні особи з наявною панічною атакою.

4) Необхідність дотримання допустимих дій при надання першої допсихіатричної психологічної допомоги:

за дозволом особи можливість обережного, не нав'язливого дотику до плеча особи;

за дозволом особи здійснення міцних обіймів та одночасного вдиху та видиху, причому на видиху – послаблення тиску обіймів;

орієнтація за ситуацією (до чи після проведення дихальних вправ), для того, аби особа випила холодну воду [71, с. 294-298].

Науковець Емішянц О. Б. акцентує увагу на наявності у клієнтів з панічними атаками високого рівня готовності та бажання співпраці з психологом для подолання таких негативних та небажаних для особи станів.

Така позиція є позитивним аспектом у роботі фахівця та отримання позитивного результату.

Складання чіткої схеми психотерапії з особами з панічними атаками передбачає визначення таких завдань:

зрозуміння природи панічної атаки, причини та аналіз симптомів;

навчання клієнта сприяти подоланню симптомів страху і нападів;

систематичне тренування для отримання навиків бачення гарного і корисного в поганих аспектах життя;

навчання клієнта перетворенню безплідних або фатальних роздумів на позитив;

спонукання особи досягати бажаних результатів, навчання приймати рішення та бути відповідальним за власне життя [85, с. 867-875].

На сьогодні практикуючі психологи використовують у своїй практиці різні методи корекції панічних атак, проте визнано, що найефективнішим підходом є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) [11, с. 19]. Сутність даного методу полягає у тому, аби змінити ірраціональні думки та поведінку, яка становить загрозу та спричиняє панічну атаку.

Зазначимо, що не всі особи з панічними атаками погоджуються на проведення когнітивно-поведінкової терапії, адже з недовірою ставляться до форми та перебігу використання даного методу, адже включається захисна поведінка та небажання систематичного відвідування занять [24, с. 39]. Тому на першому етапі терапії необхідне використання мотиваційних технік, технік когнітивної реструктуризації та поведінкових експериментів, які сприяють формуванню позитивного ставлення клієнта та усвідомлення дієвості такої допомоги [54, с. 251-260].

Використовуючи на практиці когнітивно-поведінкову терапію, клієнт досягає усвідомлення щодо автоматичного впливу його думок на формування емоційного стану, а отже й на реалізацію фізичних реакцій організму. З моменту, коли клієнт зрозуміє та усвідомить даний механізм, почнуться змінюватися деструктивні патерни [81, с. 347; 16, с. 477-481].

Слід вказати на важливість обмеження дій клієнта, пов'язаних із постійною перевіркою симптомів панічних атак. Якщо клієнт не припиняє таку перевірку, його тривога може зростати, а загальний стан погіршуватися [1, с. 211-227; 62, с. 295].

Деякі випадки передбачають поєднання когнітивної психотерапії з фармакотерапією. Завдяки спеціалізованим програмам психотерапії людина здатна здійснювати контроль своїх емоцій, а також навчається долати стрес, який присутній у різних проявах повсякденного життя. Щодо фармакотерапії, то вона сприяє забезпеченню необхідної стабілізації психіки клієнта, полегшенню симптомів панічних атак [26, с. 25-28; 50, с. 23].

Отже, незважаючи на існування різноманітних методів корекції панічних атак, практичними психологами рекомендується застосування у роботі з особами з панічними атаками когнітивно-поведінкової терапії як дієвою практики. Зважаючи на комплексний підхід, особа навчається управляти панічними атаками особи, досягає значного покращення якості свого життя, адже симптоми панічних атак зменшуються та відновлюється контроль над емоційним й поведінковим компонентами [58, с. 88; 36, с. 17-25].

Вважаємо, що основним завданням у межах психологічної корекційної допомоги особам з панічними атаками є зниження рівня тривожності та стресу як основних факторів, накопичення яких призводять до панічних атак. Як зазначає Дуткевич Т. В., напрямком основної роботи фахівців-психологів має бути надання психологічної допомоги для подолання негативних емоційних станів [29, с. 267; 66, с. 113].

Для здійснення психологічної допомоги зі зниження рівня тривожності та стресу осіб з панічними атаками фахівець має керуватися принципом індивідуалізації, а отже застосовувати окремі підходи до кожного клієнта [38, с. 56; 48, с. 45].

. Також необхідно виявити та оцінити фактори, які вплинули на формування стану тривожності, наприклад способу життя, пережитих травматичних подій, бажання співпрацювати з фахівцем, стану фізичного

здоров'я, рівня безнадійності та ін. [63, с. 27].

З огляду на те, що в сучасних умовах особистість зазнає значного впливу стресу, від чого формується тривога та як наслідок її накопичення – панічні атаки, фахівцями психологами, в основному практикуючих (адже перевірка ефективності відбувається на наявних прикладах) продовжується пошук методів для подолання даних негативних психічних станів.

Зважаючи на тенденцію сучасності будувати психологічну роботу на інноваційних засобах, слід вказати на методи арт-терапії, які зарекомендували себе якнайкраще під час допомоги клієнтам з панічними атаками [25, с. 37-42]. В основі даного методу покладено мистецтво та творчість. Арттерапія є оптимальним засобом який допомагає подолати стресові прояви осіб різної вікової категорії, що обумовлено отриманням можливості особою розкрити особистісні ресурси та подолати внутрішні переживання [37, с. 674-686].

Науковиця Станішевська В., характеризує арт-терапію як динамічну систему взаємодії, яка формується між клієнтом, результатом його творчості та арт-терапевтом [56, с. 12].

Дослідники Тарапата І., Тимків Л. вважають арт-терапію засобом, лікувальний ефект якого створює мистецтво [61, с. 114]. Вчений Козігора М. визначив арт-терапію методом, котрий навчає, виховує та зцілює людей творчістю, внаслідок чого досягається вільне самовираження і самопізнання [35, с. 198].

Погоджуємося з твердженням науковців теоретиків та практиків, що арт-терапія є видом психологічної допомоги та методом психотерапії та психокорекції, ефективність якого обумовлена лікувальною дією мистецтва та творчості [57, с. 47-54]. Науковці, котрі вивчають даний феномен у практичній площині, доводять наявність значного позитивного впливу на особистість після використання фахівцями даного методу.

Маємо за доцільне зазначити, що арт-терапія є результатом теоретичної розробки З. Фрейда і К. Г. Юнга. Згодом арт-терапія слала результатом досліджень К. Роджерса і А. Маслоу, котрі були прихильниками гуманістичної

моделі розвитку особистості. Поряд з тим, варто зауважити на науковій позиції А. Хілл, котрий став безпосереднім засновником методу арт-терапії. Цікавість та дієвість методу стала відправною точкою трансформації британського художника на арт-терапевта.

Дієвість методу арт-терапії обумовлена використанням різних технік, основоположною з яких є образотворче мистецтво, проте згодом до арсеналу дослідниками було запропоновано та апробовано й інші техніки. Сьогодні у межах арт-терапії для подолання станів тривожності та стресу, які потребують корекції у роботі з особами з панічними атаками, використовується цілий ряд різноманітних технік, представлених (див. рис. 1.11):

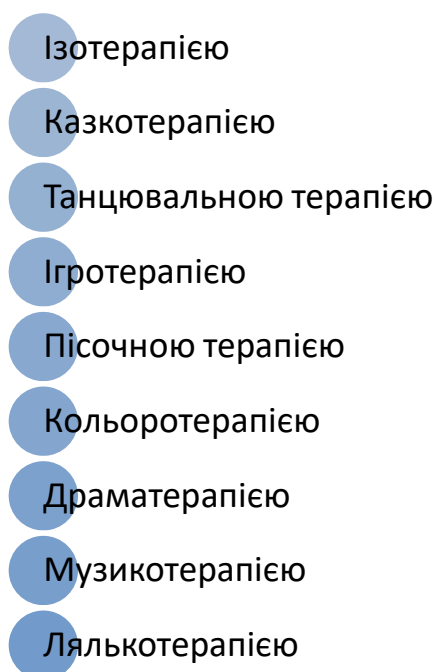


Рисунок 1.11 – Техніки арт-терапії

Джерело: складено автором на основі [61]

Окреслюючи реалізацію когнітивно-поведінкової терапії та арт-терапії з особами з панічними атаками, можемо виділити наступні форми:

Індивідуальної терапії, яка передбачає роботу один на один психолога і клієнта та яка заснована на індивідуальному підході, конфіденційності, можливості глибокого опрацювання особистих проблеми [12, с. 28-36].

Використання даної форми надання психологічної допомоги доцільно при корекції тривожних розладів, панічних атак, депресії.

Групової терапії, яка передбачає одночасну роботу психолога з кількома учасниками. Переваги даної форми роботи з клієнтами полягають у отриманні підтримки групи; розвитку соціальних навичок; усвідомленні своєї не самотності, адже схожі труднощі мають й інші учасники групи [49, с. 142-148].

Он-лайн заняття (як групових, так і індивідуальних), характеризується можливістю проведення завдяки відеозв'язку та спеціальних платформ. Переваги даної форми психологічної допомоги полягають у доступності, можливості дистанційної праці, зручності.

Самодопомоги під супроводом фахівця. Відзначається можливістю праці клієнта з підтримкою та наглядом психолога з використанням робочих зошитів, вправ, мобільних програм.

Проведення когнітивно-поведінкової терапії та арт-терапії як методу психокорекції осіб з панічними атаками можливе у різних формах: індивідуальній, груповій, он-лайн. Форма реалізації методів психокорекції обирається фахівцем згідно з проблемами, потребами людини та умовами проведення терапевтичних заходів.

Таким чином, ми з'ясували, що корекційні заходи у роботі з особами, які мають високий рівень тривожності, передбачають використання методів когнітивно-поведінкової терапії та арт-терапії. Форми проведення: індивідуальні, групові, он-лайн заняття.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

1. Панічну атаку слід розглядати не просто емоційною реакцією, а складним міждисциплінарним феноменом. Панічна атака – це пікова тривога. З. Фройд першим почав вивчати даний феномен та стверджував, що тривога виконує функцію Я-Его, призначення якої є попередження особистості про наближення загрози. З. Фройдом виокремлено три види тривоги): реалістичної,

невротичної, моральної. Ч. Д. Спілбергером під час дослідження тривожності було виділено та розподілено її на такі різновиди: реактивну (ситуативну); індивідуальну (особистісну). Тривога особистості виражається на різних рівнях: фізіологічному, емоційному, пізнавальному. Науковцями виділено ряд типів тривоги, згідно з природою та симптоматичними проявами: первинної; вторинної. Первинна тривога є превалюючим симптомом невротичних розладів, прояви яких можуть набувати таких форм: фобічної, панічної, соціальної, генералізованої, стресорної. Вторинна тривога виступає симптомом, притаманним іншим хворобам і порушенням. Вудс С. В. та Горман Дж. М. здійснили класифікацію панічних атак, розподіливши за основними типами виникнення: спонтанні, ситуаційні, умовно-ситуаційні.

2. Детермінанти панічної атаки є чинниками та умовами, які впливають на виникнення панічних атак або виступають факторами підвищення ризику їх розвитку. Науковцями прийнято вважати основними факторами, які провокують появу панічних атак - біологічні, фізіологічні та психогенні. Біологічні чинники визначені: спадковістю; негативними змінами (збоями) роботи у вегетативній нервовій системі; дисбалансом нейромедіаторів (серотоніну, норадреналіну); змінами у гормональному фоні; підвищеною чутливістю до адреналіну. Вказані чинники є формівними для фізіологічної основи розвитку тривожних реакцій. Фізіологічні детермінанти бумвлєні сильною алкогольною інтоксикацією, вживанням наркотичних речовин, певних лікувальних препаратів або навіть метеорологічних коливаннях та акліматизації. Психогенні чинники визначені тривалим стресом, тривожністю, психотравмуючим досвідом, перевтомою та соціальною тривоогою.

3. Негативні реакції організму: фізіологічні, емоційні, когнітивні, поведінкові. Серед фізіологічних реакцій організму, викликаних панічною атакою, фахівцями визначено прояви, які виявляються у: прискореному серцебитті (медики називають тахікардією); надмірному потовиділенні; утрудненому диханні або відчутті задухи; ознобу (відчутті холоду) або відчутті нестерпної спеки; тремтінні зазвичай верхніх кінцівок; запамороченні;

нестабільному стані; розладах шлунково-кишкового тракту (нудоті, дискомфорті в області живота); труднощах ковтання. Емоційні симптоми панічної атаки визначаються інтенсивними відчуттями страху, переляку чи жаху. Когнітивні симптоми: зниження здатності фокусуватися; відчуття внутрішнього сум'яття; дезорієнтації. Механізм розвитку панічної атаки: наявність стресу або тілесного симптому; сприймання тілесного симптому як небезпечного; зростання страху; активація фізіологічної реакції тривоги; посилення симптомів.

4. Напрямки консультативно-корекційної роботи з особами з панічними атаками є корекція: когнітивних функцій; емоційного стану; поведінкових функцій. На сьогодні практикуючі психологи використовують у своїй практиці різні методи корекції панічних атак, серед яких ефективними визнано когнітивно-поведінкову терапію та арт-терапію. Сутність методу п когнітивно-поведінкової терапії полягає у тому, аби змінити ірраціональні думки та поведінку, яка становить загрозу та спричиняє панічну атаку. Арт-терапія є видом психологічної допомоги та методом психотерапії та психокорекції, ефективність якого обумовлена лікувальною дією мистецтва та творчості. Техніки арт-терапії представлені: казкотерапією, танцювальною терапією, пісочною терапією, ігротерапією, кольоротерапією, музикотерапією, лялько терапією та ін..Окреслюючи реалізацію когнітивно-поведінкової терапії та арт-терапії з особами з панічними атаками, можемо виділити наступні форми: індивідуальну, групову, он-лайн, самодопомоги під супроводом фахівця.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСІБ З ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ

2.1 Методи дослідження осіб з панічними атаками

Зважаючи на поширеність панічних атак серед усіх вікових категорій населення України, проблема вивчення причин, симптомів панічних атак та способів їх попередження та подолання ї важливою та актуальною не лише для осіб, які відчують напади панічних атак та потребують психологічної допомоги, а й для фахівців, діяльність яких пов'язана із наданням цієї допомоги та підтримки.

Особи, які звернулися до фахівця із проблемою панічних атак, підлягають діагностуванню для вивчення усіх аспектів перебігу, причин та наслідків панічних атак та вибору оптимального напрямку роботи для ефективного вирішення запиту клієнта.

Для досягнення мети дослідження осіб із панічними атаками фахівцями використовується комплекс, зміст яких полягає у поєднанні:

- психологічних методів;
- медичної діагностики;
- аналізу фізіологічних реакцій.

Сукупність даних методів сприяє не лише встановленню особливостей панічних атак, а й підбору ефективної допомоги.

Охарактеризуємо психологічні методи дослідження осіб з панічними атаками. Загалом, психологічні методи наділені особливою важливістю з початку роботи з клієнтами. Їх використання дозволяє фахівцю здійснити:

- визначення особливостей тривожних проявів особистості з панічними атаками (рівня тривожності);
- оцінку психоемоційного стану;

визначення особливостей когнітивних та поведінкових реакцій;
 підбір ефективної психологічної допомоги.

Підбір методів дослідження обумовлений конкретними умовами, цілями і завданнями дослідження.

Емпіричне дослідження є видом наукового дослідження, в основі якого поряд з теоретичними міркуваннями знаходиться безпосередній досвід, спостереження або експерименти [30, с. 20-25].

Мета емпіричного дослідження полягає у отриманні фактичних даних для підтвердження або спростування певної гіпотези.

Психологічна діагностика – це один із перших кроків в процесі психологічної допомоги [14, с. 35; 27, с. 78].

Найпершим методом на початку дослідження використовуємо метод опитування. В основі методу опитування знаходиться пропозиція респонденту відповісти на певну кількість запитань з метою збору інформації про кожного учасника дослідження.

Загалом, проведення опитування можливе як в усній формі (бесіда), так і письмовій формі (анкета). У нашому дослідженні осіб з панічними атаками прийняли участь 80 осіб, тому доцільно використовувати метод анкетування.

Анкетування є засобом отримання нових найбільш значущих у процесі дослідження знань. Анкета побудована з дотриманням таких правил:

- встановленн мети;
- формулювання достатньої кількості запитань;
- формулювання запитань згідно з рівнем інформованості респондентів щодо необхідності та доцільності дослідження;
- логічне розташування запитань;
- етичне формулювання запитань;
- уникання навідних запитань [59, с. 93-104].

Анкета складається з двох видів запитань:

- закритих;
- відкритих.

Відповідь на закриті запитання передбачає вибір опитуваного на запитання з кількох запропонованих, у випадку відповідей на відкриті запитання – форма формулювання – довільна.

Завдяки аналізу анкетного опитування психолог може з'ясувати важливі інформаційні аспекти:

- щодо періодичності панічних атак;
- частоту стресових ситуацій;
- інтенсивність емоційних переживань;
- страхи;
- можливі прояви унікальної поведінки та ін..

Якщо ж фахівець проводить діагностику особи з панічними атаками індивідуально, він застосовує психологічний метод спостереження. Суність спостереження як методу психологічного дослідження вбачається тому, аби спостерігати за учасником, реєструвати психологічні фактит та пояснювати їх [5, с. 101]. Головною ознакою методу спостережень є безпосереднє сприйняття явища панічної атаки у цілісності процесів (детермінантів, симптомів та проявів, наслідків) та їхньої динаміки.

Використання фахівцем спостереження як методу психологічного дослідження передбачає попереднє планування проведення, керуючись певними вимогами та їх дотриманням. Виокремлюють такі етапи спостереження:

- формулювання гіпотези дослідження;
- перевірка гіпотези дослідження.

Проводити спостереження необхідно лише спираючись на план, обов'язково фіксувати, використовувати технічні засоби фіксації отриманих даних. При цьому дослідник має володіти навичками спостережливості, бути уважним та мати аналітичний розум [45, с. 12].

Маємо вказати на наявність у методу спостереження недоліків, які можуть вплинути на якість результатів, а саме:

- рівень кваліфікації фахівця;

- індивідуально-психологічні особливості фахівця;
- особистісне ставлення до респондента;
- не підконтрольність респондента;
- тривалий період дослідження;
- необхідність очікування виникнення явища, яке досліджується.

Поряд з тим, спостереження як метод психологічного дослідження має й позивну сторону, яка вбачається у непорушенні природного ходу психологічного явища.

Фахівцями часто використовується самоспостереження (інтроспекція) як різновид методу спостереження. Метод полягає у отриманні даних, які характеризують особливості внутрішнього світу на особистісному рівні [45, с. 13].

Респондент, перебуваючи у певному психічному стані, має вести власне спостереження, оцінювати свої відчуття, порівнювати з даними, аналогічними до тих, які отримав психолог під час проведення індивідуальної діагностики.

Для цього методу характерним є значна кількість недоліків, проте його цінність полягає у отриманні можливості людиною пізнати себе. У даному випадку самоспостереження можна прийняти як самоаналіз – спосіб, який допомагає проникнути до сутності власного «Я». Психологами поширеним є використання щоденників, автобіографій, листів, спогадів .

Під час застосування методу спостереження у дослідженні осіб з панічними атаками можна оцінити у респондента:

- поведінкову складову;
- емоційну складову (реакції, напругу);
- навіть невербальних прояві тривоги.

Наступною складовою психологічного дослідження є використання психологом методу тестування. Тестом є діагностичний інструментарій у відповідності з визначеними параметрами:

- узгодженості завдань;
- відповідності змісту тесту до вимірюваного явища;

зручність форми вимірювання;

можливість розподілу респондентів [45, с. 7].

Доречно зауважити про можливість проведення комп'ютеризованого тестування. В сучасний період такі методи мають ряд переваг, які надають досліднику можливості:

забезпечення постійності умов здійснення психологічного тестування;

точні реєстрації реакцій респондента;

відновлення і відслідкування послідовності дій респондента;

формування банку даних, отриманих у результаті психодіагностики;

встановлення тестових норм у відповідності до певної групи респондентів;

полегшення найбільш рутинних й трудомістких аспектів діагностики у діяльності фахівця, який проводить психодіагностику;

забезпечення конфіденційності отриманих даних у результаті психологічної діагностики;

зниження собівартості психологічного дослідження;

мінімізації негативного впливу, виникнення якого пов'язане з міжособистісною взаємодією між респондентом та фахівцем, який проводить психологічне дослідження;

актуалізації «ігрової» мотивації респондента, що обумовлено привабливістю процесу тестування, що сприяє підвищенню достовірності отриманих даних;

забезпечення швидкого зворотного зв'язку фахівцю, який проводить психологічну діагностику щодо отриманих даних;

розроблення динамічних стимулів для проведення психологічного тестування [45, с. 8; 20, с. 66].

Серед методів тестування осіб з панічними атаками рекомендовано використання таких методик:

шкала тривожності Ч.Спілбергера;

шкала депресії А. Бека;

інші опитувальники для дослідження панічних симптомів;

тести для дослідження рівня стресу і тривожності.

Використання фахівцем, який здійснює психодіагностичне дослідження осіб з панічними атаками сприяє оцінці інтенсивності тривоги разом із супутніми проявами.

Наступним методом для дослідження осіб з панічними атаками є метод експертної оцінки. Сутність методу полягає у здійсненні фахівцями аналізу стан людини, керуючись професійними знаннями, спостереженнями і визначеними критеріями.

Для психологічного дослідження осіб з панічними атаками метод експертної оцінки має ефективність для здійснення комплексних оцінок симптомів панічних атак та їх впливу на якість психоемоційного стану людини.

Під час реалізації даного методу у роботі з особами з панічними атаками діяльність експертів полягає у наступному:

аналізі симптомів;

оцінці поведінкових реакцій особи;

визначенні рівня тривожності;

формулюванні висновків наскільки вираженими є панічні прояви [72, с. 54].

Результати експертної оцінки здійснюються:

за шкалами;

за анкетами;

за спеціальними критеріями.

Результати методу експертної оцінки визначаються за такими основними критеріями:

за частотою панічних атак;

за інтенсивністю страху;

за фізіологічними симптомами;

за рівнем соціальної дезадаптації;

за наявністю унікальної поведінки;

за емоційною стійкістю.

Використання у своїй практиці методу експертної оцінки можливе такими фахівцями:

практичними психологами;

психотерапевтами;

психіатрами;

медичними працівниками;

у деяких випадках - близькими людьми або педагогами (для оцінки змін поведінкових реакцій).

Характеризуючи форми реалізації методу експертної оцінки, маємо виділити наступні:

індивідуальної експертної оцінки;

колективного експертного оцінювання;

бальної системи оцінювання;

ранжування симптомів за їх вираженістю.

Метод експертної оцінки має певні переваги щодо використання інших методів психологічної діагностики осіб з панічними атаками, які полягають у:

комплексності оцінювання;

можливості здійснення професійного аналізу;

врахуванні проявів поведінкового і емоційного характеру;

допомозі у здійсненні постановки психологічного висновку.

Метод експертної оцінки має певні недоліки, які полягають у:

можливному суб'єктивізмі експертів;

залежності від професійного досвіду;

необхідності поєднання з іншими методами діагностики [72, с. 54].

Отже, метод експертної оцінки має важливе значення у проведенні психологічного дослідження осіб з панічними атаками, що обумовлено комплексною оцінкою емоційних, поведінкових та фізіологічних проявів тривоги й отриманням професійного висновку щодо особливостей психічного

стану людини.

Таким чином, ми визначили методи дослідження осіб з панічними атаками, серед яких виділили: опитування, анкетування, спостереження, самоспостереження, тестування, експертної оцінки, ефективність використання яких обумовлена їх комплексністю.

2.2 Методики дослідження осіб з панічними атаками

Для дослідження осіб з панічними атаками вважаємо за доцільне досліджувати такі складові:

1) фізіологічну складову:

здоров'я;

2) емоційну складову:

рівень тривожності;

рівень стресу;

3) поведінкову складову:

рівень стресостійкості.

4) когнітивну складову:

рівень безнадійності.

Дослідження вказаних компонентів є необхідним, адже стрес впливає на формування тривоги, а перебування у стресі тривалий період може призводити до появи панічних атак. Високий рівень тривожності також може викликати панічні атаки. Стан безнадійності виникає у осіб з панічними атаками, адже негативні думки, що призводять до депресії також формуються внаслідок стресу. Важливим аспектом є визначення рівня стресостійкості, адже здатність організму протидіяти стресу знижує ризик появи панічних атак.

Під час проведення психологічного дослідження осіб з панічними атаками з метою вивчення вказаних складових нами було запропоновано використання таких методик:

1) Для дослідження фізіологічної складової розроблено Авторську анкету

для самооцінювання впливу стресу на здоров'я осіб з панічними атаками (Додаток А). Дослідження даної складової є важливим, адже стрес негативно впливає на здоров'я та є чинником панічних атак.

Метою анкетного опитування є здійснення самооцінювання стану власного здоров'я, наявності стресових ситуацій, їх кількості та самооцінювання впливу на формування панічних атак. Особи, яких було залучено до участі у дослідженні, мали заповнити бланк анкети, у якому містяться десять питань закритого та відкритого типу. Кожна відповідь оцінювалася відповідною кількістю балів (від 1 до 5). Отримані результати є конфіденційною інформацією. Опитування було анонімним та не піддається розголошу.

Питання анкети мають на меті зібрати дані щодо наявності стресу у житті досліджуваних; основних причин стресу; симптоми стресу; вплив стресу на здоров'я; вплив стресу на життя; засоби подолання стресу; наявності підтримки у стресових ситуаціях; наявність панічних атак; періодичність (частоту) панічних атак; суб'єктивну думку щодо стресу як чинника панічних атак.

2) Емоційну складову осіб з панічними атаками досліджували такими критеріями: тривожність та стрес.

Для визначення рівня тривожності запропоновано методику реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілгергера (Додаток Б). Ми обрали дану методику, щоб визначити тривожність особи з панічними атаками, оскільки високий рівень тривожності призводить до порушень функцій організму та появи чи схильності до панічних атак. Методика реактивної та особистісної тривожності широко поширена у психологічних дослідженнях. Призначенням методики є визначення реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності, що можливо здійснити, відповівши на питання двох шкал.

Реактивна (ситуативна) тривожність є тимчасовим емоційним станом, виниканим конкретною ситуацією. Шкала стану тривоги (ситуативної тривожності) допомагає оцінити поточний стан тривоги особистості з панічними атаками, що вимірюється «прямо зараз», оцінюючи показники

суб'єктивності, відчуття страху, напруженості, нервозності, неспокою та збудження вегетативної нервової системи. Вказані емоційні реакції є наслідком стресової ситуації, а їх інтенсивність може змінюватися.

Показниками реактивної тривожності є реакції:

напруження «тут і зараз»;
інтенсивності переживання стресу;
на поточні події.

За шкалою особистої тривожності, яка виступає стійкою індивідуальною характеристикою людини, маємо можливість оцінити звичну реакцію на появу різних життєвих ситуацій за показниками:

схильності до переживання тривоги в цілому;
загального рівня емоційної напруги;
особливості особистості.

Комплексне вимірювання ситуативної (реактивної), яка є тимчасовою реакцією та (особистісної) тривожності, яка є стійкою особистісною рисою, досліджує повну картину емоційного стану людини.

Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілгергера вважається простою й ефективною. Її унікальність полягає у одночасному визначенні рівня реактивної і рівня особистісної тривожності, тоді як методики, розроблені іншими психологами-практиками досліджують або ту, або іншу складову. Дана методика є єдиною, яка здатна диференціювати тривожність і як особистісну властивість, і як стан особистості.

Результати діагностики за шкалою реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілгергера визначають такі рівні особистісної тривожності:

високий рівень;
середній рівень;
низький рівень.

Для визначення рівня стресу пропонуємо використовувати Шкалу психологічного стресу PSM-25 (Додаток В). Методика є психодіагностичним опитувальником, за яким маємо можливість визначити рівень психоемоційного

стресу та ступінь психологічного напруження особи з панічними атаками.

Опитувальник оцінює рівень відчуття стресу у повсякденному житті з урахуванням емоційних, фізіологічних, поведінкових проявів напруження.

Респондентам пропонувалося відповісти на 25 тверджень, оцінюючи періодичність та вираженість переживання певних станів. Кожна відповідь відповідає певній кількості балів.

За результатами методики можемо визначити такі рівні стресу:

низький рівень стресу;

помірний рівень;

високий рівень психологічного стресу.

3) Поведінкову складову за критерієм стресостійкості осіб з панічними атаками визначали на основі методики Тест на визначення стресостійкості особистості за В. А. Семіченко (Додаток Г). Застосовуючи дану методику, ми мали змогу визначити здатність подолання стресів як властивість особистості. Питання методики побудовані таким чином, аби відповіді вказали на особливості впливу стресу на особи з панічними атаками.

Методика спрямована на дослідження здатності особистості до збереження емоційної рівноваженості, самоконтролю та ефективності поведінки за умов перебування у психоемоційному напруженні. За результатами методики можемо здійснити оцінку особливостей реакції людини на появу стресових ситуацій, рівня адаптації до життєвих труднощів, а також схильності до дезорганізації поведінки під впливом стресу.

Доцільність використання методики саме у процесі дослідження поведінкової складової осіб із панічними атаками обумовлена супроводженням панічних атак зниженим рівнем стресостійкості, труднощів саморегуляції та формуванням унікальної поведінки. За результатами тесту можемо визначити рівень психологічної витривалості особистості та виявити аспекти особливостей поведінкової реакції у стресових ситуаціях.

4) Когнітивну складову у вигляді рівня депресії досліджували шляхом використання методики Шкала безнадійності А. Бека (Додаток Д) [45, с. 134].

Методика спрямована на виявлення обмеженого набору найбільш релевантних і значущих симптомів депресії. Теоретичну основою методики становить когнітивна теорія психічних процесів [45, с. 134]. Результати діагностики за даною методикою допоможуть визначити рівень безнадійності, песимістичні установки та негативне бачення майбутнього. Когнітивні особливості особистості з панічними атаками вбачаються у негативному прогнозуванні, зневіри у позитивних змінах та формуванні переконань песимістичного характеру.

Шкала містить твердження, які є відображенням оцінки респондентом ступеню своєї згоди або незгоди твердженнями, розробленими авторами методики, що надає можливості визначення рівня безнадійності — низького, помірного або високого.

Для дослідження осіб з панічними атаками використання даної методики має доцільність, адже панічні атаки характеризуються наявністю негативних автоматичних думок, катастрофізації та відчуття безпорадності. За допомогою методики можливе виявлення когнітивного викривлення й особливостей мислення, які можуть слугувати підтримкою або посиленням тривожних та панічних проявів.

Таким чином, ми обрали методики дослідження осіб з панічними атаками, поєднання яких допоможе виконати завдання експериментального дослідження.

2.3 Корекційні заходи з реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками

Провівши експериментальне дослідження осіб з панічними атаками, ми виявили необхідність проведення з респондентами корекційних заходів з подолання панічних атак.

Розроблена корекційна програма з подолання панічних атак буде корисною для фахівців, діяльність яких пов'язана із практичною психологією. Реалізація

системи корекційних заходів підтримки осіб з панічними атаками передбачає:

- зниження рівня стресу;
- зниження рівня тривожності;
- підвищення рівня стресостійкості;
- покращення емоційного стану.

Психологічна підтримка осіб з панічними атаками передбачає участь респондентів у корекційних заходах, форма проведення яких – груповий тренінг з включеними арт-терапевтичними вправами [31, с. 45]. Для даних осіб корекційна робота у груповій формі підходить якнайкраще, оскільки має ряд позитивних переваг [33, с. 140].

Програма заснована на проведенні тренінгових занять у кількості - 6.

Доцільно проводити тренінгові заняття два рази на тиждень.

Кожне тренінгове заняття триватиме від 35 до 65 хв.

Формування групи передбачає участь 15 осіб.

Реалізація програми розрахована на 3 тижні.

Рекомендовано проведення тренінгу у режимі он-лайн шляхом використання платформи Zoom Workplace.

Розроблена Програма психологічної підтримки осіб з панічними атаками у формі групового тренінгу використовувалися техніки арт-терапії.

Мета програми полягає у стабілізації емоційної, когнітивної, поведінкової, фізіологічної сфери особистості, використовуючи арт-терапевтичний підхід.

Завдання корекційної програми полягають у:

- зниженні рівня тривожності;
- зниженні рівня стресу;
- підвищенні рівня стресостійкості;
- зниження рівня безнадійності.

Заняття з арт-терапії передбачає поетапне проведення:

I етап: завдання - налаштуватися на виконання творчої роботи.

II етап: завдання - актуалізувати діяльність.

III етап: завдання - реалізувати індивідуальну творчу діяльність.

IV етап: завдання: - активізувати комунікативну діяльність.

V етап: завдання – зробити самоаналіз.

Програма психологічної підтримки осіб з панічними атаками має таку структуру (див. таб. 3.1):

Таблиця 2.1 – Структура Програми психологічної підтримки осіб з панічними атаками

№ заняття	Хід заняття	Тривалість заняття
1	Привітання Техніка «Напруження-розслаблення» Техніка «Лялька-мацанка» Прощання	5-7 хв 65 хв
2	Привітання Техніка «Дерево настрою» Прощання	55 хв
3	Привітання Техніка «Каракулі-маракулі» Прощання	50хв
4	Привітання Техніка «Монотипія» Прощання	45 хв
5	Привітання Техніка «Моє ресурсне дерево» Прощання	35 хв
6	Привітання Техніка «Вінок емоцій». Прощання	35 хв

Розкриємо зміст запропонованих арт-терапевтичних технік у рамках Програми психологічної підтримки осіб з панічними атаками

Техніка «Напруження-послаблення»

Мета полягає у гармонізації емоційного стану, зняття напруженості

Завдання: зменшення внутрішньої напруги, покращення самопочуття, зниження інтенсивності тривожних проявів.

Напрямок корекційної роботи: тілесно-орієнтована терапія

Інвентар: засіб для забезпечення комфортного положення тіла.

Час: 5-10 хв.

Виконання:

1. Виконувати вправу доцільно на першому занятті. Основне завдання: зосередження на правій руці, необхідність максимального напруження руки.
2. Зниження напруження черед 10 секунд, розслаблення руки.
3. Проведення маніпуляцій з іншою рукою.
4. Переключення уваги передбачає зйження напруги.
5. Зниження м'язової напруженості понижує емоційну напругу.
6. Рефлексія на тему своїх вражень.

Висновки: у ході тілесно-орієнтовної терапії знижено емоційну напругу, послаблено м'язову напругу, подолано фізичний дискомфорт, гармонізовно свій психоемоційний стан, сформовано відчуття внутрішньої опори і набуття ресурсу для самодопомоги.

Техніка «Лялька-мацанка»

Мета полягає у зниженні емоційної напруги, зниження рівня страху, стабілізації емоційногокомпоненту, самоусвідомленні

Завдання: подолання негативних емоцій; подолання страхів, зниження рівня тривожності; створення ляльки-антистрес, набуття навичок контролю емоцій

Напрямок: лялькотерапія

Інвентар: трикотажна шкарпетка, набір ниток, набір голок, пряжа, клей, набір кольорового картону або 2 гудзики; набір кольорових стрічок, намисто, паєтки, 250 грамів будь-як крупи, ємність

Час: 65 хв.

Виконання:

1. Сформулювати спогад негативної емоції.
2. Опис своїх відчуттів (наприклад, гніву). Пригадати фізичні відчуття – втрату спокою, енергії і ін..

3. Вибір предмету з приготованого інвентарю (наприклад, одну намистинку). Наділити даний предмет позитивною якістю, втрата якого пов'язана з негативною емоцією.

4. Письмовий опис обраної якості.

5. Переміщення намистинки на долоню. Подумки надішліть силу до намистини як символ втраченої якості.

6. Проведення психологічного аналізу свого внутрішнього стану. Отримайте відповідь щодо втраченого стану, відчуттів, фізичного стану. Сформулюйте необхідні дії та засоби для повернення позитивної емоції, а разом з тим і спокою.

7. Створення ляльки-антистрес. Обрати крупу. Виготовити ляльку-антистрес у вигляді колобка чи капітошки. Зав'язати шкарпетку, наповнити крупою, помстити намистинку.

Сформулювати колобка, наклеїти очі і вуста, намалювати усміхнене обличчя. Назвати ляльку ім'ям. Поспілкуватися з лялькою.

8. Сформулювати відповіді на запитання щодо ім'я ляльки, вподобань, схожості з вами, думок ляльки про намистинку, формулювання порад для створеної ляльки, життєвих цілей ляльки.

Висновки: за допомогою даної техніки відбувається стабілізація емоційного стану, заспокоєння та опанування емоцій.

Техніка «Дерево настрою»

Мета полягає у зниженні тривоги, стабілізації емоцій

Напрямок: ізотерапія/кляксографія

Завдання: приборкання емоцій, заспокоєння, подолання страхів

Інвентар: набір акварельних фарб, набір трубочки для коктейлю, кілька вушних паличок, пензлі, палітра, ватман формату А3.

Час: 55 хв.

Виконання:

1. Назвати гативне почуття, яке потребує знищення.

2. Прислухатися до відчуттів щодо місцезнаходження у тілі даного

почуття.

3. Акварельною фарбою заплямовувати ватман.

4. Глибоко вдихнувши, уявити негативне почуття, видуги уявно трубочку на залямований ватман. Обертаючи ватман, створити зображення, схоже на дерево або куш. Намалювати вушними паличками, поролоном, пензлем, зубною щіткою крону дерева з плодами.

5. «Малювати» до повного задоволення.

Висновки: техніка сприяє вивільненню тривоги, агресії, образи, страху та ін.

Техніка «Каракулі-маракулі»

Мета полягає у знятті емоційної напруги, зйженні стану тривожності тривожного стану та розвиток креативного мислення.

Напрямок: проєктивна психотерапія.

Завдання: стабілізація емоційного стану, зйження рівня тривожності, розвиток креативного мислення

Інвентар: ватман розміру А-3, набір кольорових маркерів (фломастерів, олівців).

Час: 40 хв.

Виконання:

1. Мамалювання на папері довільної фігури (квадрату, ромбу, хвилястої лінії та ін.).

2. Доповнення партнером малюнку іншою фігурою. Чергувати дії.

3. Створення казки чи розповіді щоо опису намальованого образу.

Висновки: за допомогою техніки відбувається заспокоєння та зйження рівня тривожності.

Техніка «Монотипія»

Мета полягає у зйженні рівня стресу, підвищенні рівня стресостійкості.

Завдання: подолання негативних психічних станів, розвиток навичок самоконтролю власних емоцій.

Напрямок: образотерпія.

Інвентар: аркуш А-4, набір фарб, склана поверхня, набір вушних паличок, пальців і ін.).

Час: 40 хв.

Виконання:

1. Нанесення кольорової фарби.
2. Зробити відбиток на прикладеному аркуші паперу.
3. Дочекатися висихання.
4. Домальовування елементів.
5. Обговорення своїх спостережень та вражень.
6. Розповідь про отримані почуття та емоції. Описати враження.
7. Описати відбиток.

Висновки: подолання негативних станів, розвиток самоконтролю.

Техніка «Моє ресурсне дерево»

Мета полягає в усвідомленні особистісної самоцінності

Завдання: виявити свої позитивні якості.

Напрямок: проєктивна психотерапія.

Інвентар: фото, де зображено стрункі, красиві, квітучі дерева; набір фломастерів, набір фарби.

Час: 50 хв.

Виконання:

1. Вибір зображення дерева.
 2. Описування обраного дерева: його властивостей.
 3. Зображення недостатніх елементів біля дерева. Описати зміни на фото.
- Сформулювати користь елементів для дерева.

Висновки: підвищення емоційної та поведінкової складової.

Техніка «Вінок емоцій»

Мета полягає в активізації емоційної та когнітивної складової

Завдання: отримання навичок роботи з власними емоціями, корекція поведінкової складової.

Напрямок: колажування.

Інвентар: набір картону, набір кольорового паперу, ножиці, клей.

Час: 40 хв.

Виконання:

1. Малювання великого кола; усередині кола менше коло. Вирізання фігури.
2. Вирізання різних фігурок (кружечків, листочків і ін.), розміром близько 7 см. у відповідності до емоцій клієнта.
3. Приклеєння елементів до вінка.
4. Складання розповіді про свій віночок.
5. Коментар своїх вражень від результату.
6. Якщо отриманий віночок гарний - зберігати, а якщо не гарний – позбутися.

Висновки: вивільнення своїх емоцій, корекція когнітивної складової.

Отже, розроблена Програма психологічної підтримки осіб з панічними атаками передбачає використання арт-терапевтичних техніки, внаслідок чого знижено рівень тривожності, підвищено рівень стресостійкості, знижено рівень безнадійності.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

1. Для досягнення мети дослідження осіб із панічними атаками фахівцями використовується комплекс, зміст яких полягає у поєднанні: психологічних методів; медичної діагностики; аналізу фізіологічних реакцій. У дослідження осіб з панічними атаками використовуються такі методи: опитування, яке проводиться в усній формі (бесіда) та письмовій формі (анкета); анкетування є засобом отримання нових найбільш значущих у процесі дослідження знань; метод спостереження, суність якого вбачається тому, аби спостерігати за учасником, реєструвати психологічні фактит та пояснювати їх; самоспостереження (інтроспекція) як різновид методу спостереження, який полягає у отриманні даних, які характеризують особливості внутрішнього світу

на особистісному рівні; метод тестування; експертної оцінки, сутність якого полягає у здійсненні фахівцями аналізу стан людини, керуючись професійними знаннями, спостереженнями і визначеними критеріями.

2. У ході дослідження осіб з панічними атаками пропоновано досліджувати фізіологічну складову (здоров'я); емоційну складову (рівень тривожності; рівень стресу); поведінкову складову (рівень стресостійкості); когнітивну складову (рівень безнадійності). Для дослідження фізіологічної складової розроблено Авторську анкету для самооцінювання впливу стресу на здоров'я осіб з панічними атаками. Емоційну складову осіб з панічними атаками досліджували такими критеріями: тривожність та стрес. Для визначення рівня тривожності запропоновано методику реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілгергера. Для визначення рівня стресу пропонуємо використовувати Шкалу психологічного стресу PSM-25. Поведінкову складову за критерієм стресостійкості осіб з панічними атаками визначали на основі методики Тест на визначення стресостійкості особистості за В. А. Семіченко. Когнітивну складову у вигляді рівня депресії досліджували шляхом використання методики Шкала безнадійності А. Бека.

3. Розроблено Програму психологічної підтримки осіб з панічними атаками. Форма проведення корекційних заходів - груповий тренінг з включеними арт-терапевтичними вправами. Програма заснована на проведенні тренінгових занять у кількості - 6. Доцільно проводити тренінгові заняття два рази на тиждень. Кожне тренінгове заняття триватиме від 35 до 65 хв. Формування групи передбачає участь 15 осіб. Реалізація програми розрахована на 3 тижні. Мета програми полягає у стабілізації емоційної, когнітивної, поведінкової, фізіологічної сфери особистості, використовуючи арт-терапевтичний підхід. Завдання корекційної програми полягають у: зниженні рівня тривожності; зниженні рівня стресу; підвищенні рівня стресостійкості; зниження рівня безнадійності.

Пропонуємо у межах групового тренінгу використовувати ряд арт-терапевтичних технік, які є ефективними у виконанні корекційної функції, а

саме: «Лялька-мацанка», «Каракулі-маракулі», «Монотипія», «Моє ресурсне дерево», «Вінок емоцій».

Отже, психологічна допомога особам з панічними атаками спрямована на зниження рівня тривожності та емоційної напруги, подолання страху, зниження рівня стресу та підвищення стресостійкості. Ефективним є використання у межах групового тренінгу технік арт-терапії.

РОЗДІЛ 3

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСІБ З ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ

3.1 Організація експериментального дослідження

В сучасний період актуальності набуло питання поширення явища панічних атак, що обумовлено наявністю значної кількості осіб з високим рівнем тривожності. Основною причиною даного феномену є стрес, пов'язаний із перебуванням в умовах воєнного стану. Тому доцільним є проведення експериментального дослідження осіб з панічними атаками та надання їм корекційної психологічної допомоги.

Експериментальне дослідження осіб з панічними атаками проводилося на базі ГО «Чернігово-Сіверська Січ» м. Чернігова. В експерименті приймали участь 80 осіб віком 17-23 років (40 осіб жіночої статі та 40 осіб чоловічої статі), з якими проводилося експериментальне дослідження із застосуванням психодіагностичних методик у режимі онлайн шляхом використання платформи Zoom Workplace.

Експериментальне дослідження є спеціально організованим дослідженням, метою проведення якого є перевірка ефективності застосування корекційних заходів у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками з використанням арт-терапевтичних технік.

За допомогою експериментального дослідження відбувалося вирішення таких завдань:

- самооцінювання впливу стресу на здоров'я осіб з панічними атаками;
- визначення рівня тривожності;
- визначення рівня стресу;
- визначення рівня стресостійкості;
- визначення рівня безнадійності;

- підтвердження дієвості застосування корекційних заходів у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками з використанням арт-терапевтичних технік.

Визначено етапи експериментального дослідження осіб з панічними атаками:

I етап – проведення теоретичного аналізу наукових джерел щодо проблеми панічних атак, детермінантів та симптомів, а також форм та методів психологічної допомоги особам з панічними атаками.

II етап – констатувальний етап, який полягає у проведенні констатувального експерименту. Реалізація констатувального експерименту відбувається на початковому етапі дослідження [1, с. 170]. Мета констатувального етапу дослідження осіб з панічними атаками полягає у визначенні впливу стресу на формування панічних атак, проведенні корекційної психологічної допомоги та аналізі ефективності застосування корекційних заходів у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками з використанням арт-терапевтичних технік.

Щоб досягнути мету констатувального етапу експерименту, необхідно виконати такі завдання:

обрати діагностичні методики для експериментального дослідження;

здійснити діагностику осіб з панічними атаками на самооцінювання впливу стресу на здоров'я осіб з панічними атаками;

здійснити діагностику осіб з панічними атаками на визначення рівня тривожності;

здійснити діагностику осіб з панічними атаками на визначення рівня стресу;

здійснити діагностику осіб з панічними атаками на визначення рівня безнадійності;

здійснити діагностику осіб з панічними атаками на визначення рівня стресостійкості.

III етап полягає у розробці корекційних заходів у реалізації психологічної

підтримки осіб з панічними атаками з використанням арт-терапевтичних технік.

IV етап – формувальний етап експериментального дослідження. На даному етапі поведено У ході експерименту боло проведено повторну діагностику осіб з панічними атаками за методиками, використання яких здійснювалося на етапі констатувального експерименту. Мета формувального експерименту полягає у перевірці ефективності використання корекційних заходів у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками з використанням арт-терапевтичних технік.

V етап - аналіз експериментального дослідження осіб з панічними атаками.

Під час дослідження осіб з панічними атаками вирішено проводити дослідження таких складових:

1) фізіологічну складову:

здоров'я;

2) емоційну складову:

рівень тривожності;

рівень стресу;

3) поведінкову складову:

рівень стресостійкості.

4) когнітивну складову:

рівень безнадійності.

Маємо вказати на доцільність вибору даних критеріїв, зважаючи на постійні стреси у нашому житті в умовах війни, тривалість перебування у стані стресу формує підвищений рівень тривожності, отже зростає ризик виникнення панічних атак. Тому важливим також є вивчення рівня стресостійкості як захисної реакції психіки на стрес. Також для повноти дослідження корисно виявити рівень безнадійності, оскільки тривалі стреси та тривожність впливають на формування депресії, що може бути притаманно особам з панічними атаками.

Для виконання завдань дослідження використовувалися наступні методи:

анкетування, тестування, спостереження. Також використовувався метод статистичного аналізу отриманих даних для визначення взаємозв'язку стресу з панічними атаками.

Для проведення експериментального дослідження осіб з панічними атаками обрано наступний діагностичний інструментарій:

авторську анкету для самооцінювання впливу стресу на здоров'я осіб з панічними атаками;

методику реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілгергера;

Шкалу психологічного стресу PSM-25;

Тест на визначення стресостійкості особистості за В. А. Семіченко;

Шкалу безнадійності А. Бека.

Обраних методик дозволяють визначити критерії дослідження:

тривожність;

схильність до стресу;

безнадійність;

стресостійкість.

Визначено рівні особистісної тривожності, стресу, стресостійкості, безнадійності:

високий рівень;

середній рівень;

низький рівень.

Вважаємо, що вибір та поєднання діагностичних методик сприятиме визначенню впливу стресу на формування тривожності та появу панічних атак. А такі компоненти як тривожність, стрес, стресостійкість та безнадійність є важливим показником схильності панічних атак. Використовуючи дані методи дослідження сприяло визначенню особливостей корекційних заходів у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками з використанням арт-терапевтичних технік.

3.2 Експериментальне дослідження

Представимо аналіз та інтерпретацію результатів експериментального дослідження. Досліджуючи фізіологічну складову та провівши анкетне опитування за розробленою авторською анкетой виявлено наявність гендерних особливостей переживання стресу, стресостійкості та поширення панічних атак.

На питання: як часто респонденти відчувають стрес? 75% жінок та 30% чоловіків - майже щодня; кілька разів на тиждень відчувають стрес 25% жінок та 10% чоловіків.

Серед основних причин стресу жінки вказали наявність подій, пов'язаних з війною та нестабільністю, емоційного перенавантаження та невизначеності майбутнього. Чоловіки вказують на наявність фінансових труднощів, професійної невизначеності навчального навантаження.

Аналізуючи прояви стресу, ми виявили порушення сну у 47,5% жінок та 25% чоловіків. 30% жінок і 10% чоловіків відчувають прискорене серцебиття; пітливість відчувають 15% жінок, а прискорене серцебиття – 12,5% чоловіків.

Погане самопочуття та погіршення фізичного здоров'я через тривалий стрес відчували 77,5% жінок та 37,5% чоловіків. Відзначили значний негативний вплив стресу на якість життя 72,5% жінок та 37,5% чоловіків.

Жінки відзначили, що використовують такі способи подолання стресу як спілкування з близькими; відпочинок; психологічну підтримку. Причому серед чоловіків більшість віддали перевагу фізичній активності, хобі та уникненню страсоїз ситуацій.

Панічні атаки відчували 50% опитаних жінок та 12,5 опитаних чоловіків. Як бачимо, чоловіків потерпають від панічних атак приблизно у 4 рази менше.

82,5% жінок та 47,5% чоловіків виділяють стрес як вагомий та основний чинник виникнення панічних атак.

Результати самооцінювання впливу стресу на здоров'я вказують на більшу схильність жінок до панічних проявів, частіше переживання високого рівня стресу та емоційного напруження. У чоловіків рівень стресу можна

спостерігати як низький або помірний. Схильність до панічних атак у чоловіків приблизно у чотири рази менша, ніж у жінок.

Результати дослідження емоційної складової представимо у вигляді результатів діагностики за методикою реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера та Шкалою психологічного стресу PSM-25.

Під час дослідження реактивної та особистісної тривожності за методикою Ч. Спілбергера ми отримали такі результати за шкалою реактивної тривожності:

низький рівень реактивної тривожності виявлено у 12% жінок та 35% чоловіків;

середній рівень реактивної тривожності мають 23% жінок та 45% чоловіків;

високий рівень реактивної тривожності мають 65% жінок та 20% чоловіків;

Результати дослідження реактивної тривожності за методикою Ч. Д. Спілбергера зобразимо на рисунку 3.2.1:

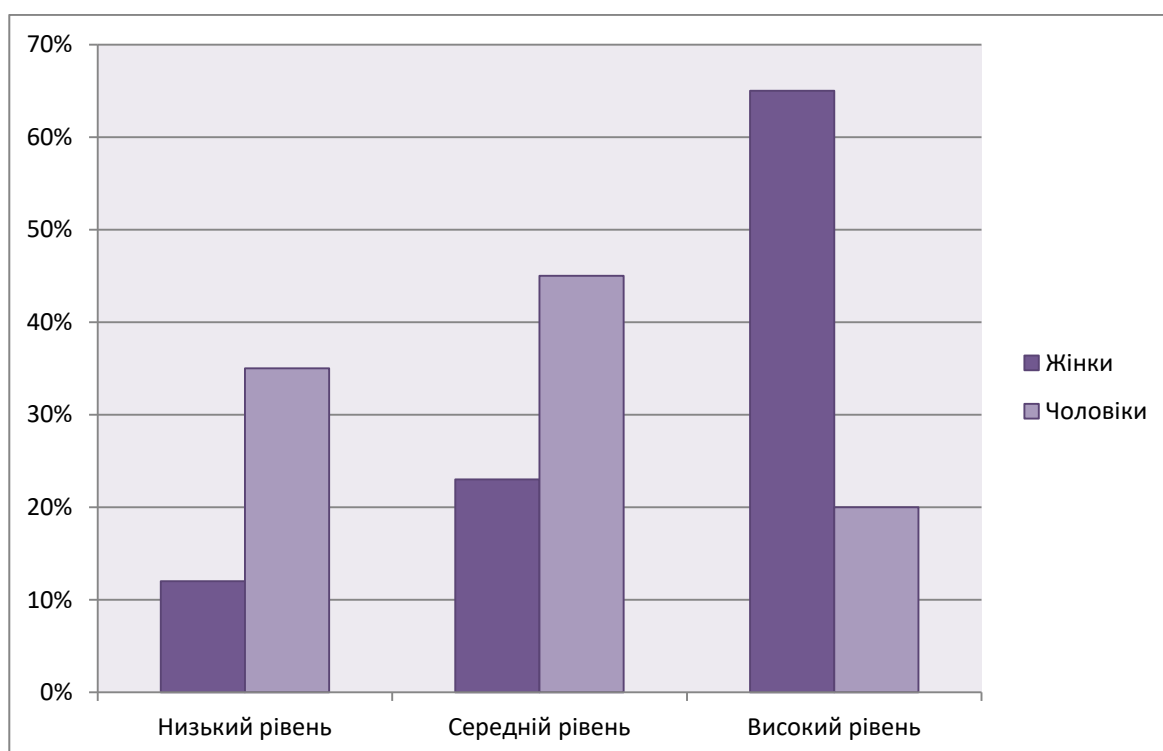


Рисунок 3.2.1 – Результати діагностики реактивної тривожності за методикою Ч. Спілбергера

Отримані результати свідченням значно частішої демонстрації у жінок високого рівня ситуативної тривожності, тоді як для чоловіків характерним є переважна більшість помірних та низьких показників.

Результати дослідження за шкалою особистісної тривожності вказують на наявність у 62,5% жінок та 20% чоловіків високого рівня особистісної тривожності

Середній рівень особистісної тривожності виявлено у 32,5% жінок та 45% чоловіків

Низький рівень особистісної тривожності можемо бачити у 5% жінок та 35% чоловіків.

Результати діагностики за шкалою особистісної тривожності за методикою Ч. Спілбергера зобразимо на рис. 3.2.2.

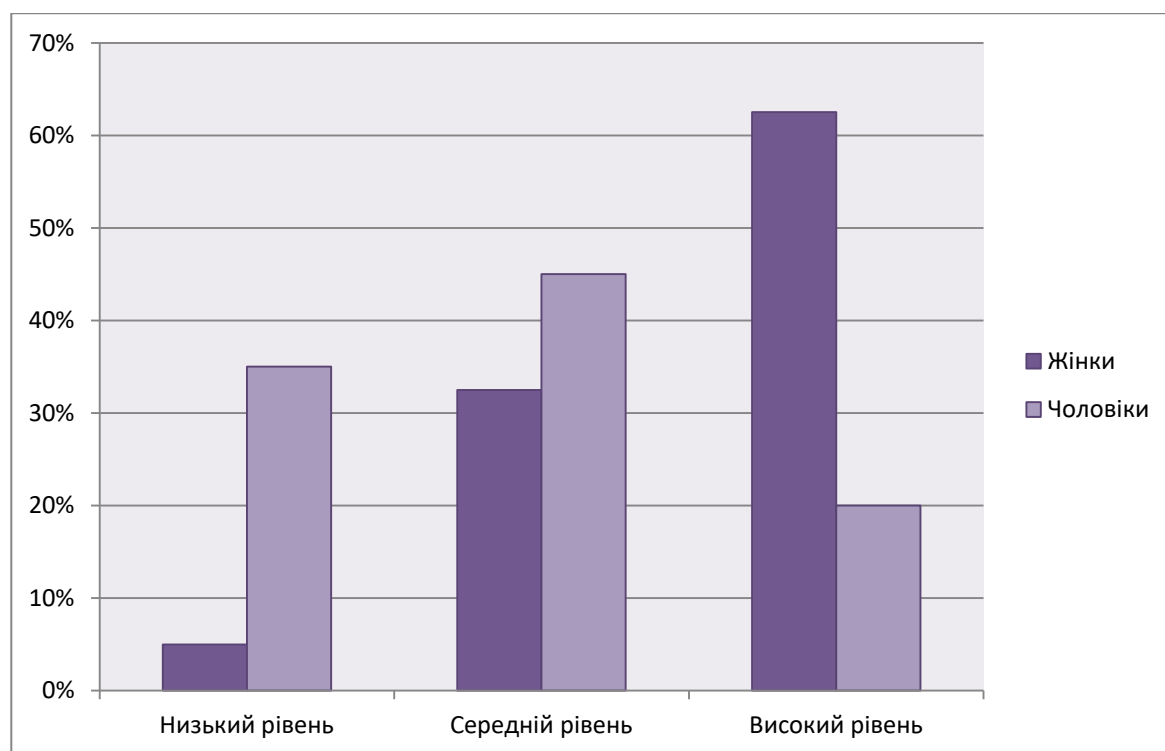


Рис. 3.2.2 – Результати діагностики особистісної тривожності за методикою Ч. Спілбергера

За результатами діагностики за шкалою особистісної тривожності можемо зробити висновки щодо більшій схильності жінок до стійкого переживання тривоги як особистісної характеристики, а для чоловіків

характерним є наявність помірного або низького рівня особистісної тривожності.

У загальному випадку бачимо наявність у опитаних жінок – учасниць експерименту значно вищих показників як реактивної, так і особистісної тривожності у порівнянні з опитаними чоловіками. У чоловіків переважно відзначається помірний та низький рівні тривожності, що є свідченням нижчої схильності до інтенсивного переживання тривоги та емоційної напруги. Завдяки отриманим даним підтверджено наявність гендерних особливостей емоційного реагування у осіб із панічними проявами.

Здійснивши діагностику жінок і чоловіків за Шкалою психологічного стресу PSM-25, ми отримали такі результати:

Прояви високого рівня психологічного стресу мають 62,5% жінок і 22,5% чоловіків. Середній рівень психологічного стресу виявлено у 27,5% жінок і 45% чоловіків.

Низький рівень стресу мають 10% жінок і 32,5% чоловіків.

Результати діагностики зобразимо на рис. 3.2.3.

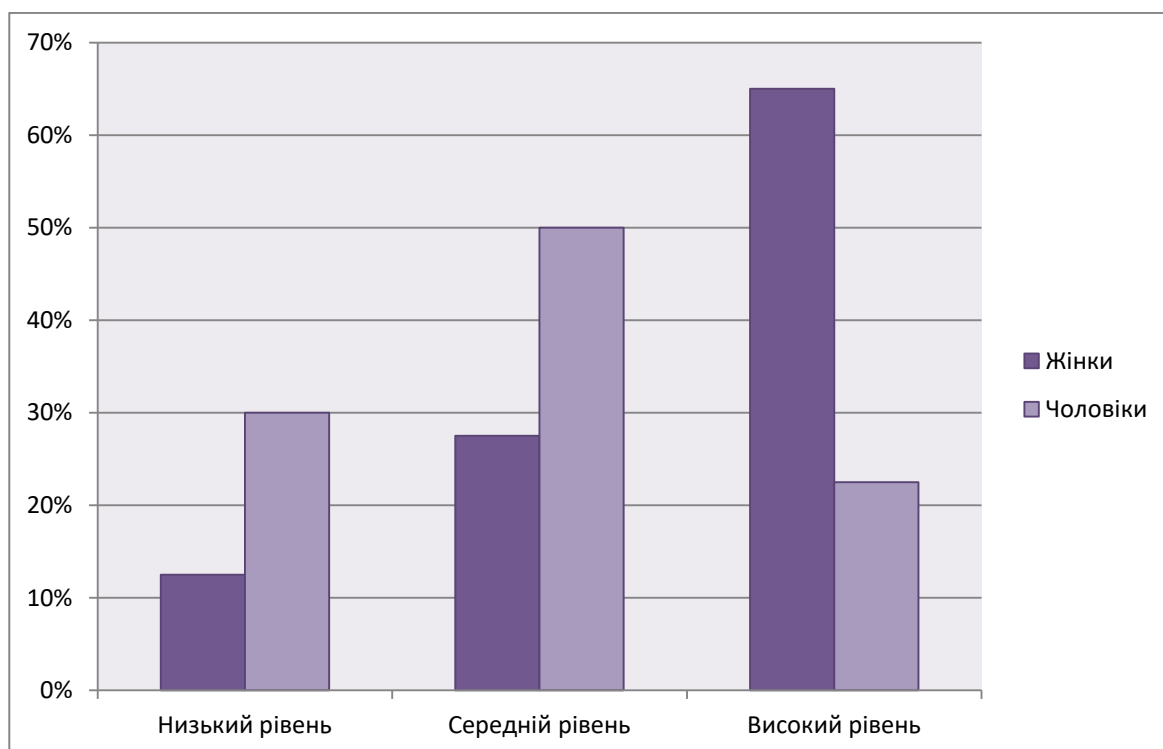


Рисунок 3.2.3 – Результати діагностики за Шкалою психологічного стресу PSM-25

На основі отриманих результатів дослідження рівня психологічного стресу можемо зробити висновки значно частішу демонстрацію жінками високого рівня психологічного стресу, який може мати такі прояви у вигляді:

- емоційного напруження;
- підвищеної тривожності;
- психофізичного виснаження;
- порушень сну та погіршення самопочуття.

Для чоловіків характерними є показники середнього та низького рівня стресу, що є свідченням нижчого рівня суб'єктивних переживань психоемоційного напруження. Можемо помітити у більшій кількості осіб чоловічої статі майже у три рази, котрі мають низький рівень стресу.

Результати, отримані внаслідок використання методики PSM-25 підтверджують значно вищі у жінок показники психологічного стресу та емоційного напруження, тоді як респонденти чоловічої статі мають помірний або низький рівень стресу, що є свідченням більшої вразливості жінок до впливу стресових ситуацій і вищої схильності до розвитку тривожних та панічних проявів.

Поведінкову складову досліджували за критерієм стресостійкості та визначали на основі Тесту на визначення стресостійкості особистості за В. А. Семіченко. За даним критерієм діагностики на визначення рівня стресостійкості ми отримали результати, які вказують на відмінності у реагуванні на стрес респондентів чоловічої та жіночої статі.

Результати дослідження за методикою на визначення стресостійкості особистості за В. А. Семіченко вказують на наявність у 12,5% жінок та 30% чоловіків високого рівня стресостійкості.

Середній рівень стресостійкості виявлено у 27,5% жінок та 50% чоловіків

Низький рівень стресостійкості діагностовано у 65% жінок та 20% чоловіків.

Результати діагностики на визначення рівня стресостійкості зобразимо на

рис. 3.2.4.

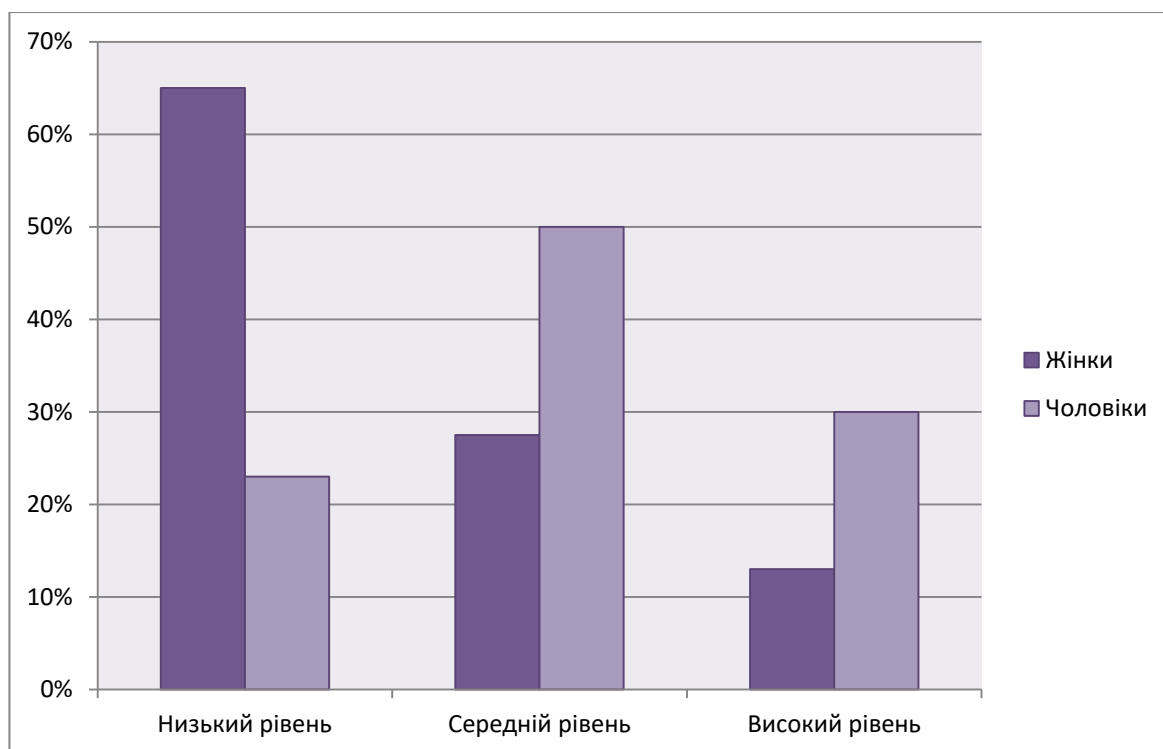


Рисунок 3.2.4 – Результати діагностики за методикою на визначення стресостійкості особистості за В. А. Семіченко

Можемо констатувати отримання обернено пропорційних результатів до тих, що визначають рівень стресу. Результати вказують значно частішу демонстрацію жінками низького рівня стресостійкості, провами якого є:

- підвищена емоційна вразливість;
- труднощі саморегуляції;
- схильність до дезорганізованої поведінки у стресових ситуаціях;
- унікальна поведінка та посилення тривожних реакцій.

У респондентів чоловічої статі переважним виявлено середній та високий рівень стресостійкості, що є свідченням кращої здатності контролю поведінки та адаптації до стресових умов.

Наявність високого рівня стресостійкості у чоловіків вказує на більшу вираженість психологічної витривалості чоловіків у стресових ситуаціях.

На основі отриманих результатів дослідження поведінкової складової

можна зробити висновок про нижчий рівень стресостійкості у жінок, ніж у чоловіків, тому жінки мають більшу схильність до дезадаптивних поведінкових реакцій у стресових ситуаціях. Для чоловіків природнім є більша психологічна витривалість, що є забезпеченням кращої адаптації до психоемоційного навантаження та нижчої схильності до панічних проявів.

Когнітивну складову у вигляді рівня депресії досліджували шляхом використання методики Шкала безнадійності А. Бека. Високий показник є свідченням наявності важкої безнадійності, середній рівень свідчить про наявність помірної безнадійності, низький рівень вказує на прояви легкої безнадійності.

Помірну безнадійність виявлено у 34% жінок та 45% досліджуваних чоловіків. У 13% жінок та 38% чоловіків виявлено легку безнадійність. Важку безнадійність діагностовано у 60% жінок та 17% чоловіків.

Ми не виявили осіб без ознак репресивності, що вказує на вплив стресу на появу депресії у респондентів. Результати діагностики за шкалою безнадійності А. Бека зобразимо на рис. 3.2.5.

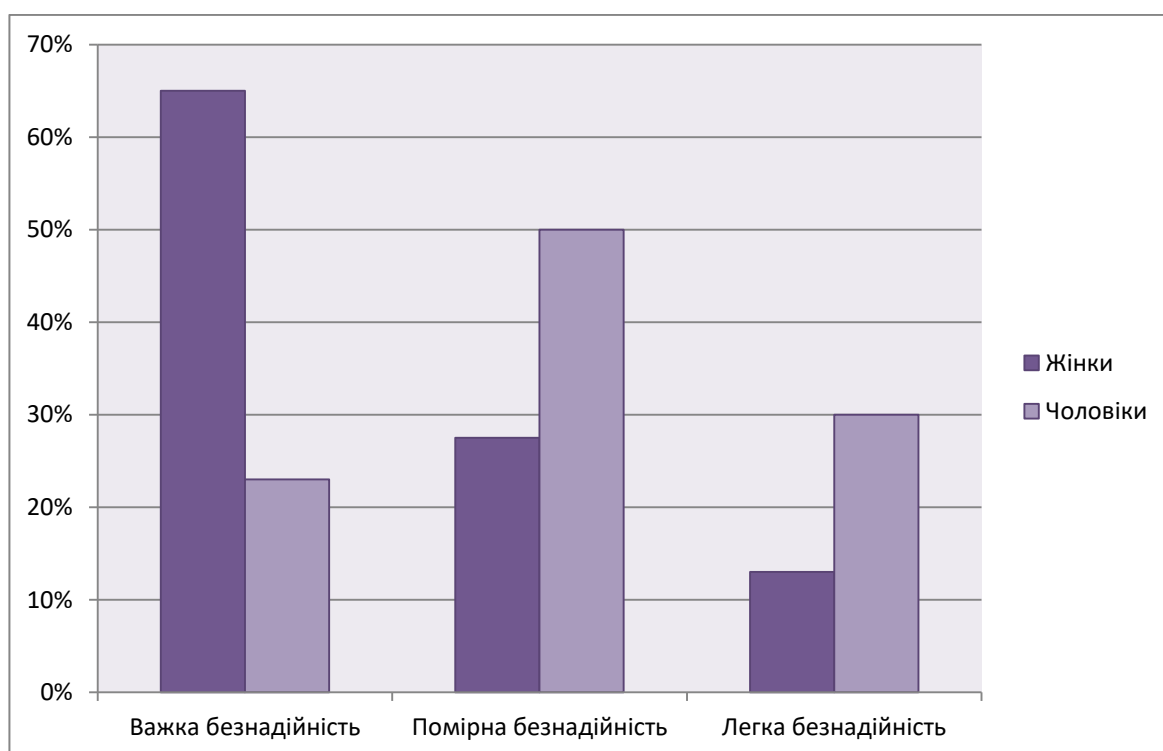


Рисунок 3.2.5 – Результати діагностики за шкалою безнадійності А. Бека

Результати дослідження вказують на значно частішу демонстрацію жінками високого рівня безнадійності, проявам якого є: песимістичне сприйняття майбутнього; негативні автоматичні думки; безпорадність; схильність до катастрофізації ситуацій.

Продіагностовані чоловіки показали перевагу у середніх та низьких показниках безнадійності, що є свідченням менш вираженої схильності до негативних прогнозів та когнітивних викривлень.

У чоловіків виявлено кращу когнітивну стійкість до негативного впливу, який чинять стресогенні фактори.

Результати діагностики за шкалою безнадійності А. Бека надали можливості встановити більш високий рівень безнадійності у порівнянні з опитаними чоловіками. Вони негативно мислять та песимістично сприймають майбутнє, внаслідок чого може бути підсилення тривожних й панічних проявів. Виявлені показники рівня депресії у чоловіків вказують на наявність у них когнітивної стійкості та меншої схильності до розвитку депресивних переживань.

З метою реалізації завдань експериментального дослідження осіб з панічними атаками, доцільно здійснити порівняльний аналіз показників, отриманих під час діагностування жінок і чоловіків, використовуючи t-критерій Стьюдента. Аналізуємо показники, за якими проводили дослідження: стривожність, стрес, стресостійкість, безнадійність.

Визначимо статистично значимі показники дослідження осіб з панічними атаками та занесемо їх у таблицю 3.2.1.

Таблиця 3.2.1 – Статистично значимі показники дослідження осіб з панічними атаками за результатами вирахування t-критерія Стьюдента

Критерії	Жінки		Чоловіки		t-критерій Стьюдента
	Mean	Standard Error	Mean	Standard Error	
Реактивна тривожність	50,76	2, 46	45,89	1,06	-2,77**

Особистісна тривожність	50, 12	2,50	45,71	1,15	-1,12
Стрес	49, 22	2, 31	42,32	1,13	-2,01*
Стресостійкість	52,41	3,52	51,23	2,08	-2,03*
Безнадійність	44,76	3,26	36,95	2,32	-3,04**
Загальна шкала	247,27	14,05	221,1	7,74	-2,19*

Зазначимо, що позначення ** - це значущість результатів на рівні 0,01; * - значущість результатів на рівні 0,05. Порівняння статистичних показників, які характеризують кожен з критеріїв дослідження осіб з панічними атаками – жінок та чоловіків, ми з'ясували, що існує певна відмінність між статистично значимими показниками у жінок та чоловіків за такими показниками як стрес ($t=-2,01$; $p<0,01$), реактивна тривожність ($t=-2,77$; $p<0,05$), особистісна тривожність ($t=-1,12$; $p<0,05$), стресостійкість ($t=-2,03$; $p<0,05$), безнадійність ($t=-3,04$; $p<0,01$), загальний показник ($t=-2,19$; $p<0,01$).

Можемо вказати на виявлені менші значимі показники дослідження осіб з панічними атаками, які характеризують психічні реакції чоловіків. Це свідчить про особливості психічних процесів у осіб чоловічої статі, а також про недостовірність наданої інформації при здійсненні анкетного опитування та тестування за обраними методиками. Можемо вказати на значно вищі показники, які характеризують психічні реакції досліджуваних жінок.

Аналізуючи отримані результати, можемо дійти висновку високий рівень тривожності жінок, стресу у жінок та низький рівень стресостійкості жінок, що вказує на необхідність розроблення та апробації програми психологічної допомоги особам з панічними атаками.

3.3 Аналіз експериментального дослідження

Провіши з досліджуваними чоловіками та жінками групову роботу у межах розробленої Програми психологічної підтримки осіб з панічними атаками, ми провели повторне діагностичне дослідження з метою порівняння результатів та визнаення змін рівня тривожності, рівня стресу, рівня

стресостійкості та рівня безнадійності. Також маємо підтвердити ефективність запропонованих засобів корекції емоційного, поведінкового, когнітивного та фізіологічного компонентів особистості.

Результати формувального експерименту на основі проведеного опитування респондентів за методикою Ч. Спілбергера, ми отримали такі результати за шкалою реактивної тривожності:

низький рівень реактивної тривожності виявлено у 15% жінок та 40% чоловіків;

середній рівень реактивної тривожності мають 25% жінок та 45% чоловіків;

високий рівень реактивної тривожності мають 60% жінок та 15% чоловіків;

Результати формувального етапу дослідження реактивної тривожності за методикою Ч. Д. Спілбергера зобразимо на рис. 3.3.1:

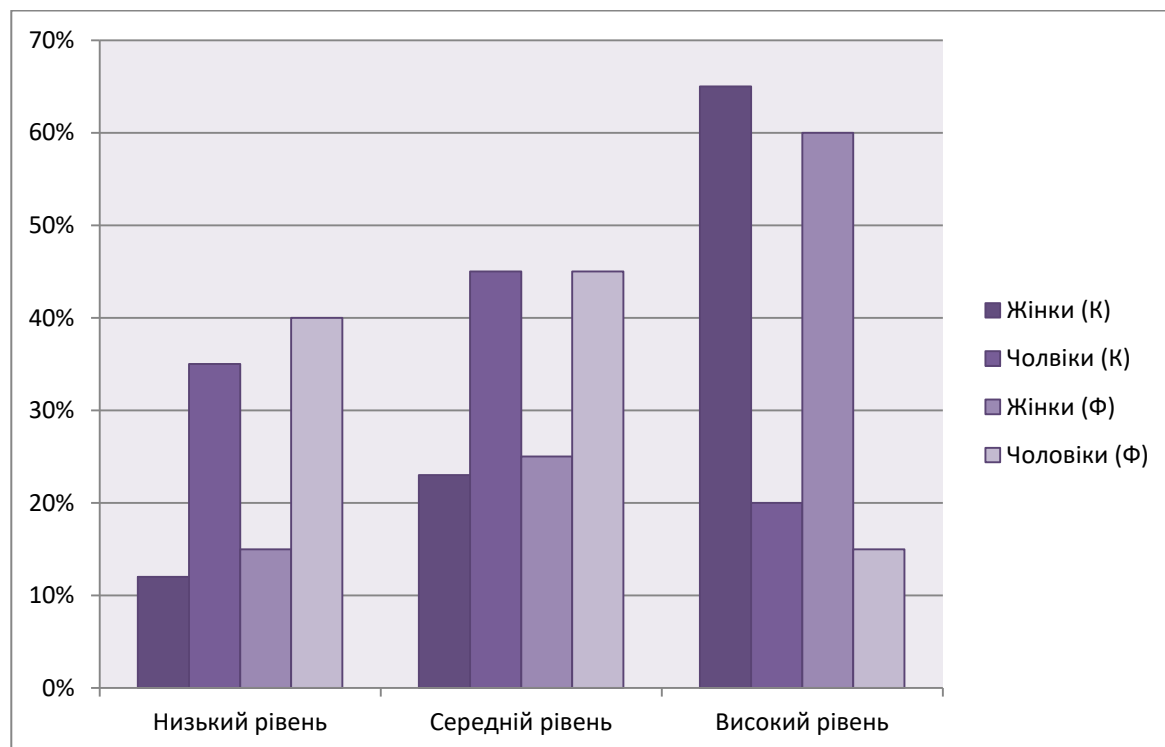


Рисунок 3.3.1 – Результати формувального етапу дослідження реактивної тривожності за методикою Ч. Спілбергера

У результаті реалізації корекційних заходів психологічної допомоги особам з панічними атаками виявлено зменшення кількості жінок та чоловіків з високим рівнем реактивної тривожності на 5% та збільшення на 5% кількості респондентів з низьким рівнем.

Результати формувального етапу дослідження за шкалою особистісної тривожності за методикою Ч. Спілбергера зобразимо на рис. 3.3.2.

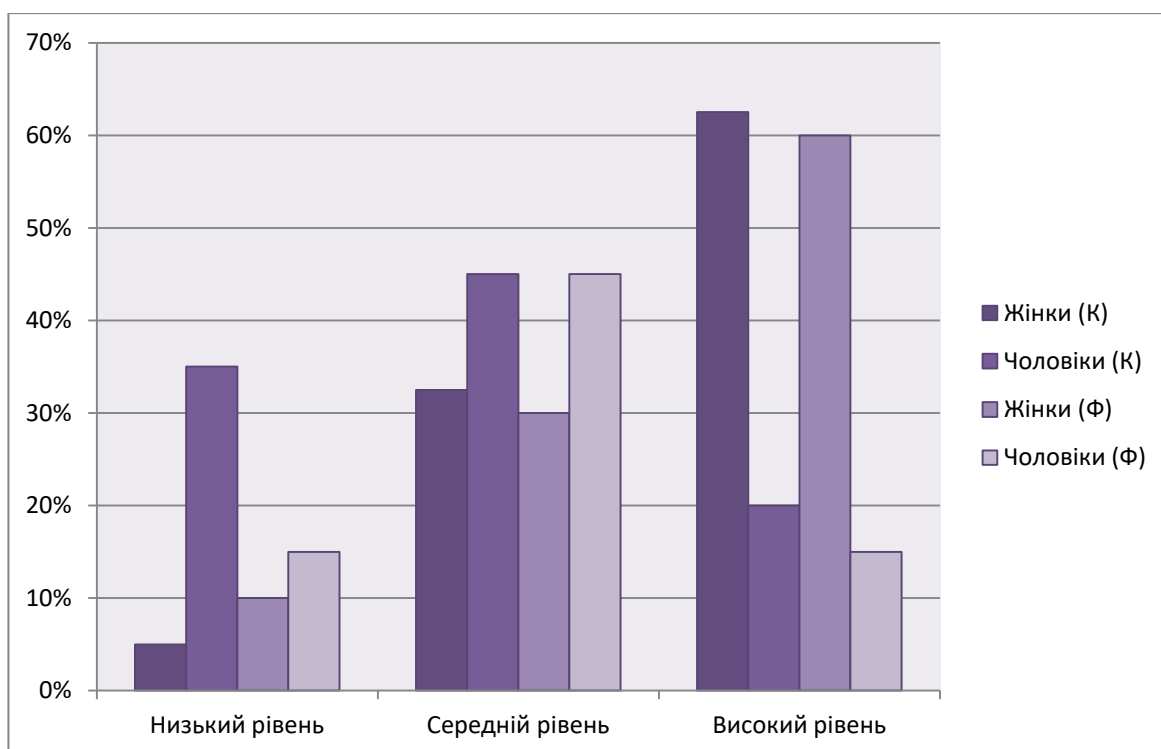


Рисунок 3.3.2 – Результати діагностики особистісної тривожності за методикою Ч. Спілбергера

У результаті повторної діагностики осіб з панічними атаками виявлено зменшення кількості жінок та чоловіків з високим рівнем особистісної тривожності на 5% та збільшення на 5% кількості респондентів з низьким рівнем.

Отже, можемо констатувати зниження рівня особистісної та реактивної тривожності на 5%. Це означає, що респонденти стали спокійніше реагувати на стресові фактори та усвідомлено ставитися до власних емоцій. Зниження рівня тривожності в учасників експерименту вазує на ефективність реалізованих

засобів та арт-терапевтичних технік.

Здійснивши повторну діагностику жінок і чоловіків за Шкалою психологічного стресу PSM-25 у рамках формувального етапу дослідження ми отримали такі результати:

Прояви високого рівня психологічного стресу жінок і чоловіків знизилися на 2%. Кількість опитуваних чоловіків та жінок з низьким рівнем стресу збільшилася також на 2%.

Результати формувального етапу дослідження респондентів за методикою Шкала психологічного стресу PSM-25 зобразимо на рис. 3.3.3.

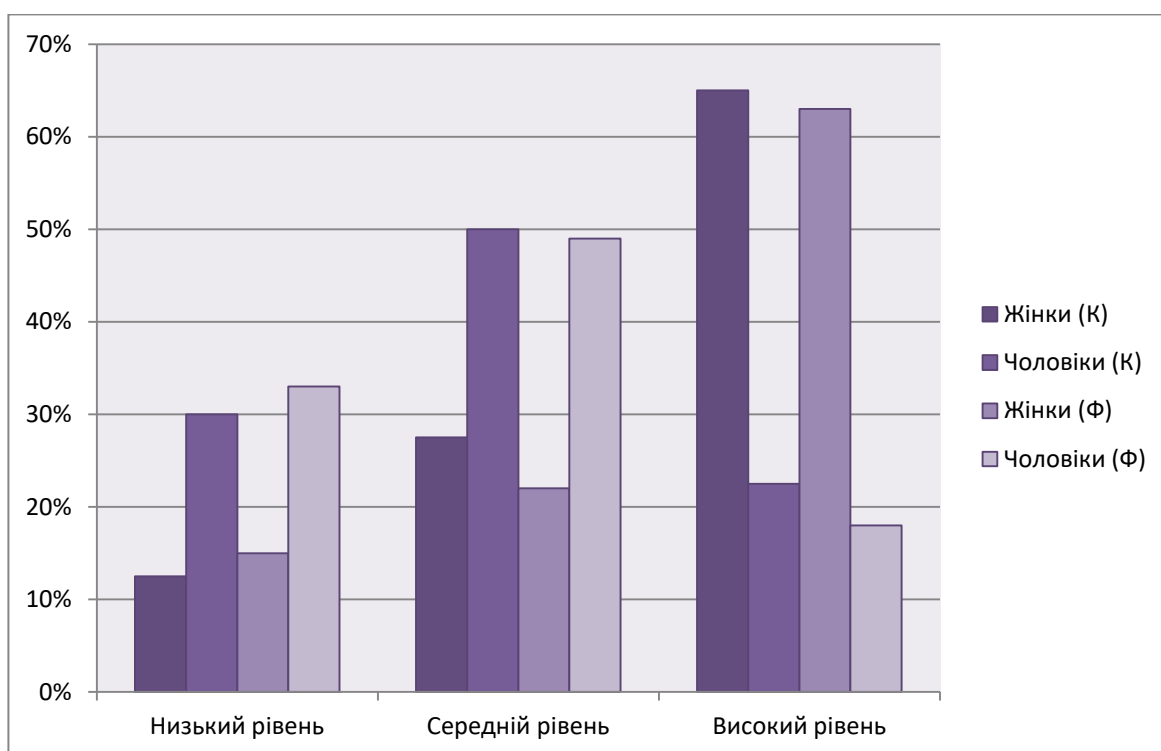


Рисунок 3.3.3 – Результати формувального етапу дослідження респондентів за методикою Шкала психологічного стресу PSM-25

Провівши повторну діагностику чоловіків та жінок для визначення змін у показниках рівня стресостійкості після реалізації Програми психологічної підтримки осіб з панічними атаками, у якій використовували методи арт-терапії, виявлено підвищення рівня стресостійкості у респондентів як жіночої, так і чоловічої статі, що вказує на ефективність розробленої програми

психологічної допомоги та підтримки.

Наступним етапом формувального етапу дослідження осіб з панічними атаками було проведення повторної діагностики учасників експерименту за методикою на визначення стресостійкості особистості за В. А. Семіченко.

Результати формувального етапу дослідження респондентів за методикою на визначення стресостійкості особистості за В. А. Семіченко зобразимо на рис. 3.3.4.

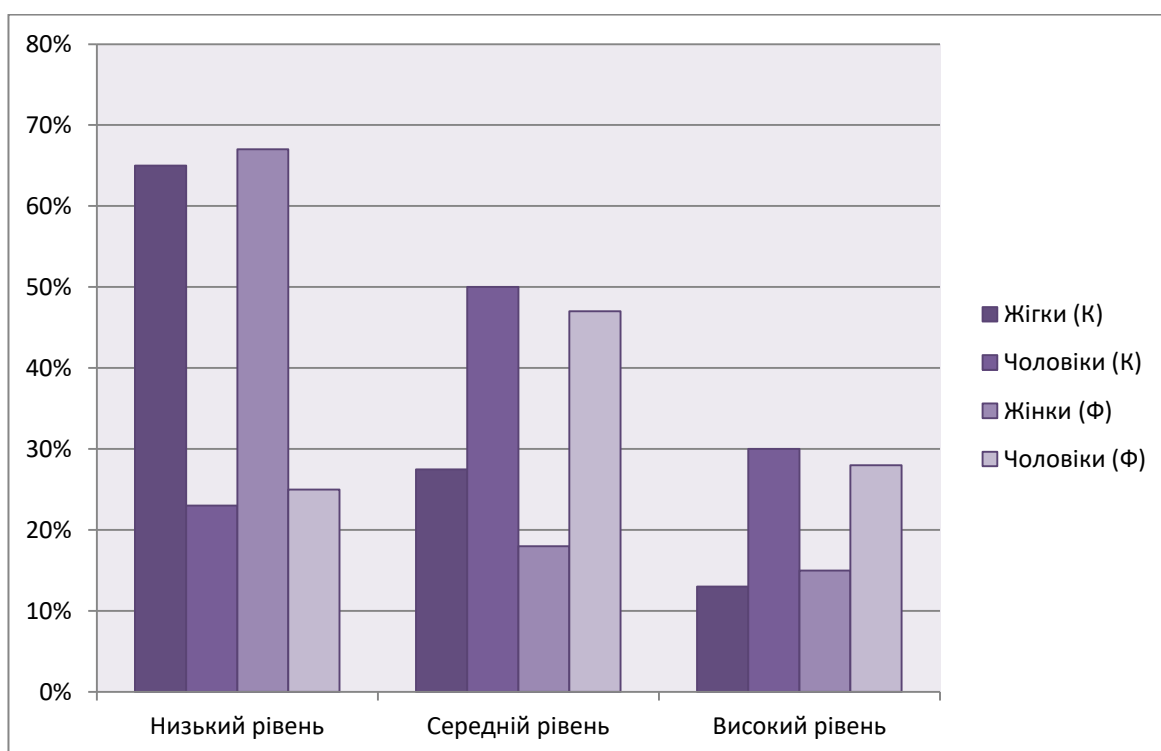


Рисунок 3.3.4 – Результати формувального етапу дослідження за методикою на визначення стресостійкості особистості за В. А. Семіченко

Можемо також підтвердити у межах формувального етапу дослідження отримання обернено пропорційних результатів до тих, що визначають рівень стресу у респондентів чоловічої та жіночої статі.

Отримані результати свідчать про підвищення рівня стресостійкості учасників експерименту, адже у чоловіків та жінок

Підвищився показник високого рівня стресостійкості на 2%. Це також вказує на ефективність обраних методик у рамках розробленої програми.

Перевірку змін у когнітивній сфері осіб з панічними атаками у вигляді рівня депресії досліджували шляхом повторної діагностики на етапі формувального експерименту з використанням методики Шкала безнадійності А. Бека.

Результати формувального етапу дослідження за методикою Шкала безнадійності А. Бека зобразимо на рис. 3.3.5.

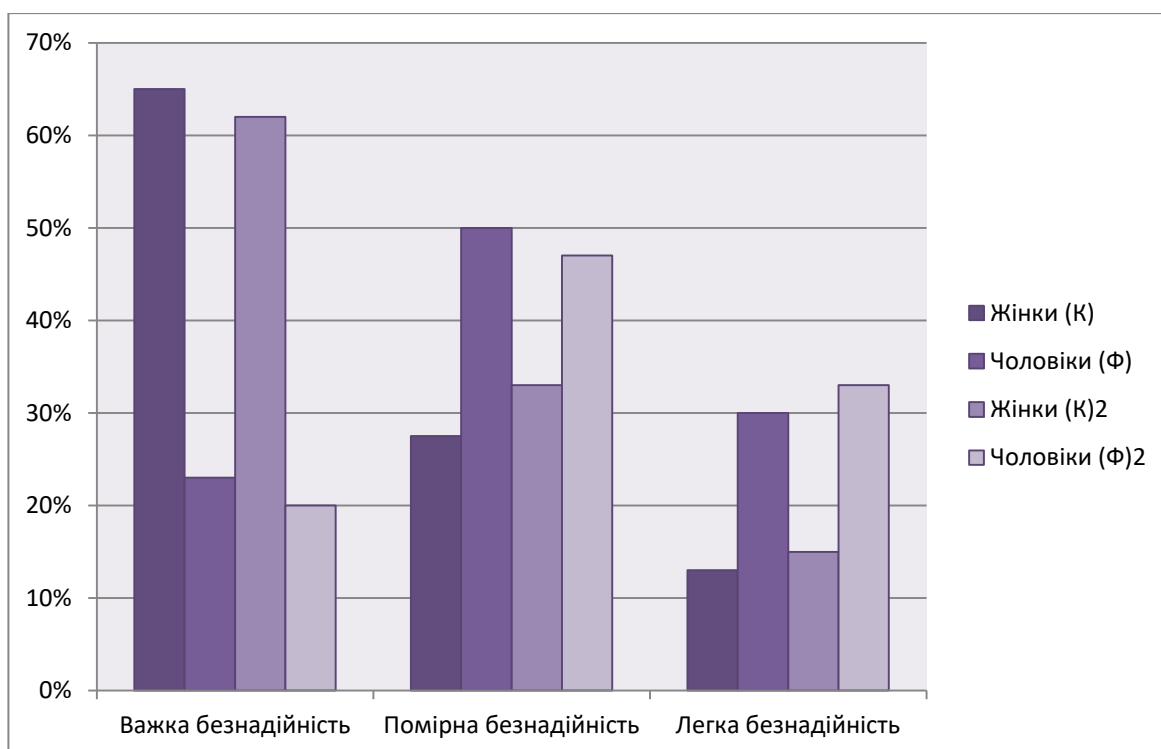


Рисунок 3.3.5 – Результати формувального етапу дослідження за методикою Шкала безнадійності А. Бека

За результати повторної діагностики на завершальному етапі експерименту можемо зробити висновок про зниження рівня важкої безнадійності у жінок на 2% та чоловіків на 3%.

Можемо зробити висновок про зниження рівня тривожності на 5%, рівня стресу на 5% та рівня безнадії на 3% та підвищення рівня стресостійкості на 5% у результаті реалізації розробленої Програми психологічної допомоги особам з панічними атаками. Маємо зазначити, що мінімальний відсоток змін у показниках бумовлений малим терміном проведення тренінгових занять. Якщо

продовжувати роботу у треннговій групі та виконувати завдання з використанням арт-терапевтичних технік, можна досягнути позитивного результату та значного покращення емоційної, фізіологічної, когнітивної та поведінкової складових особистості, у результаті чого значно знизиться вплив негативних чинників на формування панічних атак.

Для оцінення, наскільки ефективною було застосування проведеної програми психологічної допомоги особам з панічними атаками, арт-терапевтичні техніки, порівнюємо результати опитуваних жінок і чоловіків на констатувальному етапі дослідження (К) та формувальному етапі (Ф), використовуючи метод статистичного аналізу. Аналізуємо показники, які визначають рівень стресу, рівень тривожності, рівень стресостійкості, рівень безнадії. Результати порівняння статистично значимих показників представимо у таблиці 3.3.1:

Таблиця 3.3.1 – Порівняльні результати статистично значимих показників рівня тривожності молоді в умовах військового стану за результатами вирахування t-критерія Стьюдента

Критерії рівня тривожності	Жінки (К)	Чоловіки (К)	t-критерій Стьюдента	Жінки (Ф)	Чоловіки (Ф)	t-критерій Стьюдента
Реактивна тривожність	50,76	45,89	-2,77**	50,61	45,25	-2,76**
Особистісна тривожність	50, 12	49,71	-1,12	49, 05	48,68	-1,11
Стрес	49, 22	42,32	-2,01*	49, 06	41,30	-2,0*
Стресостійкість	52,41	51,23	-2,03*	53,37	52,28	-2,02*
Безнадійність	44,76	36,95	-3,04**	43,14	35,65	-3,03**
Загальна шкала	247,27	221,1	-2,19*	245,23	233,16	-2,01*

Порівняння статистичних показників, які є визначною характеристикою кожного з критеріїв дослідження осіб з панічними атаками, ми виявили зниження рівня реактивної тривожності, особистісної тривожності, рівня стресу,

рівня безнадійності, та підвищення рівня стресостійкості, менших за 0,05 у опитаних жінок та чоловіків. Зниження загальних показників дослідження осіб з панічними атаками, на рівні меншого за 0,05, можемо зробити висновок про зниження рівня реактивної тривожності, рівня особистісної тривожності, рівня стресу, рівня безнадійності та підвищення рівня стресостійкості після реалізації корекційних заходів психологічної допомоги та підтримки осіб з панічними атаками.

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

1. Експериментальне дослідження осіб з панічними атаками проводилося на базі ГО «Чернігово-Сіверська Січ» м. Чернігова. В експерименті приймали участь 80 осіб віком 17-23 років (40 осіб жіночої статі та 40 осіб чоловічої статі), з якими проводилося експериментальне дослідження із застосуванням психодіагностичних методик у режимі онлайн шляхом використання платформи Zoom Workplace. За допомогою експериментального дослідження відбувалося вирішення таких завдань: самооцінювання впливу стресу на здоров'я осіб з панічними атаками; визначення рівня тривожності; визначення рівня стресу; визначення рівня стресостійкості; визначення рівня безнадійності; підтвердження дієвості застосування корекційних заходів. Визначено етапи експериментального дослідження осіб з панічними атаками: проведення теоретичного аналізу наукових джерел; констатувальний етап; розробка корекційних заходів у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками з використанням арт-терапевтичних технік; формувальний етап експериментального дослідження; аналіз експериментального дослідження осіб з панічними атаками. Визначили критерії дослідження: тривожність; схильність до стрес; безнадійність; стресостійкість.

2. Досліджуючи фізіологічну складову та провівши анкетне опитування за розробленою авторською анкетною виявлено наявність гендерних особливостей переживання стресу, стресостійкості та поширення панічних атак, виявлено

негативний вплив стресу на здоров'я опитуваних та зниження функціональних можливостей організму. За результатами діагностики реактивної тривожності за методикою Ч. Спілбергера виявлено значно частішу демонстрацію у жінок високого рівня ситуативної тривожності, тоді як для чоловіків характерним є переважна більшість помірних та низьких показників. Здійснивши діагностику жінок і чоловіків за Шкалою психологічного стресу PSM-25, ми виявили значно частішу демонстрацію жінками високого рівня психологічного стресу, який може мати такі прояви у вигляді: емоційного напруження; підвищеної тривожності; психофізичного виснаження; порушень сну та погіршення самопочуття. Результати діагностики за методикою на визначення стресостійкості особистості за В. А. Семіченко вказують значно частішу демонстрацію жінками низького рівня стресостійкості, проявами якого є: підвищена емоційна вразливість; труднощі саморегуляції; схильність до дезорганізованої поведінки у стресових ситуаціях; унікальна поведінка та посилення тривожних реакцій. Когнітивну складову у вигляді рівня депресії досліджували шляхом використання методики Шкала безнадійності А. Бека. Результати дослідження вказують на значно частішу демонстрацію жінками високого рівня безнадійності, проявам якого є: песимістичне сприйняття майбутнього; негативні автоматичні думки; безпорадність; схильність до катастрофізації ситуацій. Використання методу математичної статистики вказує на виявлені менші значимі показники дослідження осіб з панічними атаками, які характеризують психічні реакції чоловіків.

2. Проведено формувальний етап дослідження. Результати формувального експерименту вказують на зменшення кількості жінок та чоловіків з високим рівнем реактивної тривожності на 5% та збільшення на 5% кількості респондентів з низьким рівнем; зниження проявів високого рівня психологічного стресу жінок і чоловіків знизилися на 2%; виявлено підвищення рівня стресостійкості у респондентів як жіночої, так і чоловічої статі; зниження рівня важкої безнадійності у жінок на 2% та чоловіків на 3%. Виявлено зниження загальних показників дослідження осіб з панічними

атаками, на рівні меншого за 0,05, можемо зробити висновок про зниження рівня реактивної тривожності, рівня особистісної тривожності, рівня стресу, рівня безнадійності та підвищення рівня стресостійкості.

ВИСНОВКИ

У ході дослідження виконано такі завдання:

1. Здійснено теоретичне обґрунтування проблеми панічних атак. З'ясовано, що панічна атака – це пікова тривога. Панічна атака розглядається не просто емоційною реакцією, а складним міждисциплінарним феноменом. Панічні атаки поділяться на види за основними типами виникнення: спонтанні, ситуаційні, умовно-ситуаційні.

2. Визначено детермінанти та симптоми панічних атак. З'ясовано, що основними факторами, які провокують появу панічних атак є біологічні, фізіологічні та психогенні. Біологічні чинники визначені: спадковістю; негативними змінами (збоями) роботи у вегетативній нервовій системі; дисбалансом нейромедіаторів (серотоніну, норадреналіну); змінами у гормональному фоні; підвищеною чутливістю до адреналіну. Фізіологічні детермінанти бумвлені сильною алкогольною інтоксикацією, вживанням наркотичних речовин, певних лікувальних препаратів або навіть метеорологічних коливаннях та акліматизації. Психогенні чинники визначені тривалим стресом, тривожністю, психотравмуючим досвідом, перевтомою та соціальною тривогою. Фізіологічні симптоми виявляються у: прискореному серцебитті; надмірному потовиділенні; утрудненому диханні або відчутті задухи; ознобу, нестерпної спеки; тремтінні кінцівок; запамороченні; нестабільному стані; розладах шлунково-кишкового тракту; труднощах ковтання. Емоційні симптоми панічної атаки визначаються інтенсивними відчуттями страху, переляку чи жаху. Когнітивні симптоми: зниження здатності фокусуватися; відчуття внутрішнього сум'яття; дезорієнтації.

3. Проаналізовано форми та методи психологічної підтримки осіб з панічними атаками. Охарактеризовано форми психологічної допомоги та підтримки: індивідуальну, групову, он-лайн, самодопомоги під супроводом фахівця. Визначено та охарактеризовано методи корекції панічних атак: когнітивно-поведінкову терапію та арт-терапію. Окреслено напрямки

консультативно-корекційної роботи з особами з панічними атаками - корекція: когнітивних функцій; емоційного стану; поведінкових функцій.

4. Визначено та обґрунтовано методи та методики дослідження осіб з панічними атаками. Визначено такі методи: психологічні методи; медичної діагностики; аналізу фізіологічних реакцій. У дослідження осіб з панічними атаками використовуються такі методи: опитування (в усній формі (бесіда) та письмовій формі (анкета)); анкетування; метод спостереження; самоспостереження (інтроспекція); метод тестування; експертної оцінки. Запропоновано досліджувати фізіологічну складову (здоров'я); емоційну складову (рівень тривожності; рівень стресу); поведінкову складову (рівень стресостійкості); когнітивну складову (рівень безнадійності). Для Визначено методики дослідження: методик реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілгергера; Шкала психологічного стресу PSM-25; Тест на визначення стресостійкості особистості за В. А. Семіченко; Шкала безнадійності А. Бека.

5. Розроблено корекційні заходи у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками. Визначено форму проведення - груповий тренінг з включеними арт-терапевтичними техніками; тренінгових занять у кількості – 6; періодичність - два рази на тиждень; тривалість заняття - від 35 до 65 хв; кількість учасників - 15 осіб; тривалість реалізації Програми - 3 тижні. Мета програми полягає у стабілізації емоційної, когнітивної, поведінкової, фізіологічної сфери особистості, використовуючи арт-терапевтичний підхід. Завдання корекційної програми полягають у: зниженні рівня тривожності; зниженні рівня стресу; підвищенні рівня стресостійкості; зниження рівня безнадійності.

6. Проведено експериментальне дослідження. Визначено завдання дослідження: самооцінювання впливу стресу на здоров'я осіб з панічними атаками; визначення рівня тривожності; визначення рівня стресу; визначення рівня стресостійкості; визначення рівня безнадійності; підтвердження дієвості застосування корекційних заходів. Визначено етапи експериментального дослідження осіб з панічними атаками: проведення теоретичного аналізу

наукових джерел; констатувальний етап; розробка корекційних заходів у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками з використанням арт-терапевтичних технік; формувальний етап експериментального дослідження; аналіз експериментального дослідження. У результаті констатувального етапу експерименту виявлено: наявність гендерних особливостей переживання стресу; стресостійкості та поширення панічних атак; негативний вплив стресу на здоров'я опитуваних; зниження функціональних можливостей організму; у жінок високого рівня ситуативної тривожності; високого рівня психологічного стресу; низького рівня стресостійкості; високого рівня безнадійності. Використано метод математичної статистики, виявлено: менші значимі показники дослідження осіб з панічними атаками, які характеризують психічні реакції чоловіків.

7. Оцінено ефективність запропонованих корекційних заходів у реалізації психологічної підтримки осіб з панічними атаками. Проведено формувальний етап дослідження. Виявлено: зменшення рівня реактивної тривожності; зниження рівня психологічного стресу жінок і чоловіків; підвищення рівня стресостійкості; зниження рівня важкої безнадійності; зниження загальних показників дослідження осіб з панічними атаками. Підтверджено ефективність розробленої програми психологічної допомоги особам з панічними атаками.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук О. С., Ніздрань О. А., Блозва П. І. Когнітивно-поведінкова терапія низької інтенсивності соціального тривожного розладу осіб у період горювання. *Insight: the psychological dimensions of society*. 2023. № 9. С. 211–227.
2. Ананьїн В. О. Психологія і педагогіка військових колективів: навч. посіб. Київ: Політехніка, 2021. 274 с.
3. Андрушко Я. С. Генезис тривожності особистості як провідної емоційної компоненти. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. № 1 (54). С. 29–36.
4. Антонова З. О. Особливості прояву паніки в умовах карантинної самоізоляції та розповсюдження COVID-19. *Psychological journal*. 2020. Т. 6. № 6 (38). С. 29–39.
5. Арнц А. Схема-терапія: модель роботи з частками. Львів : Свічадо, 2014. 264 с.
6. Батраченко І. Г. Б 28 Когнітивна психологія фізичної активності особистості: монографія. Дніпро: Видавець Біла К. О., 2023. 228 с.
7. Бідюк І. А., Проніна В. А. Індивідуально-психологічні особливості особистості з панічними атаками. *Габітус*. 2022. Вип. 44. С. 152-156.
8. Блохіна І. О. Психологічні причини виникнення тривожності у студентів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2021. Вип. 4. С. 82-86.
9. Булах В. П. Стрес та його вплив на організм людини. *Медсестринство*. 2014. № 3. С. 10–15.
10. Бушак Г. А. Взаємозв'язок когнітивно-стильових параметрів та особливостей навчальної діяльності в осіб юнацького віку. *Проблеми сучасної психології*. 2014. Вип. 24. С. 75-88.
11. Вестбрук Д. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів : Свічадо, 2014. 420 с.
12. Вітковська І. М. Електронний навчальний курс з травма-

інформованого підходу при допомозі дітям в уявленнях цільових груп (за матеріалами фокус-групових інтерв'ю). *SOCIOPROSTIR: міждисц. електрон. зб. наук. пр.* 2024. № 14. С. 28-36.

13. Воляннюк Н. Ю. Соціальна психологія: навч. посіб. Київ: КПІ НТУУ ім. Ігоря Сікорського, 2019. 254 с.

14. Гарець Н.О. Психодіагностика: навч. посіб. Дніпро: ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2025. 144 с.

15. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.

16. Гільман А. Ю., Кулеша Н. П. Психологічна реабілітація стресових розладів особистості засобами аналітичної психології К. Г. Юнга. Актуальні проблеми практичної психології: зб. наук. пр. Міжнар. Нак.-практ. Конф. (м. Одеса, 16 трав. 2025 р.). Одеса. 2025. С. 477-481.

17. Гірченко О. Попередження психотравм при різних реакціях на вплив психогенних чинників. *Науковий журнал «Психологічні травелогі»*. 2023. № 1. С. 64–76.

18. Гончаренко С. У. Педагогічні дослідження: методологічні поради молодтим науковцям: навч. метод. посіб. Вінниця: ДОВ «Вінниця», 2008. 278 с.

19. Гриневич Х. О. Тривожність як властивість особистості. Psy.Magportal: Сайт. 11.09.2023. URL: <https://psymag.info/article/tryvozhnist-iak-vlastyvist-osobystosti-1694418432/> (дата звернення: 15.04.2026).

20. Гриньова Н. В. Проективно-тестові психоаналітичні підходи до використання малюнку в діагностико-проекційному процесі: дис. ... канд. психол. Наук: 19.00.07. Черкаси. 2013. 370 с.

21. Губенко І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування. Київ: ВСВ «Медицина», 2013. 296 с.

22. Емішянц О. Б. Проблеми психотерапії з клієнтами, у яких панічні атаки. *Актуальні проблеми психології. Серія: Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія.* 2016. Т. 1. Вип. 45. С. 95–100.

23. Заболотна Н. М., Ісаєвич С. І., Омелянська В. І. Трансформації прихильності під впливом психотравми. *Габітус*. 2023. Вип. 52. С. 71–75.
24. Заверуха О. Я. Психологічна реабілітація особистості в умовах дії стресових факторів та її соціальна мобільність. Психологічні основи соціальної мобільності особистості в період криз: монографія. Київ: ПВТП «LAT&K». 2023. 264 с.
25. Заворотня Л. Психотерапія мистецтвом як інструмент гармонізації емоційного стану підлітка. Простір арт-терапії: творча інтеграція та трансформація в епоху плинного модерну: матер. XV Міжнар. Міждисц. наук.-практ. конф. м. Львів, 16-18 лютого 2018 р. Київ: Золоті ворота, 2018. С. 37-42.
26. Засєкіна Л. Онлайн когнітивно-поведінкова терапія емоційного дистресу студентів у період пандемії covid-19. *Psychological prospects journal*. 2021. № 38. С. 25-28.
27. Зливков В. Л. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л. Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
28. Іванова Т. Тривога як психологічний феномен. *Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки*. 2020. Вип. 6. С. 72–78.
29. Калаур С.М. Теорія і методика професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери до розв'язання конфліктів у професійній діяльності: монографія. Тернопіль: Осадца Ю.В., 2018. 456 с.
30. Каленський А. Емпіричні методи дослідження системи розвитку професійно-педагогічної етики. *Проблеми підготовки сучасного вчителя*. 2015. № 11. С. 20-25.
31. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посіб. Ч. 1. Львів: ЛьвДУВС, 2020. 232 с.
32. Кандибей Н. Тривога: види, лікування, профілактика. 05.07.2023. Віола: Фармацевтична фабрика: веб-сайт. URL: <https://violapharm.com/tryvoga-vydy-likuvannya-profilaktyka/> (дата звернення: 11.04.2026).
33. Карпенко Є. В. Основи психотренінгу: навч. посіб. Дрогобич:

Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 78 с.

34. Ковальова М. Техніки самодопомоги під час панічних атак. DevelopmentFoundation: Сайт. 10.06.2019. URL: <https://foundationdv.com/ua/articles/Tekhniky-samodopomohy-pid-chas-panichnykh-atak>. (дата звернення: 17.04.2026).

35. Козігора М. А. Арттерапія як засіб навчання і виховання учнів початкової школи. *Молодий вчений*. 2018. № 7. С. 198-201.

36. Козігора М. А. Поняття тривалого травматичного стресу та контексти його застосування. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2021. Вип. 4. С. 17–25.

37. Коцур, Н. Товкун, Л. Арт-терапія в профілактиці нервовопсихічних захворювань у підлітків: оцінка та ефективність. *Перспективи та інновації науки*. 2024, №2 (36). С. 674-686.

38. Креймер. Основи реабілітаційної психології. Подолання наслідків кризи: навч. посіб. Київ: Сварог 2023. Т. 2. 240 с.

39. Левковська Л. Б. Психологічні чинники виникнення тривожності у осіб юнацького віку. *Молодий вчений*. 2022. № 1 (101). С. 57–60.

40. Лукомська С. Особливості психологічних травм російськоукраїнської війни у контексті євроінтеграційних процесів. *Вісник Львівського університету*. 2022. Вип. 5. С. 78–85.

41. Максимець С., Запара В. Вплив тривожності на психічне здоров'я студента. Актуальні проблеми сучасної психологічної науки: виклики сучасності: зб. наук. пр. за матерії. Всеукр. студ. ін-тконф. (м. Житомир, 10 жовт. 2022р.). Житомир, Вид-во ЖДУ імені Івана Франка. 2022. С. 18–21.

42. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій: навчально-методичний посібник. Миколаїв : Іліон, 2018. 298 с.

43. Мороз Р. Стратегії подолання панічних атак та іпохондрії у юнаків. *Наукові записки. Серія : Психологія*. 2024. № 2. С. 95–101.

44. Мушкевич М. І. Основи психотерапії: навч. посіб. Вид. 3-тє. Луцьк: Вежа-Друк, 2017. 420 с.

45. Нікітчук У. І. Психологічне тестування: навч-метод. посіб. Острог: Видавництво Національного університету «Острозька академія». 2015. 115 с.
46. Олексюк О. Є. Психологія кризова та травмуючих ситуацій. Теоретичний матеріал до дисципліни «Психологія кризова та травмуючих ситуацій»: навч. метод. посіб. Миколаїв: СПД Румянцева, 2020. 420 с.
47. Осадько О. Страх як прояв особистісних самообмежень. Психолог. № 7. С. 25–29.
48. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб. Т. 2. Київ: ОБСЄ. 2018. 240 с.
49. Пилипенко Н. М. Психологічна допомога та підтримка постраждалим внаслідок війни в Україні. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. № 6 (70). С. 142–148.
50. Поплавська Є.В., Меленчук Н.І., Єрмакова С.С.: консп. лекц. Одеса: МГУ, 2024. 149 с.
51. Прищак М. Д., Мацко М. А. Психологія: навч. посіб. Ч. 1. Вінниця: ВНТУ. 2013. 98 с.
52. Психологія особистості: Словник-довідник / За ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. Київ: Рута, 2013. 320с.
53. 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.
54. Романовська Л. Особливості психологічної реабілітації осіб, які пережили травмівні події. *Науковий журнал «Психологічні травелогі»*. 2024. Вип. 3. С. 251-260.
55. Санда О. Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2021. Вип. 2 С.49-62.
56. Станішевська В. І. Арт-терапія: монографія. Умань: Світло, 2022. 172 с.
57. Станішевська В. І. Можливості арт-терапії в подоланні внутрішньо особистісного конфлікту у підлітків. *Психологічний журнал*. 2020. Вип. 4. С.

47–54.

58. Старков Д. Ю., Ярий В. В., Олішевський О. В. Організація стаціонарної медико-психологічної реабілітації розладів, пов'язаних з психічною травмою та стресом: наук.-метод. посіб. Київ: ФОП Ямчинський О.В. 2023. 136 с.

59. Статівка А. М. Анкетування як метод знаходження нового знання у процесі дипломного дослідження філологів. *Викладання мов у вищих навчальних закладах освіти на сучасному етапі. Міжпредметні зв'язки. Наукові дослідження. Досвід. Пошуки*. 2019. Вип. 35. С. 93–104.

60. Сургунд Н., Баля В. Вплив тривоги та тривожності на емоційний стан школяра. *Науковий журнал «Психологічні травелогі», 2023, № 4. С. 156-165.*

61. Тарапата І., Тимків Л. Арттерапія як засіб подолання страху у дітей дошкільного віку. *Молодий вчений*. 2019. № 10. С. 114–119.

62. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації: підручник. Вид. 2-ге, доп. / кол. авт. ; за заг. ред. Василя Осьодла. Київ : НУОУ імені Івана Черняхівського, 2020. 484 с.

63. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін. / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

64. Томчук С. М., Томчук М. І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: монографія. Вінниця: КВНЗ «ВАНО», 2018. 200 с.

65. Тривога: види, лікування, профілактика, підготовка до відвідування лікаря. 25.08.2020. CompliMed:веб-сайт. URL: <https://complimed.com.ua/%D0%B1%D0%B5%D0%B7-%D1%80%D1%83%D0%B1%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B8-uk/tryvoha-vydy-likuvannya-profilaktyka/> (дата звернення: 10.04.2026).

66. Федоренко Р. П., Хлівна О. М., Дучимінська Т. І. та ін. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод.посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.

67. Хом'як А.О. Соціально-психологічні чинники шкільної тривожності молодших школярів. *Андрагогічний вісник*. 2019. № 10. С. 158–164.

68. Христук О. Л. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблем психологічної травми: від історії до сучасності. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2017. № 2. С. 183–191.

69. Царенко Л. Г. Особливості переживання психотравми під час воєнного конфлікту. *Психологія: теорія і практика*. 2019. Вип. 1 (3). С. 158–170.

70. Царькова О. В. Теоретичні аспекти прояву психологічного феномену тривожності. *Актуальні проблеми психології. Серія: Екологічна психологія*. 2018. Т. 7. Вип. 38. С. 73–79.

71. Цельмак О. М. Алгоритм надання першої психологічної допомоги при панічній атаці. Європейський вибір України, розвиток науки та національна безпека в реаліях масштабної військової агресії та глобальних викликів ХХІ століття» (до 25-річчя Національного університету «Одеська юридична академія» та 175-річчя Одеської школи права): у 2 т.: матер. Міжнар.наук.-практ. конф. (м. Одеса, 17 червня 2022 р.). Одеса: Видавничий дім «Гельветика». 2022. Т. 1. С. 294–298.

72. Чала Ю. М., Шахрайчук А.М. Психодіагностика: навч. посіб. Харків: НТУ «ХП», 2018. 246 с.

73. Як проявляється перевтома і чим вона небезпечна? TIME: Клініка неврології та нейроортопедії. Сайт. 28.11.2024. URL: <https://timeplus.ua/yak-proiavlaietsia-perevtoma-i-chym-vona-nebezpechna> (дата звернення: 14.04.2026).

74. Ясточкіна І. А. Соціальна тривога людини: причини та наслідки. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 11: Соціологія. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Управління*. 2014. Вип. 19. С. 166–173.

75. Яцина О. Ф. Вплив війни на психічне здоров'я: ознаки травматизації психіки дітей та підлітків. *Наукові перспективи*. 2022. №7 (25). С. 67–69.

76. A closer look at the relationships between panic attacks, emergency department visits and non-cardiac chest pain / G. Foldes-Busque et al. *Journal of*

Health Psychology. 2017. Vol. 24. № 6. P. 717–725

77. Barnhill J. W. Panic Attacks and Panic Disorder. 2026. URL: <https://www.msdmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/anxiety-and-trauma-and-stressor-related-disorders/panic-attacks-and-panic-disorder> (дата звернення: 19.04.2026).

78. Bryndikov, Y. The characteristic of stress-factors that cause the emerging of the post traumatic stress disorders in servicemen the combatants. *Social Work and Education*. 2017. Vol. 4. № 1. P. 112–118.

79. Dimensional structure of bodily panic attack symptoms and their specific connections to panic cognitions, anxiety sensitivity and claustrophobic fears / I. Drenckhan et al. *Psychological medicine*. 2014. Vol. 45, no. 8. P. 1675–1685.

80. Flight M. H. *Published in final edited form as: Neurosci Biobehav Rev*. 2013. № 27. P.61–78.

81. Hundt N. E., Barrera T. L., Robinson A., Cully J. A. A Systematic Review of Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Veterans. *Military Medicine*. 2014. 942 p.

82. Gullion J. S. The panic attack. Writing ethnography. *Rotterdam*, 2016. № 1. P. 119–120.

83. Gittelman R., Klein D. F. Childhood separation anxiety and adult agoraphobia. *Anxiety and the anxiety disorders*. 2019. № 45. P. 76–82.

84. Guan X., Cao P. Brain mechanisms underlying panic attack and panic disorder. *Neuroscience bulletin*. 2023. Vol. 15. P. 246–249.

85. Katzman A. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014. № 14. P. 867–875.

86. Lomas P. Panic attacks strikes: panic attacks and panic disorder: panic attack treatment near me. *Independently Published*. 2021. P. 33–35.

87. Mohammed A. M. Panic Disorder. Medscape. 25.06.2024. URL: <https://emedicine.medscape.com/article/287913-overview> (дата звернення: 17.04.2026).

88. Nocturnal panic attacks / A. Pedrera-Mazarro et al. *Sleep medicine*. 2017. Vol. 40. P. 255-257.
89. Ronad S. V. Preventing panic attacks. *Nursing & care open access journal*. 2019. Vol. 6, no. 5. P. 155–156.
90. Woodward J. Panic attack workbook: how to solve your panic. *Lost Angel Publishing*. 2021. № 1. P. 146-150.

ДОДАТКИ

Додаток А

АВТОРСЬКА АНКЕТА ДЛЯ САМООЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ НА ЗДОРОВ'Я ОСІБ З ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ

Інструкція. Шановний учаснику! Пропонуємо Вам взяти участь в опитуванні. Будь-ласка, попередньо заповніть поля з ідентифікаційними даними. Інформація, отримана у результаті опитування є конфіденційною. Отримані результати будуть узагальнені за допомогою статистичної обробки. Оцініть, наскільки наведені твердження відповідають вам.

1. Як часто Ви відчуваєте стрес у повсякденному житті?
 - ☐ Майже щодня
 - ☐ Кілька разів на тиждень
 - ☐ Рідко
 - ☐ Майже ніколи
2. Які основні причини стресу саме у Вас?
 - ☐ Велике навантаження
 - ☐ Невизначеність
 - ☐ Конфлікти
 - ☐ Війна
 - ☐ Інше (вказіть) _____
3. Як стрес найчастіше проявляється у Вашому самопочутті?
 - ☐ Пітнілість
 - ☐ Прискорене серцебиття
 - ☐ Підвищений тиск
 - ☐ порушення сну
 - ☐ Інше (вказіть) _____
4. Чи відзначали Ви погіршення свого фізичного здоров'я внаслідок тривалого стресу?
 - ☐ Так
 - ☐ Ні
 - ☐ Важко відповісти
5. Чи впливає стрес на Ваше життя?
 - ☐ Значно впливає
 - ☐ Частково впливає
 - ☐ Не впливає
6. Як Ви зазвичай справляєтесь зі стресом?
 - ☐ Відпочинок, сон

- ☐ Фізична активність
- ☐ Спілкування з близькими
- ☐ Професійна допомога психолога
- ☐ Інше (вказіть) _____

7. Чи отримували Ви коли-небудь підтримку у стресових ситуаціях?

- ☐ Так, часто
- ☐ Іноді
- ☐ Ні

8. Чи траплялись у Вас панічні атаки?

- ☐ Так
- ☐ Не знаю
- ☐ Ні

9. Як часто у Вас траплялись панічні атаки?

- ☐ Не траплялись
- ☐ Рідко траплялись
- ☐ Часто траплялись
- ☐ Інше (вказіть) _____

10. Як Ви вважаєте, чи є стрес чинником панічних атак саме у Вас?

- ☐ Так
- ☐ Ні
- ☐ Не впевнений

ТЕСТ «ШКАЛА РЕАКТИВНОЇ І ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ» СПІЛБЕРГЕРА -ХАНІНА (ШРОТ)

Інструкція до першої групи суджень про самопочуття.

Залежно від самопочуття в момент закресліть найвдалішу вам цифру:
«1» – немає, це не так так; «2» – мабуть, так; «3» – вірно; «4» – цілком правильно.

1. Ви спокійні 1 2 3 4
2. Вам ніщо не загрожує 1 2 3 4
3. Ви перебуваєте у напрузі 1 2 3 4
4. Ви відчуваєте жаль 1 2 3 4
5. Ви відчуваєтеся вільно 1 2 3 4
6. Ви засмучені 1 2 3 4
7. Вас хвилюють можливі невдачі 1 2 3 4
8. Ви відчуваєтеся відпочилим людиною 1 2 3 4
9. Ви стурбовані 1 2 3 4
10. Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення 1 2 3 4
11. Ви абсолютно впевнені у собі 1 2 3 4
12. Ви нервуєте 1 2 3 4
13. Ви вважаєте собі місця 1 2 3 4
14. Ви роздуті 1 2 3 4
15. Ви відчуваєте скутості і напруження 1 2 3 4
16. Ви задоволені 1 2 3 4
17. Ви стурбовані 1 2 3 4
18. Ви занадто порушено і вас на собі 1 2 3 4
19. Вам радісно 1 2 3 4
20. Вам приємно 1 2 3 4

Ситуативная тривожність (СТ) визначається за ключем:

$$(СТ) = (3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) - (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) + 50$$

Інструкція до другої групи суджень про самопочуття. Прочитайте (прослухайте) уважно кожна з наведених нижче пропозицій і закресліть (запишіть) підходящу вам цифру справа залежно від цього, як ви себе відчуваєте зазвичай. Цифри справа означають: «1» – що ніколи; «2» – іноді; «3» – часто; «4» – майже завжди.

1. Ви відчуваєте задоволення 1 2 3 4
2. Ви швидко втомлюєтеся 1 2 3 4
3. Ви легко можете заплакати 1 2 3 4
4. ви хотіли бути настільки ж щасливим людиною, як та інші 1 2 3 4
5. Буває, що програєте тому, що недостатньо швидко приймаєте рішення 1 2 3 4

6. Ви відчуваєтеся бадьорим людиною 1 2 3 4
 7. Ви спокійні,хладнокровні і зібрані 1 2 3 4
 8. Чекання труднощів дуже турбує вас 1 2 3 4
 9. Ви занадто переживаєте через дрібниці 1 2 3 4
 10. Ви буваєте цілком щасливі 1 2 3 4
 11. Ви приймаєте обходитися без близько до серця 1 2 3 4
 12. Вам бракує впевненості у собі 1 2 3 4
 13. Ви відчуваєтеся безпечно 1 2 3 4
 14. Ви намагаєтеся уникати критичних ситуацій і труднощів 1 2 3 4
 15. Вам буває хандра, туга 1 2 3 4
 16. Ви буваєте задоволені 1 2 3 4
 17. Всякі дрібниці відволікають вас 1 2 3 4
 18. Ви так переживаєте розчарування, що потім він довго не можете про неї забути 1 2 3 4
 19. Ви урівноважений людина 1 2 3 4
 20. Вас охоплює сильне занепокоєння, як ви думки про свої добрі справи і турботах 1 2 3 4
- Особистісна тривожність (ОТ) визначається по ключу:
 $(ОТ) = (2, 3, 4, 5, 8, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20) - (1, 6, 7, 10, 13, 16, 19) + 35$
 Результати оцінюються зазвичай, у градаціях:
 До 30 балів – низька;
 31 – 45 балів – середня;
 46 балів і більше – висока тривожність.

Додаток В

ШКАЛА ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ PSM-25

Інструкція: пропонується ряд тверджень, що характеризують психічний стан. Оцініть, будь ласка, ваш стан за останній тиждень за допомогою 8-бальної шкали. Для цього на бланку опитувальника поруч з кожним твердженням обведіть число від 1 до 8, яке найбільш точно визначає ваші переживання. Тут немає неправильних або помилкових відповідей. Відповідайте якомога щире. Для виконання тесту буде потрібно приблизно п'ять хвилин.

Цифри від 1 до 8 означають частоту переживань:

1 - «ніколи»; 2 - «вкрай рідко»; 3 - «дуже рідко»; 4 - «рідко»; 5 - «іноді»; 6 - «часто»; 7 - «дуже часто»; 8 - «постійно (щодня)».

1	Стан напруженості і крайньої схвильованості (напруженості)	12345678
2	Відчуття клубка в горлі і / або сухості в роті	12345678
3	Я перевантажений (а) роботою. Мені зовсім не вистачає часу	12345678
4	Я поспіхом проковтую їжу або забуваю поїсти	12345678
5	Після роботи я не можу відключитися від думок про незавершені справи, проблеми, плани; я «застрягаю» на переживаннях робочих ситуацій і невирішених питань, обмірковую свої ідеї знову і зно	12345678
6	Я відчуваю себе самотнім (ой) і незрозумілим (ой)	12345678
7	Я страждаю від фізичного нездужання; у мене запаморочення, головний біль, напруженість і дискомфорт в області шийного відділу, болі в спині, спазми в шлунку	12345678
8	Я поглинений (а) похмурими думками, змучений (а) тривожними станами	12345678
9	Мене раптово кидає то в жар, то в холод	12345678
10	Я забуваю про зустрічі або справах, які повинен зробити або вирішити	12345678
11	У мене часто псується настрій; я легко можу заплакати від образи або проявити агресію, лют	12345678
12	Я відчуваю себе втомленим людиною	12345678
13	У важких ситуаціях я міцно стискаю зуби (чи стискаю кулаки)	12345678
14	Я спокійний (на) і безтурботний (на) *	12345678
15	Мені важко дихати і / або у мене раптово перехоплює подих	12345678
16	Я маю проблеми з травленням і з кишечником (болі, кольки, розлади або запори)	12345678

17	Я схвилюваний (а), стурбований (а), збуджений (а)	12345678
18	Я легко лякаюся; шум або шерех змушують мене здригатися	12345678
19	Мені необхідно більш ніж півгодини для того, щоб заснути	12345678
20	Я збитий (а) з пантелику; мої думки сплутані; мені не вистачає зосередженості і я не можу сконцентрувати увагу	12345678
21	У мене втомлений вигляд; мішки або круги під очима	12345678
22	Я відчуваю тяжкість на своїх плечах	12345678
23	Я стривожений (а), мені необхідно постійно рухатися; я не можу стояти або сидіти на одному місці	12345678
24	Мені важко контролювати свої вчинки, емоції, настрої або жести	12345678
25	Я відчуваю напруженість *	12345678

Примітка. * Зворотні питання.

Обробка і інтерпретація результатів. Підраховується сума всіх відповідей - інтегральний показник психічної напруженості (ППН). Питання 14 оцінюється в зворотному порядку. Чим більше ППН, тим вище рівень психологічного стресу.

ППН більше 155 балів - високий рівень стресу, свідчить про стан дезадаптації і психічного дискомфорту, необхідності застосування широкого спектра засобів і методів для зниження нервово-психічної напруженості, психологічного розвантаження, зміни стилю мислення і життя.

ППН в інтервалі 154-100 балів - середній рівень стресу.

Низький рівень стресу, *ППН менше 100 балів*, свідчить про стан психологічної адаптованості TM до робочих навантажень

ТЕСТ НА ВИЗНАЧЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ ЗА В. А. СЕМІЧЕНКО

Інструкція: «Перед Вами в анкеті запропоновані деякі твердження. Напроти номера кожного з них у відповідному бланку Вам необхідно поставити цифру, яка найбільшою мірою відповідає Вашим уявленням про себе та свою поведінку: «1», якщо запропоноване трапляється з Вами рідко, «2», якщо інколи, «3», якщо часто».

Твердження

1. Я думаю, що мене недооцінюють у колективі.
2. Я намагаюсь вчитись та працювати, навіть коли почуваюсь не зовсім здоровим(ою).
3. Я хвилююсь щодо якості своєї роботи.
4. Я буваю налаштований(а) агресивно.
5. Я не терплю критики на свою адресу.
6. Я буваю роздратованим(ою).
7. Я намагаюсь бути лідером там, де це можливо.
8. Мене вважають наполегливою людиною.
9. Я страждаю від безсоння
10. Своїм ворогам я здатен(на) дати відсіч.
11. Я емоційно та хворобливо переживаю неприємності.
12. Мені не вистачає часу для відпочинку.
13. У мене виникають конфліктні ситуації.
14. Мені не вистачає влади, щоб реалізувати себе.
15. Мені не вистачає часу, щоб займатись улюбленою справою.
16. Я все роблю швидко.
17. Я відчуваю страх, що не впораюсь із важливим завданням.
18. Я дію зопалу, а потім переживаю щодо моїх дій та вчинків.

ШКАЛА БЕЗНАДІЙНОСТІ А. БЕКА

На кожне з нижчеперелічених запитань, ви можете відповісти «ПРАВИЛЬНО» або «НЕПРАВИЛЬНО», за що отримаєте відповідну кількість балів.

1. Я чекаю на майбутнє з надією та ентузіазмом;
2. Мені час здатися, адже я нічого не можу змінити на краще;
3. Коли справи йдуть погано, мені допомагає думка, що так не може бути постійно;
4. Я не можу уявити, яким буде моє життя за 10 років;
5. У мене достатньо часу, щоб завершити справи, якими я найбільше хочу займатися;
6. В майбутньому я сподіваюся досягти успіху в тому, що мені найбільше подобається;
7. Майбутнє уявляється мені в п'їтмї;
8. Я сподіваюся отримати від життя більше хорошого, ніж середньостатистична людина;
9. У моєму житті немає ніяких просвітїв, як і причин сподїватися, що незабаром вони з'являться;
10. Мїй попереднїй досвід добре підготував мене до майбутнього;
11. Все, що я бачу попереду, – швидше, неприємностї, ніж радостї;
12. Я не сподїваюся досягти того, чого дїйсно хочу;
13. Коли я дивлюся в майбутнє, то сподїваюся бути щасливїшим, ніж зараз;
14. Справи йдуть не так, як менї хочеться;
15. Я вїрю у своє майбутнє;
16. Я нїколи не досягаю того, чого хочу. Тому вважаю, що хотїти чогось – нерозумно;
17. Малоїмовїрно, що в майбутньому я отримаю реальне задоволення;
18. Майбутнє уявляється менї розпливчастим і невизначеним;
19. У майбутньому на мене чекає більше хороших днїв, ніж поганих;
20. Марно намагатися отримати те, чого я хочу, тому що, ймовїрно, я цього не доб'юся.

Пїдрахунок балїв

Залежно від вибраної вами вїдповїдї, ви отримуєте 1 або 0 балїв. У таблицї зазначено варїанти вїдповїдей, якї оцїнюються в 1 бал. Вїдповїдно, вибираючи протилежний варїант, ви не набираєте жодного.

1. Неправильно – 1 бал
2. Вїрно – 1 бал
3. Неправильно – 1 бал
4. Вїрно – 1 бал
5. Неправильно – 1 бал
6. Вїрно – 1 бал
7. Вїрно – 1 бал

- 8.Неправильно – 1 бал
- 9. Вірно – 1 бал
- 10. Неправильно – 1 бал
- 11. Вірно – 1 бал
- 12. Вірно – 1 бал
- 13. Неправильно – 1 бал
- 14. Вірно – 1 бал
- 15. Неправильно – 1 бал
- 16. Вірно – 1 бал
- 17. Вірно – 1 бал
- 18. Вірно – 1 бал
- 19. Неправильно – 1 бал
- 20. Вірно – 1 бал.

Інтерпретація результатів

- ☐ 0–3 бали – безнадію не визначено;
- ☐ 4–8 балів – безнадія легка;
- ☐ 9–14 балів – безнадія помірна;
- ☐ 15–20 балів – безнадія важка.