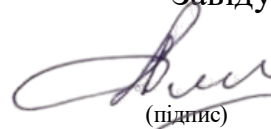


МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова
Навчально науковий гуманітарний інститут

Кафедра психології

«Допущений до захисту»

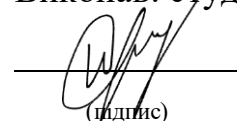
Завідувач кафедри

 Карсканова С. В.
(підпис)

«10» 12 2025 р.

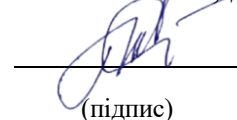
КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»
на тему: ПСИХОЛОГІЧНІ ПРИЙОМИ ПОДОЛАННЯ ПАНІЧНИХ
АТАК В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Виконав: студент групи 6558МЗ

 Ческідова І.О.
(підпис)

Керівник роботи:

к. психол. н., доцент

 Чугуєва І.Є.
(підпис)

Миколаїв – 2025 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування імені адмірала
Макарова

Навчально-науковий гуманітарний інститут

Кафедра психології
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Гарант освітньої програми
Литвиненко І.С.
(підпис)

«05» 09 2025 р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Студентці Ческідовій Ірині Олегівні

1. Тема роботи: Психологічні прийоми подолання панічних атак в умовах воєнного стану

Керівник роботи к. психол. н., доцент Чугуєва Інна Євгеніївна
Затверджені наказом ректора № 967-уч від «5» вересня 2025 року

2. Термін подання роботи: 1 грудня 2025 р.

3. Вихідні дані по роботі: спеціальна наукова і методична література та інші матеріали з психології, передовий практичний досвід.

4. Перелік питань, що належать до розробки (найменування розділів):
Теоретико-методологічні засади дослідження панічних атак в умовах воєнного стану, емпіричне дослідження причин, проявів та методів подолання панічних атак в умовах воєнного стану, психологічні прийоми подолання панічних атак в умовах воєнного стану

5. Перелік презентаційних матеріалів: презентація доповіді по роботі у форматі Microsoft Power Point загальною кількістю 11 слайдів, з висвітленням таких питань як об'єкт предмет, мета і завдання роботи (2 слайди), використані методи емпіричного дослідження (1 слайд), теоретичні узагальнення з теми дослідження (2 слайди), результати емпіричного дослідження, їх демонстрація (рисунки, таблиці), аналіз та інтерпретація (5 слайдів), висновки (1 слайд).

7. Дата видачі завдання «5» вересня 2025 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

Номер	Назва етапів роботи	Терміни виконання етапів роботи	Примітка
1.	Формулювання теми роботи	01.09.2025	
2.	Опрацювання літератури з теми дослідження. Визначення мети, завдань, об'єкта, предмета дослідження.	10.09.2025	Список використаної літератури має включати не менше 40 позицій (передусім сучасні актуальні із яких не менше 25% - за останні п'ять років).
3.	Написання вступу. Визначення методів і бази дослідження.	10.09.2025-15.09.2025	Вступ (обсяг 3 – 4 сторінки)
4.	Написання Розділу 1. Подання на перевірку	15.09.2025-30.09.2025.	Розділ 1. (15-20 сторінок)
5.	Підготовка та проведення емпіричного дослідження (констатувальний експеримент).	30.09.2025-10.10.2025	Розділ 2. (15-20 сторінок)
6.	Написання Розділу 2. Подання на перевірку	10.10.2025 - 31.10.2025	
7.	Підготовка та проведення емпіричного дослідження (формувальний експеримент).	31.10.2025-10.11.2025	
8.	Написання Розділу 3. Подання на перевірку	10.11.2025-22.11.2025	Розділ 3 (20-30 сторінок)
9.	Оформлення тексту роботи. Подання керівнику на перевірку. Перевірка роботи на академічну доброчесність	22.11.2025-25.11.2025	Загальний обсяг основного тексту роботи 40 – 50 сторінок.
10.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	25.11.2025-28.11.2025	
11.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	28.11.2025-01.12.2025	
12.	Подання кваліфікаційної роботи на рецензування	01.12.2025-08.12.2025	
13.	Захист роботи	15.12.2025-25.12.2025	

Студент

(підпис)

Керівник роботи

(підпис)

Ческідова І.О.

Чугуєва І.Є.

АНОТАЦІЯ

Ческідова І.О. Психологічні прийоми подолання панічних атак в умовах воєнного стану. Кваліфікаційна робота зі спеціальності 053 «Психологія», освітньої програми «Психологія». Миколаїв: НУК ім. адм. Макарова, 2025. 80 сторінок.

В кваліфікаційній роботі досліджено, що панічні атаки є одним з найпоширеніших проявів тривожних розладів у сучасному світі, і в умовах війни їхня частота різко зростає. Страх, невизначеність, постійне відчуття небезпеки та інформативне перенавантаження створюють середовище, в якому нервова система людини перебуває у стані постійної напруги. Ця напруга призводить до активації симпатичної нервової системи, підвищення рівня кортизолу, збою механізмів саморегуляції та розвитку соматичних симптомів, які суб'єктивно сприймаються як неконтрольований напад страху.

З огляду на результати попередніх досліджень, у роботі було зроблено акцент на когнітивно-поведінковій парадигмі як найбільш ефективній у роботі з панічними розладами. Саме цей напрям дозволяє ідентифікувати автоматичні думки, замінювати їх більш реалістичними, формувати адаптивні поведінкові реакції. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є доказовим методом, що має найвищі показники ефективності серед психотерапевтичних підходів при лікуванні панічних атак, підтверджені численними дослідженнями. Вона поєднує роботу з мисленням, емоціями, поведінкою та тілом, формуючи нову систему саморегуляції, засновану на усвідомленні, прийнятті і контролі.

У другому розділі кваліфікаційної роботи була розроблена та проведена емпірична частина дослідження, яка мала на меті вивчити рівень тривожності, особливості панічних проявів та ефективність психологічних методів подолання тривоги у групи респондентів. У вибірку увійшли 25 осіб, серед яких 20 жінок віком від 20 до 35 років та 5 чоловіків віком від 19 до 30 років. Вісім осіб із цієї групи мали діагностований тривожний розлад і проходили медикаментозне

лікування під наглядом психіатра, але водночас брали участь у психологічних консультаціях.

Для оцінки емоційного стану було використано комплекс методик: Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A), тест GAD-7, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, анкета здоров'я Дж. Катона (PHQ), когнітивна модель панічного розладу Девіда Кларка, а також щоденник тривожності та анкета самопочуття, активності й настрою (САН).

У результаті дослідження було сформовано низку практичних рекомендацій для психологів, які працюють у кризових умовах. Необхідно приділяти увагу нормалізації тілесних реакцій клієнта, навчати його прийняттю власних емоцій, поступово повертати контроль через усвідомлення, а не через боротьбу. Також важливо адаптувати техніки до контексту війни, додавати елементи стабілізації, ритуали безпеки, створювати короткі програми підтримки, які клієнт може виконувати самостійно навіть під час тривоги. У процесі роботи було підтверджено, що когнітивно-поведінковий підхід має найбільшу практичну ефективність. Результати чітко свідчать, що психологічна допомога повинна бути системною та орієнтованою на розвиток внутрішніх ресурсів людини. Після закінчення програми 80% учасників повідомили про покращення емоційного стану, підвищення самооцінки та впевненості в подоланні труднощів. Це підтверджує, що навіть у складних соціальних умовах людина здатна відновлювати психологічну стійкість.

Ключові слова: психологія, панічні атаки, військовий стан, когнітивно-поведінкова терапія, майндфулнес, психологічні прийоми.

ANNOTATION

Cheskidova I.O. *Psychological techniques for overcoming panic attacks in martial law.* Qualification work in the specialty 053 "Psychology", educational program "Psychology". Mykolaiv: NUK im. adm. Makarov, 2025. 80 pages.

The qualification work investigates that panic attacks are one of the most common manifestations of anxiety disorders in the modern world, and in wartime their frequency increases sharply. Fear, uncertainty, a constant sense of danger and information overload create an environment in which the human nervous system is in a state of constant tension. This tension leads to activation of the sympathetic nervous system, increased cortisol levels, failure of self-regulation mechanisms and the development of somatic symptoms, which are subjectively perceived as an uncontrolled attack of fear.

Given the results of previous studies, the work focused on the cognitive-behavioral paradigm as the most effective in working with panic disorders. It is this direction that allows you to identify automatic thoughts, replace them with more realistic ones, and form adaptive behavioral responses. Cognitive-behavioral therapy (CBT) is an evidence-based method that has the highest effectiveness among psychotherapeutic approaches in the treatment of panic attacks, confirmed by numerous studies. It combines work with thinking, emotions, behavior and body, forming a new system of self-regulation based on awareness, acceptance and control. In the second section of the qualification work, the empirical part of the study was developed and conducted, which aimed to study the level of anxiety, the features of panic manifestations and the effectiveness of psychological methods of overcoming anxiety in a group of respondents. The sample included 25 people, including 20 women aged 20 to 35 and 5 men aged 19 to 30. Eight people from this group had a diagnosed anxiety disorder and were undergoing medication treatment under the supervision of a psychiatrist, but at the same time participated in psychological consultations.

To assess the emotional state, a set of methods was used: the Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), the GAD-7 test, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Spielberger-Hanin Reactive and Personal Anxiety Scale, the J. Cato Health

Questionnaire (PHQ), the cognitive model of panic disorder by David Clark, as well as the anxiety diary and the well-being, activity and mood questionnaire (SAN).

As a result of the study, a number of practical recommendations were formed for psychologists working in crisis conditions. It is necessary to pay attention to the normalization of the client's bodily reactions, teach him to accept his own emotions, gradually regain control through awareness, not through struggle. It is also important to adapt techniques to the context of war, add elements of stabilization, safety rituals, create short support programs that the client can perform independently even during anxiety. In the process of work, it was confirmed that the cognitive-behavioral approach has the greatest practical effectiveness. The results clearly indicate that psychological assistance should be systematic and focused on the development of a person's internal resources. After completing the program, 80% of participants reported an improvement in their emotional state, increased self-esteem and confidence in overcoming difficulties. This confirms that even in difficult social conditions, a person is able to restore psychological stability.

Keywords: psychology, panic attacks, military state, cognitive-behavioral therapy, mindfulness, psychological techniques.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
ПАНІЧНИХ АТАК В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	10
1.1. Сутність феномену виникнення панічних атак, їх клінічні характеристики, психологічні та фізіологічні аспекти.....	10
1.2. Військові дії як чинник розвитку панічних атак.....	14
1.3. Панічні атаки як прояв тривожних, депресивних розладів та ПТСР	17
1.4. Внутрішній конфлікт як причина виникнення панічних атак.....	24
1.5. Психологічні методи подолання панічних атак	27
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИЧИН, ПРОЯВІВ ТА	
МЕТОДІВ ПОДОЛАННЯ ПАНІЧНИХ АТАК В УМОВАХ ВОЄННОГО	
СТАНУ	32
2.1. Підходи щодо дослідження рівня тривожності та особливостей проявів тривоги	32
2.2. Організація та методичне забезпечення емпіричного дослідження.....	36
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів емпіричного дослідження	41
РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГІЧНІ ПРИЙОМИ ПОДОЛАННЯ ПАНІЧНИХ	
АТАК В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	49
3.1. Програма психологічної корекції осіб з панічними атаками.....	49
3.2. Аналіз результатів формуючого експерименту.....	57
3.3. Рекомендації щодо прийомів боротьби з високим рівнем тривожності та панічними атаками.....	63
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	81

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасний світ з його швидкими та швидкоплинними інформаційними, технічними, політичними змінами вимагає від людей неабиякої стресостійкості. Сучасна людина знаходиться у постійному вирії подій: домашні справи, вирішення робочих питань, постійне інформаційне навантаження за рахунок соціальних мереж, потоків інформації про події в Україні та у світі.

Великого психологічного впливу людство зазнало під час пандемії COVID- 19, оскільки людство вперше за останні багато років стикнулося з новим вірусом, велика кількість людей залишилась без робочих місць у зв'язку з карантинними обмеженнями, частина населення, яка має хронічні захворювання, старша вікова категорія, переживали неабиякий стрес у зв'язку із страхом захворіти та мати важкий перебіг хвороби, люди стикнулися із страхом за життя та здоров'я як своїх рідних та близьких, так і за своє власне, деякі люди втратили рідних, організм яких не зміг справитися із хворобою.

З лютого 2024 року українцям довелося стикнутися з новим важким випробуванням – початком повномасштабного вторгнення російських військ на територію України. Частина людей залишила власні домівки та вимушені були переїхати до інших міст або закордон, частина населення й надалі втрачає місця в яких вони жили, через руйнування внаслідок застосування військової зброї, ракет, шахедів тощо. Окрім руйнувань власного майна, гинуть люди, дехто втрачає цілі сім'ї, дітей, батьків, друзів та близьких. Не можна не підкреслити той факт, що чоловіки, які знаходяться на фронті, зазнають великого рівня стресу, їх родити також перебувають у постійній напрузі через страх втрати близької людини.

Таким чином, в сучасних умовах постає питання дослідження психологічних прийомів подолання панічних атак.

Феномен панічних атак та тривожності актуальне питання в сучасних умовах, а особливо в умовах військового стану.

Питанню дослідження панічних атак з різних аспектів та причин походження приділяли увагу як вітчизняні, так і зарубіжні науковці, дослідники та спеціалісти різних галузей науки.

Серед вітчизняних дослідників варто виділити Юр'єву Л.М., яка досліджувала в своїх працях кризові стани, їх діагностику та корекції панічних та тривожних розладів [1], Туріну Л.О. [2], яка розглядає питання стресу та його впливу на психіку, що пов'язане з виникненням тривожних розладів, Чабана О.С., який широко досліджував явища психосоматики, зокрема тривожні розлади, Бека А., який є засновником когнітивно-поведінкової терапії, як методу корекції психологічних станів, пов'язаних з панічними атаками, Кларка Д., який зробив вагомий вклад у розвиток когнітивно-поведінкової терапії, Бенталл Р, відомий завдяки своїм роботам в галузі психопатології, зокрема дослідженні панічних розладів. Велику увагу дослідженні тривожності у різних аспектах її прояву у своїх працях приділяли Е. Еріксон, С. Холл, Ш. Бюллер. Якщо говорити про вияв особистісної тривоги, то тут варта зазначити праці Б. Дж. Седока та Вознесенської Т.Г.

Питання дослідження панічних атак, причин їх прояву, тривожних розладів, а особливо під час військового стану є досить суперечливим питанням та вимагає подальшого дослідження. Тому дослідження та впровадження методів корекції, психологічних прийомів подолання панічних атак в умовах воєнного стану є актуальним питанням сьогодення та потребує додаткового вивчення.

Мета дослідження: теоретично дослідити феномен панічних атак та емпірично обґрунтувати психологічні прийоми подолання панічних атак в умовах військового стану.

Завдання дослідження впливають с основної мети дослідження, таким чином можна зазначити наступні завдання:

- дослідити сутність феномену виникнення панічних атак, їх клінічних характеристик, психологічних та фізіологічних аспектів;

- розглянути військові дії як один із чинників високого рівня тривожності та причину виникнення панічних атак;
- дослідити феномен панічних атак як прояв тривожних, депресивних розладів та ПТСР (посттравматичний стресовий розлад);
- розглянути внутрішній конфлікт як причину виникнення панічних атак;
- теоретично дослідити методи подолання панічних атак;
- провести емпіричне дослідження причин, проявів та методів подолання панічних атак в умовах воєнного стану;
- дослідити підходи щодо подолання панічних атак;
- сформулювати програму психологічної корекції осіб з панічними атаками

Об'єкт дослідження: панічні атаки та тривожність.

Предмет дослідження: психологічні прийоми подолання панічних атак під впливом стресових факторів, спричинений воєнним станом.

Гіпотеза дослідження: використання психологічних прийомів (когнітивно-поведінкової терапії, дихальних технік, майндфулнес технік, методів релаксації та саморегуляції) сприяє зниженню кількості панічних атак та їх інтенсивності в умовах військового стану.

Методи дослідження: під час проведення дослідження використовуються як загальнонаукові, так і спеціальні методи, серед яких можна зазначити індукцію та дедукцію, аналіз та синтез при теоретичному дослідженні, в ході емпіричної частини дослідження використовуються опитування, анкетування, статистичні методи використовуються в процесі аналізу отриманої в ході дослідження інформації, також використовуються психологічні методики, такі як Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A), Тест на тривожність GAD – 7, Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна, Анкета здоров'я щодо нападів паніки Дж. Катона (PHQ), Когнітивна модель панічного розладу Девіда Кларка, щоденник тривожності, а також анкети щодо самопочуття, активності та настрою.

Експериментальна база дослідження: особи, що страждають панічними атаками.

Теоретичне значення даної роботи полягає у розширенні та поглибленні знань про панічні атаки, особливо в умовах воєнного стану та психологічних методик їх подолання.

Практичне значення даної роботи полягає у формуванні корекційної програми, що включає в себе різні методи та підходи, що сприятимуть зменшенню кількості та інтенсивності панічних атак під час військового стану.

Ключові слова: психологія, панічні атаки, військовий стан, когнітивно-поведінкова терапія, майндфулнес, психологічні прийоми.

Апробація результатів дослідження.

Ческідова І.О, Чугуєва І.Є., Роль когнітивно-поведінкової терапії в психологічному консультуванні осіб з панічними атаками. Клінічна психологія та психотерапія у дзеркалі сучасності: матеріали I міжнародної науково-практичної конференції, м. Київ, 24-25 жовтня 2025 р., м. Київ

Структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна магістерська робота складається із вступу, трьох розділів, висновків. Загальний обсяг роботи налічує 80 сторінок друкованого тексту. Робота містить 5 рисунків та 14 таблиць. Список використаних джерел налічує 40 найменувань.

РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАНІЧНИХ АТАК В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

1.1. Сутність феномену виникнення панічних атак, їх клінічні характеристики, психологічні та фізіологічні аспекти

Термін «панічна атака» протягом останніх років став дуже вживаним із збільшенням негативних факторів, що спричиняють стрес. Даний термін досить часто вживається в галузі психології та психіатрії, характеризуючись несподіваним спалахом тривоги без чіткої причини. Існує досить велика кількість підходів, згідно яких можна тлумачити термін «панічна атака».

Якщо розглядати панічну атаку з біологічного підходу, то дане явище позиціонується як результат порушень біологічних функцій організму. У розрізі даного підходу розглядаються конкретні зміни в організмі, такі як, наприклад, зміна хімії головного мозку, хімічний або гормональні зміни організму, які можуть сприяти виникненню панічних атак. Дослідники у галузі ендокринології вивчають роль гормонів, таких як адреналін та кортизол, а також тиреотропний гормон, збільшення яких може впливати на активацію нервової системи, тим самим спричиняти підвищену тривожність та провокувати панічні атаки [3].

Спеціалісти у галузі нейрохімії досліджують роль нейромедіаторів, таких як норадреналін, серотонін, GABA у спричиненні панічних атак. Зміна рівнів цих хімічних речовин можуть по-різному впливати на передачу сигналів у головному мозку та провокувати тривожність. Сутність даних досліджень базується на фізіологічних відповідях організму, таких як, реакція автономної нервової системи та активність серцево-судинної активності.

Дослідники у галузі генетики зазначають, що генетичні чинники можуть впливати на спадковість формування панічних розладів.

Таким чином, можна зробити висновок, що прибічники біологічного підходу розглядають панічні атаки як комплекс біологічних чинників. Розуміння зазначених механізмів може допомогти розробці нових методів діагностики та лікування тривожних розладів [4].

Якщо розглядати поняття «панічна атака» з психологічної точки зору, то дане поняття можна тлумачити як результат довготривалої дії психологічних факторів, серед яких можна виділити стрес, травмуючі події, аномалії в когнітивній сфері та інші психічні чинники.

Психологи, які працюють в методі когнітивно-поведінкової терапії, вивчають роль когнітивних процесів у виникненні панічних атак. Таким чином, зазначається, що специфічні деструктивні думки або когнітивні викривлення можуть призводити до високого рівня тривожності, та, як наслідок, панічних атак.

Психологи, що працюють в методі психоаналізу, можуть зазначати, що в основі панічних атак криються глибинні психічні механізми, а також приділяється увага психосексуальному розвитку, конфліктам та ролі невідомого у формуванні тривожності [5].

Соціокультурний підхід визначає панічні атаки, як результати дії соціокультурних чинників на психічне здоров'я. В даному підході охоплюється не лише індивідуальні психічні процеси, а й взаємодія із культурним та соціальним оточенням. В соціокультурному підході дослідження базуються на тому, як культурні стереотипи можуть впливати на виникнення панічних атак та високого рівня тривожності.

Деякими психологами зазначається, що культурні очікування можуть формувати спосіб вираження та сприйняття тривожності в різних культурах [6].

В дослідженнях зазначається, яким чином суспільний тиск та стресові ситуації впливають на виникнення панічних атак. Соціокультурні фактори можуть включати певні очікування від індивіда у відповідності до соціальних норм та ролей. Таким чином, соціокультурні групи та спільноти можуть відігравати велику роль у формуванні. Індивідуальних реакцій на стрес та викликати підвищену тривожність. А також у дослідженнях зазначається вплив соціуму на соціального оточення на запобігання виникненню панічних атак та їх успішного лікування.

Складові соціокультурного підходу дозволяють розширити наше уявлення про те, яким саме чином культурний контекст може впливати на механізм виникнення панічних атак. У даному підході слід приділяти увагу до розробки культурно-чутливих стратегій терапії панічних атак [7].

Дослідження у нейронауці та її методах націлені на детальне вивчення певних мозкових сегментів та нейрохімічних процесів, які також можуть мати пряме відношення до виникнення панічних атак. Якщо спиратися на цей підхід, то він заперечує внутрішніх конфліктів, а спирається лише на мозкову активність та хімічну взаємодію. Дослідження базуються на ролі конкретних частин мозку, наприклад, гіпоталамус та амігдала у реакції на страх та стрес.

У дослідження аналізуються роль нейромедіаторів, таких як серотонін, норадреналін, GABA (гамма-амінобутанова кислота) у виникненні панічних атак. Дослідження у галузі нейронауки показують яким чином хімічний дисбаланс в головному мозку може впливати на рівень тривоги та провокувати панічні атаки. Деякі дослідники використовують такі методи, як FMRI та EEG для дослідження центрів активності головного мозку при панічній атаці.

Також можуть використовуватися методи нейромодуляції, такі як TMS (транскраніальна магнітна стимуляція). Ці підходи у нейронауці дають вагомий внесок у фізіологічні та хімічні фактори виникнення панічних атак, на основі чого, стає можливим розвиток та розробка нових більш досконалих методів діагностики та лікування панічного розладу [8].

Дослідники досить часто зазначають терміни, що тісно пов'язані з панічними таками, наприклад, «панічний розлад», «вегетативний криз», «генералізований тривожний розлад».

У дослідженнях, що мають крос-культурний підхід, увага приділяється термінології, яка враховує різноманітність культурних аспектів та їх вплив на сприйняття та вираженість панічних атак [9].

Однією з переважаючих причин виникнення панічних атак є виражений рівень внутрішньої тривоги. Характерною особливістю панічних атак є їх виникнення у неочікуваних та непередбачених ситуаціях.

Панічна атака – це епізод сильного страху, що супроводжується тілесними симптомами, які наведені в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1. Тілесні симптоми прояву панічних атак

Пітливість	Тремор	Відчуття нестачі повітря	Задуха	Біль в грудній клітці
Нудота	Блювота	Запаморочення в голові	Дереалізація	Деперсоналізація
Біль в животі	Оніміння або поколювання в кінцівках	Озноб	Жар	Страх смерті

Джерело: сформовано автором за даними [10]

Симптоми панічної атаки розвиваються за лічені секунди та за 5-10 хвилин досягають пікової точки та йдуть на спад. Як правило, панічна атака минає за максимум 15 хвилин, якщо ж напад продовжується довше, то можна говорити про серію панічних атак [11].

Особи з панічними атаками є надто чутливими до проявів фізичних та тілесних відчуттів, та інтерпретують їх у негативному світлі, а також є схильними до катастрофізації. Варто також підкреслити, що такі люди можуть робити катастрофічні інтерпретації несвідомо, а також ці думки можуть бути поза сферою їх обізнаності [12].

У психологічній літературі панічні атаки не вивчаються як окремий психофізіологічний феномен, а розглядається у комплексі з особистісними розладами. Якщо говорити в цілому, то панічна атака – це неконтрольований страх, який майже неможливо пояснити раціональним шляхом та має досить високу інтенсивність [13].

Панічні атаки можуть повторюватися через певний проміжок часу. Під час кожної нової панічної атаки людина починає розкручувати негативні думки та вірити у негативні сценарії, які не мають нічого спільного з реальністю.

Слід розмежовувати панічну атаку та панічний розлад, для якого характерне постійне відчуття тривоги та повторювальні панічні атаки. Самі по собі панічні атаки не завжди свідчать про наявність в людини панічного розладу або генералізованого тривожного розладу, хоча в обох випадках можуть спостерігатися серії панічних атак.

Загалом можна виділити 3 групи чинників, що можуть провокувати виникнення панічних атак:

1. Біологічні чинники (наприклад, гормональні зміни в організмі);
2. фізіологічні чинники (алкогольна інтоксикація, вживання наркотичних речовин, вживання певних лікарських засобів);
3. Психогенні чинники (дистрес, психотравмуючі ситуації, нервові перенапруження, стресові ситуації, з яких людина не може знайти вихід). Найбільш часто панічні атаки зустрічаються у віці 15-35 років у жінок.

Також панічні атаки можуть спостерігатися і у похилому віці, але вони є біднішими на симптоматичні прояви, хоча і мають виражену емоційну складову. Проте під час збору анамнезу у таких осіб, може виявитися, що вони мали панічні атаки і в більш молодому віці. Панічні атаки найчастіше відбуваються вдень, проте іноді можуть бути і нічними, коли людину «викидає» зі сну та вона прокидається з сильним страхом та тілесними відчуттями.

Панічні атаки досить чітко відображають якісні відмінності тієї або іншої форми психічного захворювання, в рамках якого вони розвивалися. Тому панічні атаки можна розглядати як окрему внутрішньоособистісну проблему, з якою може стикатися людина, а також можуть бути характерним симптомом тривожних, тривожно-депресивних та панічних розладів.

1.2. Військові дії як чинник розвитку панічних атак

Травма може бути фізичним або психічним ураженням, що виникає внаслідок дії надзвичайних ситуацій або подій. Якщо говорити про травми в умовах воєнного часу, то травма може бути у різних формах, таких як втрата близьких людей, фізичні поранення, переживання жахливих подій.

Травму можна класифікувати як психічну, так і фізичну. Фізичні травми виникають внаслідок фізичних ушкоджень, які може отримати людина, наприклад, внаслідок воєнних дій, таких як поранення, інвалідизація тощо.

Психічні травми ж напряму пов'язані з емоційними переживаннями та пережитим стресом, пережитим страхом, насильством, втрати близької людини тощо.

В контексті воєнних конфліктів травматичними подіями можуть виступати бойові дії, атаки, обстріли, терористичні акти, біженство або інші ситуації, що напряму можуть загрожувати безпеці та благополуччю індивіда [14].

Травматичні події можуть мати дуже сильний вплив на психоемоційний стан людини, викликаючи, наприклад, тривожність, депресію або навіть посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Розуміння даних понять відіграє ключову роль у розкритті механізмів та наслідків травматичних подій під час воєнного стану, а також розробці механізмів психологічної підтримки та реабілітації.

Сам по собі воєнний час формує надзвичайно складне середовище, в якому індивіди зазнають різноманітний вплив травмуючих подій, що негативним чином відображаються на їх психічному здоров'ї.

Військові дії можуть, як на пряму, призводити до фізичних травм, таких як ушкодження частин тіла, травматичні ампутації кінцівок, поранення, так і призводити не лише до фізичного страждання, а й впливати на психічне здоров'я, внаслідок чого люди можуть потребувати психологічну реабілітацію [15].

Втрата близьких людей або якщо, наприклад, людина стала свідком завданих військових ударів по території країни, можуть спричиняти глибоку

психологічну травму та призводити до емоційного страждання. Деякі люди можуть втрати свою домівку та бути вимушеними біженцями до інших країн, що також призводить до значного стресу, відчуття втрати контролю та невизначеності майбутнього [16].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є психічною реакцією на пережитий стрес або травмуючу подію, що може супроводжуватися такими симптомами як повторювальні спогади, високий рівень тривожності, відчуття дереалізації.

Також не можна не зауважити той факт, що воєнні дії можуть призводити до сексуального насилля на тимчасово окупованих територіях з боку військових країни-агресора. Сексуальне насилля дуже тяжко переживається та досить часто супроводжується травмами у сексуальній сфері та призводять до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [17].

Воєнний час зазвичай є періодом, що супроводжується політичною та соціальною напругою, а також несе в собі травматичні для психіки людини аспекти. Такі аспекти можуть залишати сліди на довгі роки або навіть усе життя людини та створювати певні проблеми, що пов'язані із стресом та психічним здоров'ям в цілому. Тому дослідження та вивчення воєнного, як травматичної події, надає розуміння механізмів та наслідків, які виникають внаслідок цього, а тому стає можливим розроблення ефективних підходів до психологічної реабілітації та підтримки постраждалих вій війни осіб.

Не можна не підкреслити роль військових у дослідженні даного питання. Чоловіки можуть бути мобілізовані на військову службу або доєднуватися добровільно, це ж саме стосується і жінок. Таким чином, люди беруть на себе роль захисників за збереження цілісності держави. Така активна роль дозволяє проявляти власну силу та рішучість, але й піддаватися стресовим ситуаціям [18].

Якщо говорити про жінок, то вони можуть ставати на війні жертвами насильства та порушень людських прав. Жінка може ставати ціллю для гендерного та сексуального насилля, що може завдати як фізичної, так і

психологічної травматизації. Такий негативний досвід може повпливати на появу глибинних емоційних потрясінь, зокрема появу тривожних, депресивних та посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Жінки можуть брати на себе важливі соціокультурні та побутові функції під час війни. Також вони можуть втрачати членів сім'ї, брати на себе функцію забезпечення та виховання дітей, якщо чоловік загинув, захищаючи державу, або якщо жінка вимушено виїхала за кордон [19].

Варто також підкреслити, що психологічні виклики саме для жінок полягають у покладанні на них функцій, які до цього виконували чоловіки, такі як забезпечення родини, ухвалення та прийняття важливих рішень тощо. Такі нові ролі завдають великого стресу та емоційного навантаження, оскільки так жінка повинна взяти на себе нову, додаткову відповідальність.

В умовах війни люди вимушені адаптуватися до нової реальності, яка передбачає постійний стрес. Особливістю воєнного періоду є поєднання фізичних та психологічних викликів, через які існує небезпека не лише для окремого індивіда, а для суспільства в цілому. Пуски ракет, атаки безпілотними системами, артилерійські обстріли – це лише частина того, що загрожує народу України, внаслідок чого підвищується рівень тривожності у громадян.

1.3. Панічні атаки як прояв тривожних, депресивних розладів та ПТСР

Як вже зазначалось вище, в сучасних умовах, а особливо в умовах війни, психіка людей перебуває в постійній напрузі, що не може не вплинути негативним чином на психічне здоров'я в цілому. Протягом останніх років значно зросла кількість людей, що звертаються до лікарів, проходять медичне обстеження, а лікар не знаходить органічної причини симптомів. Зазвичай люди описують це як «раптово стало погано, почався тремор, задишка, нудота та страх», в такому випадку, маючи вже на руках результати обстеження, лікар може запідозрити, що описані симптоми є проявом панічних атак та скерувати таку людину до лікаря-психіатра за медикаментозною допомогою. Проте також важливим є участь тут психотерапії, аби виявити причини такого стану та попередити рецидиви у майбутньому.

Якщо говорити в цілому, то тривожні розлади є одними з найпоширеніших запитів до спеціалістів у сфері психіатрії. США є країною в якій найбільш активно ведуться спостереження за психічним здоров'ям людей. Згідно останніх досліджень, позитивний ризик для дорослих людей стосовно розвитку тривожних розладів становить 28%, серед дітей та підлітків цей показник знаходиться на рівні 20%. Поширеність окремих видів тривожних розладів наведемо на рисунку 1.1.

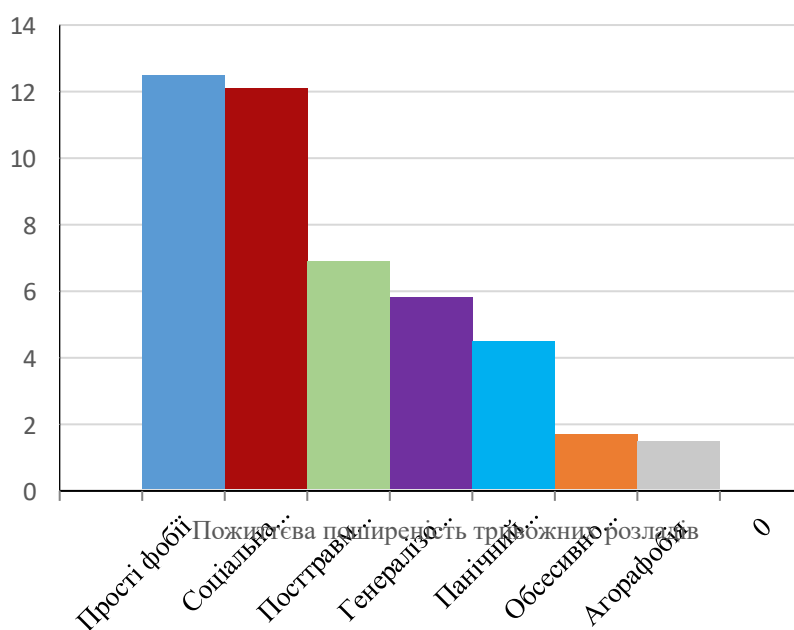


Рис.1.2.Статистика поширеності тривожних розладів

Джерело: сформовано автором за даними [20]

Незважаючи на те, що деякі розлади можуть здаватися примітивними та легкими, вони можуть неабияк погіршувати якість життя. Станом на сьогодні, емпірично доведеним в боротьбі з панічними атаками та тривожними розладами є метод когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Але в Україні, як і в багатьох інших країнах, спостерігається дефіцит спеціалістів, що працюють в методі когнітивно-поведінкової терапії.

КПТ є емпірично доведеним методом, що впливає з того, що дана методика базується переважно на сучасних наукових підходах стосовно розуміння механізмів тривожності, страху та фобій. Перш за все, когнітивно-поведінкова терапія пропонує модель, згідно якої прогресуюча тривога поступово перероджується у тривожний розлад, в якому ця тривога набуває циклічності та носить самопідтримуючий характер. Якщо говорити в цілому, то система тривоги є універсальною як для людського, так і тваринного організмів. Її основна функція

полягає в своєчасній ідентифікації небезпеки та загроз. Після виявлення загрози, відбувається мобілізація ресурсів організму, через що виникає психофізіологічна тривожна реакція, яку зазвичай називають «бий або біжи».

До прикладу, візьмемо ситуацію, що людина йде через ліс та раптом чує шум в кущах. Одразу відбувається мобілізація тіла для моментальної реакції, мозок одразу ідентифікує шелест як якусь загрозу, виникає емоція страху, що є сигналом про небезпеку, а тому людина, скоріше за все, інстинктивно відскочить або швидко відійде. Вже потім, перебуваючи на безпечній відстані, ми усвідомимо, що джерелом цього шелесту була жаба, а не отруйна змія. В цей момент мозок «деактивує» механізм тривоги і людина далі продовжить свою прогулянку в лісі. Цей механізм детальніше опишемо на рисунку 1.2

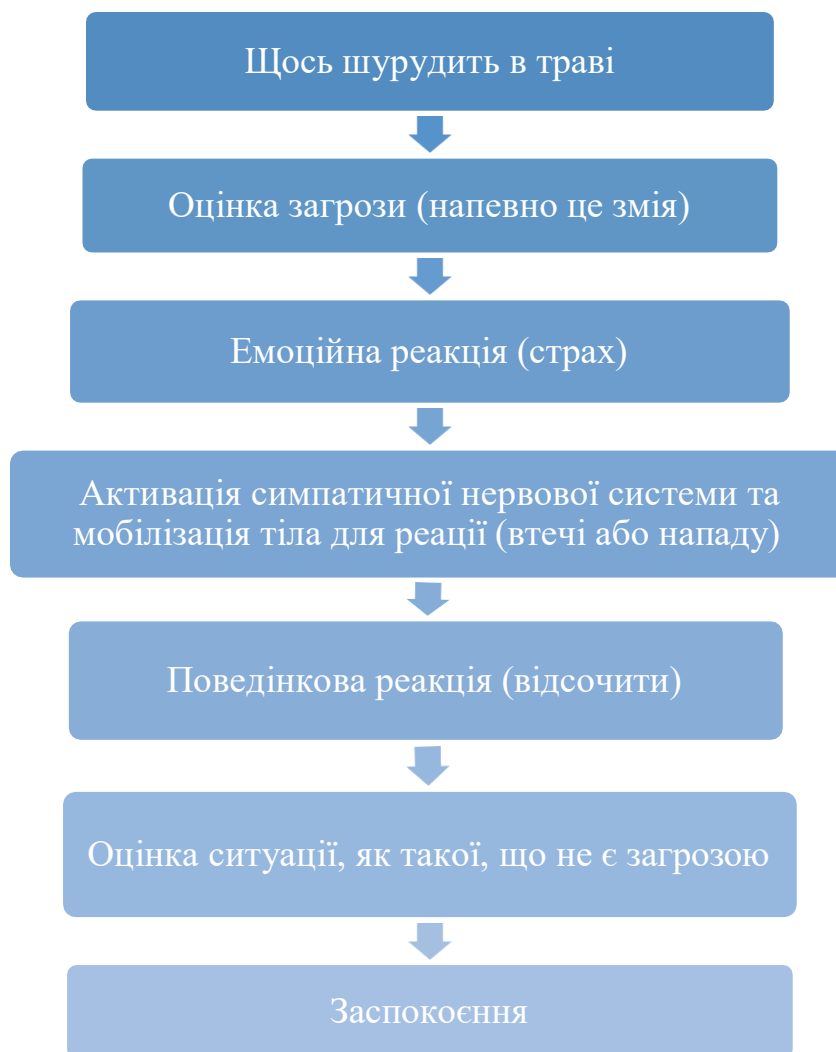


Рис.1.2.Лінійний характер тривоги

Джерело: сформовано автором за даними [21]

Важливим є правильне розуміння термінів «занепокоєння» та «тривога»,

оскільки їх невірне трактування може значно перешкоджати в роботі із такими запитами.

Занепокоєння – це когнітивний процес, який відбувається в розумі. Воно складається з уявного передбачення (антиципації) та підготовки до можливих наслідків у майбутньому. Наприклад, можна взяти ситуацію, що людина їде на СТО, аби відремонтувати свою машину, в думках може бути, що напевно це двигун вийшов з ладу, а ремонт може коштувати досить велику суму, а наразі на це немає коштів, але можливо механік погодиться на часткову оплату зараз, а потім на доплату залишкової суми, або ж не погодиться. В такому випадку

людина скоріше за все буде думати «я не зможу заплатити за ремонт, а отже залишуся без машини і не зможу вчасно добиратися до роботи». З даного прикладу чітко видно, що занепокоєння має два основних компоненти. Перший компонент – це думки про негативні події, які можуть статися та їхні наслідки. Другий – способи вирішення проблеми, тобто уявні зусилля розібратися з передбачуваними негативними наслідками.

Таким чином, занепокоєння можна розглядати як уявне планування і підготовку до майбутнього, а також побудову складних сценаріїв у спробі передбачити, що може статися та як з цим впоратися.

При тому, що люди багато про що непокоються, усі види занепокоєнь, як правило, мають спільні характеристики. Зазвичай занепокоєння починається з питання «а що як..». Занепокоєння – це переважно думки, що стосуються майбутнього. Навіть, якщо людина думає про минулі події, турбуючись, вона переживає про майбутні наслідки.

Занепокоєння завжди має негативний характер. Тобто, коли людина переймається через можливі майбутні результати, її не хвилюють потенційно позитивні результати, оскільки вони не потребують розв'язання будь-яких проблем. Таким чином, предметом занепокоєння є катастрофічна ситуація. Тобто відбувається зосередження на песимістичному сценарії, навіть, якщо він є малоімовірним.

Важливо підкреслити, що для всіх людей характерно час від часу відчувати переживання, що є абсолютно нормальним. Занепокоєння можна вважати проблематичним, коли воно наявне майже кожного дня, проявляється надмірно, важко піддається контролю та заважає повсякденному життю, а також викликає сильний дистрес.

Занепокоєння відбувається в розумі індивіда, тривога виникає в тілі. Тривога – це загальна назва різноманітних фізичних відчуттів, досвід яких люди отримують, коли перебувають у небезпеці або відчують загрозу. Відчуття тривоги може включати прискорене серцебиття, зміну дихання, проблеми зі

шлунком, пітливість, тремтіння, жар або холод, загальне відчуття занепокоєння, а також запаморочення.

Тривога – це частина більшої системи організму, призначеної для реагування на загрозу і небезпеку. Цю систему загроз зазвичай називають «бий або біжи», і в разі її виникнення відбувається саме те, що випливає з назви: реакція готує або до боротьби із загрозою, або до втечі від неї. Усі фізичні відчуття насправді є способом фізичної підготовки організму до дій у разі небезпеки.

Оскільки тривога є частиною системи виявлення загроз організму, це один із найважливіших механізмів виживання людини. Він присутній у тій чи іншій формі у всіх живих організмів на Землі. Він працює, щоб якомога скоріше врятувати вас від небезпеки.

Нажаль, у системи тривоги є дві проблеми. Перша – вона спрацьовує щоразу, коли людина думає, що їй загрожує небезпека, навіть якщо насправді це не так. Через те, що система виявлення загроз реагує на думки, вона може припуститися помилки. Тобто відчуття тривоги може з'явитися тоді, коли реальної загрози на даний момент немає.

Загалом, існує кілька різних типів тривожних розладів, і здебільшого вони вирізняються тим, що саме викликає тривогу. Наприклад, якщо після дотику до дверної ручки, людина починає переживати про мікроби, то це може свідчити про наявність obsесивно-компульсивного розладу.

Відтак, занепокоєння може проявлятися певною мірою у всіх індивідів. Проте воно може варіюватися у континуумі від помірного ступеня або відсутності до сильного (рисунок), і в якійсь точці цієї прямої знайдеться місце для кожного. Діагноз генералізований тривожний розлад означає, що занепокоєння людини перебуває у верхньому діапазоні континууму, що визначає за мету лікування, допомогу людині у переміщенні її рівня хвилювання і тривоги в помірний або низький діапазон континууму.[22]

Континуум занепокоєння

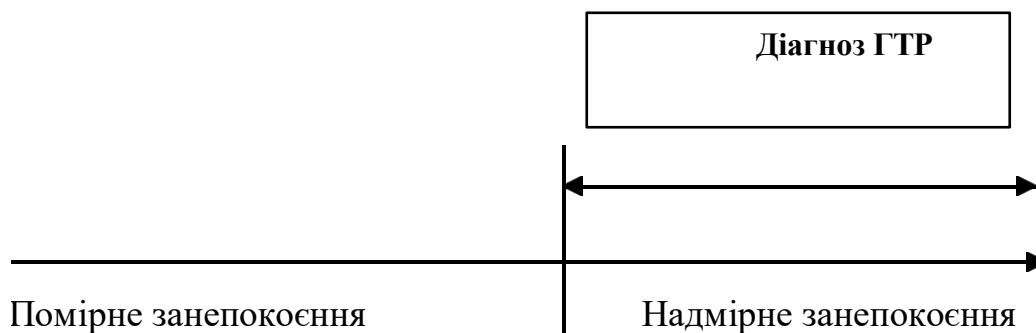


Рис 1.3. Континуум занепокоєння

Джерело: сформовано автором за даними [21]

Фахівці у сфері психічного здоров'я проводять лінії на континуумі та визначають, що тим, хто потрапляє за неї, ймовірно, буде поставлений діагноз. У клінічній ж практиці, цю лінію вважають нечіткою, тому що вона являє собою лише клінічний поріг. Якщо, дійшовши до певної точки, людина розуміє, що її симптоми викликають серйозний дистрес і заважають її нормальному життю, то такій людині встановлюють діагноз – тривожний розлад. Перевага в цьому випадку полягає в тому, що людина, яка його отримала та фахівець у галузі психічного здоров'я можуть знайти спільну мову, щоб обговорити, з чим саме людина має справу, а також домовитися про терапію.

Проте, між людьми, які перебувають по одну сторону лінії та по іншу, немає реальної різниці. Діагноз – це лише питання інтенсивності. Не усі люди, що мають ГТР однакові, так само, як і не всі люди без ГТР.

За ГТР занепокоєння має хронічний характер, а це означає, що надмірне хвилювання постійно присутнє впродовж щонайменше шести місяців і не пов'язане виключно зі стресом у житті людини. Існує шість фізичних симптомів, що можуть відчувати люди з тривожним розладом, хоча для відповідності діагнозу ГТР мають бути наявні хоча б три:

1. Занепокоєння, напруженість або нервозність
2. Швидка стомлюваність
3. Труднощі із концентрацією уваги

4. Дратівливість
5. М'язова напруга
6. порушення сну

Ці фізичні симптоми проявляються хронічно. Вони турбують людину регулярно протягом, мінімум, шести місяців. Для постановки діагнозу ГТР, ці симптоми занепокоєння та тривоги повинні негативно впливати на якість життя і порушувати повсякденну діяльність людини[23].

1.4. Внутрішній конфлікт як причина виникнення панічних атак

Серед усіх тривожних розладів ядром проблеми є саме психологічний компонент. Таким чином, найефективнішою у даному випадку буде саме психотерапія.

Якщо дивитися на тривогу з точки зору медицини, то тривога – це результат дистресу. Дистрес, в свою чергу, - це стрес, що пов'язаний з досить вираженими негативними емоціями та має шкідливий вплив на людське здоров'я, частіше ним є саме довготривалий стрес, при якому відбувається виснаження адаптаційних ресурсів організму. Панічна атака є різким викидом в організм адреналіну та норадреналіну, через що і виникають вже зазначені раніше симптоми. [24] Проблема тут полягає в тому, що дистрес, який був початком запуску усього цього механізму, зазвичай, не береться до уваги та всі наступні терапевтичні дії спрямовуються на усунення наслідків дистресу шляхом блокування рецепторів, що чутливі до катехоламінів. Переважно, саме таким і є механізм дії препаратів транквілізаторів та антидепресантів, що використовуються у медичній практиці при лікуванні панічних атак.

Скоріше за все, терапія буде давати ефект до того моменту, доки людина, що страждає панічними атаками, приймає її. Але, варто зауважити, якщо сама стресова ситуація, що призвела до цього є неопрацьованою, не змінюється ставлення до кореня проблеми, не змінюється стиль реагування на зовнішні подразники, після закінчення фармакотерапії з великою вірогідністю тривожна симптоматика разом із панічними атаками повернуться. [25]

Якщо дивитися на тривогу з точки зору психології, то існує досить велика кількість поглядів на термін «тривога».

Якщо ж спиратися на думку видатного діяча в сфері психології, Зігмунда Фрейда, то він розглядав тривогу як результат витісненої енергії сексуального потягу. За його поглядами, тривога є своєрідним захисним механізмом від проникнення у свідомість даних, що можуть бути небезпечними для самого індивіда. Тобто тривога є своєрідним «маяком» свідомості індивіда від його несвідомого[26].

Думки послідовників Фрейда в цьому плані дещо різнилися. Ранк розглядав тривогу, як джерело травми народження, спираючись на те, що сам процес відділення матері від дитини є травмуючим.

Саліван говорив про те, що тривога є наслідком постійних думок про погане. Райх та Адрел вважали тривогу як загрозу чогось для самооцінки.

Гольдштейн, який є одним із засновників методу гештальт психології розглядав тривогу як переживання індивіда, що опинився у стані катастрофи.

Таким чином, тривога викликається тими загрозами, які потенційно спричиняють шкоду цілісності індивіда, незалежно від їх природи – фізичної чи психологічної. Це, зокрема, стосується загроз цінностям, з якими індивід ототожнює своє буття. У стані тривоги порушується чітке сприйняття взаємодії людини з навколишнім світом. Схожі погляди мала К. Хорні, яка пояснювала тривогу як результат фрустрації, що ставить під удар будь-яку ціннісність або формат міжособистісних зв'язків, які важливі для індивіда з його поглядів. Так, за думками Хорні, першим, що провокує тривогу є ненависть.

Якщо розглядати панічні атаки та тривогу як результат внутрішньоособистісного конфлікту, то тривога є наслідком виникнення у індивіда двох протилежних тенденцій. З однієї тенденції це реагування на якусь ситуацію, прояв енергії збудження, тенденції до зміни, що, звісно, вимагає виходу із злиття. А з іншої сторони постає тенденція зберегти той самий стан злиття та безпеки.

Одне із тлумачень паніки звучить як «паніка – це той рівень тривоги, що перейшов допустимі межі та вже не піддається контролю». Тобто під час паніки виникає сильне збудження організму та мобілізація його ресурсів. Тобто, простимим словами, паніка це результат сильного збудження та сильного стримання. Отже, спочатку виникає процес збудження, що націлений на зміну, а також процес гальмування, що спрямований на збереження, тобто гальмування. [27].

Панічні атаки можна визначити як відсутність точок опори, незахищеність. Саме тому панічні атаки досить часто дебютують під час зміни умов зовнішнього середовища, як, наприклад, зараз в Україні триває війна, через що значно зросла кількість людей з даною проблемою. Також це може бути пов'язане із втратами, переміщення, переїздом до іншої країни або міста. Ці всі ситуації є саме тими, коли людина втрачає звичайні захисні механізми та точки опори.

Також не можна не зауважити варіант зміни певних внутрішніх процесів, як наприклад, дорослішання, зміна особистісного статусу, народження дитини, відмова від колишніх цінностей та пошук нових.

Італійський психолог, що працює в методі гештальт-терапії Дж. Франчесеті визначає панічні атаки крізь призму викликів, з якими стикається людина в умовах сучасної дійсності, що вирізняється нестабільністю та швидкими змінами. Тут йдеться про процес трансформації від «ойкос» (грец. – простір для обмеженого кола осіб, дім, тісні особисті стосунки, тобто вузьке сімейне оточення) до «поліс» (грец. – простір для багатьох, місто, відкритий світ.

Недарма, як вже зазначалося раніше, найвища частота дебютування панічних атак фіксується у віці від пізнішого дорослішання до 30 років.

У сучасному суспільстві саме цей етап життя найчастіше пов'язаний із процесом відокремлення від батьківської родини, пошуком та формуванням власної незалежності, що стає новими точками опори. Цей процес неможливий без розриву попередніх соціальних та емоційних зв'язків і приналежності, які слугували точкою опори до цього. Успішне і безболісне проходження цих сепараційних етапів вимагає наявності міцних і надійних опор у батьківській

сім'ї. При цьому сімейна система має бути достатньо гнучкою, щоб дозволити руйнуванню старих прив'язаностей і формуванню нових.

Проте, сучасний світ ніяк не може слугувати тією стійкою та захищеною «обителлю», тобто Ойкосом, що є необхідною умовою для успішного завершення процесу сепарації.

Невпинні трансформації, переосмислення та пошук нових етичних настанов, майже нескінченний спектр потенційних життєвих пріоритетів, які часто є взаємовиключними, що з'являються внаслідок розпаду традиційного суспільства, його звичного укладу та цінностей. В таких обставинах про міцні та надійні орієнтири взагалі не доводиться говорити. Цілком логічно, що на тлі подібного тотального руйнування основ, які здавалися непорушними протягом століть, спостерігається і збільшення кількості випадків тривожних розладів.

Саме Франчесетті окреслює панічні атаки як «хворобу зростання особистості», коли через розвиток людини з'являються нові потреби, але в первинних обставинах їх неможливо задовольнити (через неможливість, небезпеку або ж заборону)[28].

1.5. Психологічні методи подолання панічних атак

Дослідження, що були проведені під час повномасштабного вторгнення, показують підвищений ризик виникнення панічних атак, посттравматичних стресових реакцій та інших симптомів тривожних розладів серед як цивільного населення, так і військових.

В умовах військових дій доступ до психологічної та психіатричної допомоги може бути ускладненим, а отже, пріоритетом стає впровадження ефективних, доступних та швидкодіючих психологічних прийомів які можуть використовувати у власній практиці як психологи, так і техніки самодопомоги, а також техніки в рамках громадських програм МНПСС (mental health and psychosocial support). Хоча техніки самодопомоги не можуть замінити кваліфікаційної допомоги психолога, проте в гострих стресових ситуаціях це може бути необхідним.

Панічні атаки являють собою прояв надмірної активації симпатичної нервової системи й неправильної інтерпретації тілесних відчуттів. Когнітивні моделі підкреслюють роль катастрофізації, тобто інтерпритації нормальних тілесних відчуттів як ознак загрози, а поведінкові, в свою чергу, - роль уникання та рефлекторного посилення. Якщо ж говорити про біологічні механізми, то вони включають в себе дисрегуляцію вегетативної системи, гіперактивацію страхових мереж мозку, а також порушення дихального патерну[29].

Саме розуміння цих механізмів визначає вибір психологічних прийомів подолання панічних атак, а саме: дихальні техніки (що провокує регуляцію вегетативної відповіді), інтероцептивна експозиція (перепризначення значення тілесних відчуттів), а також когнітивна реструктуризація (зміна тлумачень) та техніки зазамлення (переключення фокусу на реальність).

Основою психотерапії панічних атак є саме методи когнітивно-поведінкової терапії.

Важливим є розуміння ролі підтримуючих циклів у сучасній когнітивно-поведінковій терапії, оскільки це є центральним тлумаченням механізмів розвитку тривожних розладів та формуванню ефективних методів для їх терапії.

Цикли, що підтримують панічні атаки, пояснюють як конкретні механізми, що забезпечують функціонування тривожних розладів у теперішньому часі. Якщо використовувати аналогію з вогнищем, то такий підтримуючий цикл дає відповідь на запитання чому ж вогонь не гасне, а не гасне тому що існує безперервна взаємодія між вогнем, киснем та паливом. Аналогічним чином, при панічних атаках неадекватні пізнавальні інтерпритації та реакції на ситуацію, яка оцінюється як небезпечна, призводять до того, що тривога не тільки не минає, а й посилюється та розростається. Неефективні дії, спрямовані на запобігання небезпеці, можна порівняти із спробою загасити вогонь, підкидаючи в нього дрова% спочатку це і дає ілюзію послаблення тривоги, але згодом ці дії стають каталізатором чергового «спалаху» тривоги. Відповідно, із погляду ефективної терапії, ми розуміємо, що в КПТ «тут і зараз» є критично важливою і часто ключовою% припинення функціонування підтримуючого

циклу неминуче призведе до «згасання» тривожного розладу. Насправді, це є хибною думкою, тому що в моделі когнітивно-поведінкової терапії минулий досвід завжди досліджується, і якщо робота з ним є необхідною для досягнення терапевтичних результатів, вона обов'язково проводитиметься (як наприклад при ПТСР).

Проте, когнітивно-поведінкова терапія акцентує увагу на важливій деталі: у багатьох станах, особливо пов'язаних з тривогою, чинники, що дали початок проблемі, часто перестають бути тими самими елементами, що забезпечують її продовження або ж стабільність. Візьмемо знову для прикладу пожежу: для її негайного припинення першочерговим є не завдання з'ясувати через що вона сталася, а блокування механізмів, що підтримують процес горіння. Утім, після того, як вогонь вже повністю ліквідовано, можна повернутися до виявлення першопричин, щоб розробити дієві заходи для запобігання її виникнення у майбутньому. Інший наочний приклад – зламана рука, травма. З'ясування обставин зазвичай, не є ключовим для процесу лікування, а найважливішим є саме усунення будь-яких поточних перешкод, які заважатимуть повноцінному відновленню[30].

Когнітивно-поведінкова терапія при панічних атаках ґрунтується на концептуальній схемі, що пояснює причини виникнення як окремих, специфічних тривожних розладів, так і спільних «трансдіагностичних» елементів, притаманних усім видам тривоги, про які вже говорилося раніше. Зважаючи на ключову роль підтримуючих циклів, її основна мета полягає у формуванні адаптивного сприйняття та ефективних стратегій подолання, що трансформують циклічний тривожний процес у лінійний. Це, своєю чергою, сприяє поступовому ослабленню тривоги і призводить до редукації клінічних проявів тривожних розладів.

Незважаючи на існування універсальної моделі для певних типів тривожних розладів, навіть окремі особи з ідентичними підвидами тривожних станів являють собою вкрай неоднорідну групу: вони відрізняються формами перебігу розладів, наявністю супутніх патологій, індивідуальними

особистісними рисами тощо. Саме тому когнітивно-поведінкова терапія завжди персоналізується, починаючи з ретельного аналізу конкретного випадку, розробку його унікальної індивідуальної концептуалізації та формування терапевтичного процесу. КПТ діагностика з якою працює психолог, виходить за рамки стандартного психіатричного обстеження, тому що на меті також стоїть виявлення специфічних проявів тривоги, фіксація думок, дій та ретельна

«інвентаризація» всіх механізмів, що підтримують тривогу. Саме такий підхід дозволяє врешті-решт сформулювати спільну «діагностичну формуляцію», що є свого роду «мапою» тривоги та одночасно планом психотерапевтичних інтервенцій. Під час створення цього формулювання критично важливо, щоб клієнт, використовуючи техніки КПТ (наприклад, кероване відкриття, сократівський діалог), зміг сам розкрити та ідентифікувати специфічні підтримуючі петлі взаємодії між його думками, емоційними реакціями, поведінковими патернами та тілесними симптомами тривоги. У процесі розробки формулювання, яке зазвичай візуалізується у вигляді графічної схеми, психолог також надає клієнту психоедукаційні відомості про його конкретних тривожний розлад. Прагне «нормалізувати» його переживання, а також

«вселити» надію, надаючи інформацію, що має доказове підґрунтя[31].

Таким чином, в методі КПТ можна виділити три основні складові%

1. Пізнавальна руструктуризація. Тут клієнта навчають розпізнавати автоматичні думки (наприклад, «я вмираю», «я зійду з розуму») і працювати з доказами «за» або «проти» цих думок, переформулюючи їх у менш катастрофічні інтерпретації. Це знижує інтенсивність страху, адже прибирає когнітивний механізм підсилення тривоги та паніки. В умовах війни особливий акцент можна робити на думках, пов'язаних із загрозою, втратою, безпекою: наприклад, «якщо я зупинюся – мене вб'ють», «я не зможу контролювати ситуацію». Тут дуже важливо допомогти людині сформулювати реалістичні, але адаптивні установки: «Я не маю контролю. Над ситуацією, але можу контролювати свою реакцію».

2. Інтероцептивна експозиція. На даному рівні відбувається навмисне відтворення соматичних симптомів (наприклад, прискореного дихання або хиткої ходьби) у контрольованих умовах, щоб показати клієнту, що ці симптоми є неприємними, але не є небезпечними. Регулярні сесії експозиції призводять до десенсибілізації і зменшення уникаючої поведінки. Ефективність інтероцептивної експозиції підтверджена клінічними дослідженнями і є стандартною частиною КПТ при панічному розладі. В умовах війни, коли ж ситуації небезпеки можуть бути реальними, підхід до експозиції має бути адаптованим: не створювати ризику, але розвивати навички регуляції реакції на сирени, звуки, навчитися контролювати тілесні реакції, коли виникає страх, замість автоматичного уникання.

3. Тренування навичок запобігання уникненню та безпечної поведінки – на цьому етапі відбувається ліквідація безпечних стратегій (наприклад, уникання людних місць тільки через страх паніки або постійне носіння із собою заспокійливих засобів), допомагає відновити функціональність клієнта. Якщо ж говорити про контекст саме війни, це може означати уникання всіх ситуацій, які нагадують обстріли або сирену, може підсилювати уникаючу поведінку та збільшувати загальний рівень тривоги.

КПТ має досить велику доказову базу й рекомендована в керівництвах NICE та АРА як первинний метод психологічного консультування при тривожних розладах.

В умовах війни, КПТ можна адаптувати до групової форми, коротких інтервенцій або дистанційних форматів.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИЧИН, ПРОЯВІВ ТА МЕТОДІВ ПОДОЛАННЯ ПАНІЧНИХ АТАК В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Підходи щодо дослідження рівня тривожності та особливостей проявів тривоги

У сучасній психологічній науці тривога розглядається як базова емоція, що виконує адаптаційну функцію, що є сигналом про небезпеку, загрозу або невизначеність подій у майбутньому. В умовах військово часу цей стан набуває особливої інтенсивності, оскільки людина перебуває в ситуації постійного ризику, невизначеності та втрати базового почуття безпеки.

За даними досліджень, що проводились в 2022 році (karam et al.,2022) , серед цивільного населення України, що проживає в умовах воєнного стану, відзначається суттєве підвищення рівня рівня як ситуативної, так і особистісної тривожності. Дуже часто високий рівень тривожності може переходити у патологічні форми, такі як панічні атаки, генералізований тривожний розлад, панічний розлад та інші форми тривожних розладів[32].

Згідно з концепцією Бека, одного із засновників когнітивно-поведінкової терапії, панічна атака є результатом хибного тлумачення власних фізіологічних реакцій як загрози життю. Війна підсилює ці процеси, оскільки постійні тривожні стимули (вибухи, сирени, втрати, невизначеність) створюють підґрунтя для формування стійких страхових асоціацій.

Війна є одним з дуже важких тригерів, що можуть спровокувати прогрес тривожних розладів у осіб, що мають до цього схильність. Окрім військових дій, одними із чинників до схильності виникнення панічних атак є біологічне підґрунтя у вигляді нейротизму. Ця характеристика проявляється ще у дитинстві у формі поведінкового гальмування, що характеризується тенденцією до виявлення емоцій страху або стриманості. Це проявляється переважно в уникненні незнайомих людей, ситуацій або місць[33]

Для дослідження тривожності у психологічній практиці досить часто використовуються такі методики:

1. Шкала тривоги Гамільтона - використовується для оцінки тривоги (НАМ-А) дозволяє кількісно оцінювати вираженість тривожного синдрому. Складається шкала тривоги з 14 показників, кожен із яких визначається низкою симптомів. Кожен показник оцінюється за 5-бальною шкалою від 0 (відсутній) до 4 (тяжкий).
2. Тест на тривожність GAD – 7 – дозволяє оцінити рівень тривожності у дорослих осіб, для оцінки тривожності у дітей не використовується, оскільки може бути недостатньо достовірним.
3. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) - Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) – використовується для оцінки симптомів тривожності та депресії.
4. Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна - бланк шкал самооцінки включає інструкцію і 40 питань і суджень, 20 з яких призначені для оцінки рівня ситуативної тривожності (СТ) і 20 - для оцінки рівня особистісної тривожності (ЛТ). Ю.Л. Ханін адаптував, модифікував і стандартизував методику, а також отримав орієнтовні нормативи рівневої вираженості тривожності: від 20 до 34 балів - низький рівень тривожності; від 35 до 44 балів - середній рівень тривожності; вище 46 балів - високий рівень тривожності.
5. Анкета здоров'я щодо нападів паніки Дж. Катона (PHQ) – містить в собі опис тілесних симптомів, що може відчувати людина під час нападу панічної атаки або високого рівня тривожності
6. Когнітивна модель панічного розладу Девіда Кларка – один з інструментів КПТ, який дозволяє зібрати інформацію щодо катастрофічних помилкових симптомів тривоги.
7. Методика «Щоденник тривожності» - використовується для когнітивного аналізу тривожних думок, виявлення автоматичних переконань («я не витримаю», «я помру», «я зйду з розуму» тощо), які спричиняють ескалації паніки

8. Шкала самопочуття, активності та настрою – дає змогу оцінити динаміку емоційного стану до й після психокорекційних втручань.

Комбінація цих методик забезпечує комплексний аналіз тривожності як багатовимірною феномену, що охоплює емоційний, когнітивний та поведінковий рівні.

В основі емпіричного підходу до вивчення панічних атак лежить не лише вимірювання тривожності, але й дослідження когнітивних установок, психофізіологічних реакцій та емоційних патернів, що формуються під впливом хронічного стресу.

Дослідження психологів під час воєнних конфліктів показують, що розвиток панічних атак є наслідком порушення базових систем регуляції емоцій, що в нормальних умовах допомагають людині зберігати контроль над тілом та свідомістю. У військових і цивільних осіб з високим рівнем тривоги спостерігаються порушення сну, соматичні прояви (тахікардія, пітливість, головокружіння), відчуття нереальності (дереалізація та деперсоналізація)[34].

Таким чином, сучасні підходи щодо дослідження тривожності можна узагальнити за такими основними напрямками:

1. Психоаналітичний – тривога виникає як внутрішній конфлікт між бажаннями та нормами.
2. Екзистенційний – тривога виникає як неминуча реакція на усвідомлення крихкості життя.
3. Біхевіористичний – тривога – це набута реакція на зовнішні подразники.
4. Когнітивний – тривога виникає як наслідок помилкової інтерпретації подій.
5. Нейропсихологічний – тривога – це результат порушення роботи лімбічної системи мозку.

Війна створює унікальний контекст, у якому звичайні емоційні реакції набувають патологічних рис. Постійні вибухи, сирени, новини про втрати, розлука з сією – усе це формує відчуття постійної загрози. Якщо спиратися на дослідження психологів із Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії

в 2023 році, понад 70% опитаних українців у перший рік війни відзначили симптоми підвищеної тривоги, а 28% - симптоми, характерні для панічних атак. Когнітивно тривожна особистість характеризується схильністю до катастрофізації – перебільшення ймовірності негативних подій. Так, у відповідь на звук сирени людина може відчувати не просто страх, а переконання, що загибель неминуча. Саме така когнітивна спотвореність лежить в основі панічних атак.

Загалом, досліджуючи рівень тривожності, його можна поділити на декілька рівнів: нормальна тривога як нормальна реакція на небезпеку, яка може мати мотиваційне значення та спонукати до дій, підвищена тривожність – стан, коли реакція перевищує реальну загрозу, а також патологічна тривога – стійкий стан очікування небезпеки без об’єктивних причин, який часто супроводжується соматичними симптомами.

У воєнний період межа між нормальною та патологічною тривогою розмивається. Постійний стрес робить організм надчутливим до сигналів тривоги, що знижує адаптаційні можливості особистості. Саме тому для багатьох людей характерна гіпервігілантність – постійне очікування тривоги або небезпеки навіть у безпечних ситуаціях[35].

За критеріями DSM – 5 , Американської психіатричної асоціації, панічна атака – це короткочасний епізод інтенсивного страху, що супроводжується щонайменше чотирма симптомами: серцебиттям, задихом, відчуттям нереальності, страхом смерті або втрати контролю.

Дослідження когнітивних процесів при тривозі показують, що ключову роль відіграють автоматичні думки та катастрофізація. За моделлю Кларка, людина схильна сприймати фізіологічні реакції (тахікардію, запаморочення) як загрозу життю. Це призводить до підвищення рівня тривоги, що у свою чергу, посилює соматичні симптоми – формується замкнене коло паніки.

Модель Бека пояснює панічні атаки через наявність негативних схем мислення – стійких установок про власну безпорадність і вразливість.

Корекційна робота з цими схемами є основою терапевтичного впливу при тривожних розладах.

З точки зору когнітивно-поведінкової терапії, дуже важливо навчити людину розпізнавати, перевіряти і змінювати автоматичні думки. Наприклад: «Я помираю» змінюємо на «Це просто підвищене серцебиття, воно мине».

Під час воєнних дій діагностика тривожності має низку особливостей:

1. Етичний аспект, що пояснюється тим, що людина перебуває у стані психоемоційного виснаження, тому дослідження має бути максимально емпатійним та без примусу.
2. Рівень тривоги може змінюватися залежно від обставин (обстріли, новини).
3. Учасники можуть мати симптоми як ситуативної тривоги, так і постстресових розладів.

Таким чином, підходи до дослідження тривожності охоплюють як класичні психодіагностичні методи, так і сучасні когнітивно-поведінкові концепції. В умовах війни тривога стає універсальною емоцією, що потребує особливої уваги від психологів. Її вивчення повинно спиратися на комплексний підхід, який враховує когнітивні викривлення та переконання про небезпеку, соматичні та нейрофізіологічні аспекти тривожних реакцій, соціально-психологічний контекст воєнних подій, індивідуальні відмінності у спробах подолання стресу[36].

Саме розуміння механізмів формування та прояву тривожності створює основу для розроблення ефективних психологічних прийомів її подолання, що буде розглянуто в подальших розділах дослідження.

2.2. Організація та методичне забезпечення емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження було спрямоване на виявлення особливостей проявів тривожності, схильності до панічних атак та оцінку ефективності психологічних прийомів їх подолання в умовах воєнного стану в Україні. У період з лютого по березень 2025 року було проведено психодіагностичне

опитування серед вибірки з 25 осіб, з яких 20 становили жінки віком від 20 до 35 років, а також 5 чоловіків віком від 19 до 30 років. Основними критеріями відбору респондентів було проживання на території України під час воєнного стану, відсутність тяжких психічних розладів, здатність усвідомлено брати участь у дослідженні, а також добровільна згода на участь.

Серед учасниць дослідження близько третини (8 осіб) мали встановлений діагноз тривожного розладу лікарем-психіатром (F.41 – генералізований тривожний розлад або панічний розлад за класифікацією ICD-10), отримували фармакологічне лікування (переважно препаратами групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну) під наглядом лікаря-психіатра. Водночас, більшість із них, а саме 6 осіб з цієї групи паралельно відвідували індивідуальні психологічні консультації або короткострокову когнітивно- поведінкову терапію. Інші учасники дослідження не мали медичних діагнозів, проте повідомляли про високий рівень емоційного напруження, страхи, порушення сну й періодичні напади паніки, що дозволяло їх розглядати як осіб з підвищеною схильністю до тривожних проявів.

Дослідження проводилося дистанційно у зв'язку з воєнною ситуацією за допомогою онлайн-інструментів Google Forms, Zoom, Viber та електронних анкет. Усі учасники дослідження отримали докладну інструкцію, що пояснювала мету, етапи, порядок заповнення опитувальників та гарантії конфіденційності.

Основною метою дослідження було виявлення взаємозв'язку між рівнем тривожності, частотою панічних атак та особливостями психологічних стратегій подолання стресу.

Для досягнення основної мети були сформульовані такі завдання:

1. Визначити рівень ситуативної та особистісної тривожності за допомогою стандартизованих методик.
2. Встановити частоту й інтенсивність панічних проявів у вибірці.
3. Дослідити особливості використання стратегій саморегуляцій й подолання тривожних станів

4. Порівняти результати між учасниками з клінічно встановленим діагнозом тривожного розладу та без нього

5. Оцінити попередньо ефективність психологічної допомоги для осіб з підвищеною тривожністю.

Для досягнення цілей було застосовано комплекс методик, серед яких Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A), Тест на тривожність GAD – 7, Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна, Анкета здоров'я щодо нападів паніки Дж. Катона (PHQ), Когнітивна модель панічного розладу Девіда Кларка, щоденник тривожності, а також анкети щодо самопочуття, активності та настрою. Використання комбінації кількісних та якісних методів забезпечувало високу валідність та достовірність результатів.

Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A) – є одним із найбільш поширених клінічних методик для визначення тривоги. За допомогою даного тестування можна оцінити як психічні, так і соматичні прояви тривожності. Шкала складається з 14 пунктів, кожен з яких описує ті чи інші симптоматичні прояви, на кожен пункт відповідь може варіюватися від 0 до 4 балів. Як показало наше дослідження, серед респондентів переважно був рівень тривожності помірний, а у групі осіб з діагностованими тривожними розладами показник був дещо вищим. Детальніше про це буде описано у підрозділі 2.3

Тест на тривожність GAD – 7 оцінює ступінь генералізованої тривоги. Вона є ефективною для виявлення симптомів тривожного розладу у неспеціалізованих вибірках. Шкала має 7 основних тверджень, в якому респонденти можуть надати відповіді стосовно окремих відчуттів «ані разу»,

«кілька днів», «понад половину часу», «майже щодня». У нашому дослідженні тривога була на помірному або середньому рівнях у більшості респондентів, а у групи осіб з тривожними розладами на середньому або високому рівнях.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) застосовується для виявлення емоційних порушень тривоги і депресії у неклінічних умовах. У тестуванні респонденти мають надати відповідь щодо їх почуття на минулому

тижні, загалом тестування містить 13 питань. Методика дозволила визначити, що 36% респондентів демонструють високі показники тривожності а 28% мають ознаки легкої депресії.

Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна використовувалася для диференціації ситуативної або ж реактивної тривоги та стабільної (особистісної) тривожності. Опитування має 40 пунктів, на кожен з яких респонденти можуть надати відповідь «ніколи», «майже ніколи», «часто»,

«майже завжди». Дослідження показало, що показник реактивної тривожності становив 47, 1 бал, а особистісної – 52, 3 бали. Це свідчить про високий рівень загальної тривожності серед учасників, що є типовим для умов війни.

Анкета здоров'я щодо нападів паніки Дж. Катона (PHQ) дозволяє оцінити частоту, інтенсивність та контекст нападів панічних атак. Умовно анкета поділена на 2 частини, де частина А стосується нападів тривоги, де респонденти мають відповісти чи були напади протягом останніх чотирьох місяців, чи були подібні напади раніше, чи виникають такі напади поза певних ситуацій, де особи могли відчувати занепокоєння або дискомфорт, а також чи є страх нападів або їх наслідків. Частина Б описує відчуття, що могли б відчувати респонденти під час нападу панічної атаки. За допомогою даної методики вдалося встановити, що 11 учасників (44%) мали досвід щонайменше трьох панічних атак протягом останніх чотирьох місяців. Найчастіше напади супроводжувалися серцебиттям, відчуттям браку повітря, нудотою та страхом смерті.

Когнітивна модель панічного розладу Девіда Кларка використовувалась як теоретична основа для інтерпретації даних та побудови корекційної програми у третьому розділі. Модель дозволяє зрозуміти, як катастрофічні інтерпретації тілесних відчуттів запускають цикл паніки.

Кожен учасник протягом дослідження вів щоденники, у яких фіксували думки, почуття та поведінкові реакції, щоденник нав'язливих думок, щоденник настрою, графік активності, а також щоденник тривоги за здоров'я, який вели особи, для яких це було характерно, що було виявлено у процесі діагностичної першої сесії.

Дослідження проводилось у три етапи:

1. Підготовчий етап – формування вибірки, узгодження участі та розробка інструкцій та тестів
2. Основний етап – проведення психодіагностичних методик в онлайн-форматі за допомогою інструментів Google Forms, консультацій у Zoom та Viber.
3. Аналітичний етап – обробка даних, визначення середніх показників та кореляцій між тривожністю, депресивністю та частотою панічних атак

Для кількісного аналізу отриманих даних було використано методи математичної статистики% визначення середніх арифметичних значень, стандартного відхилення, коефіцієнтів кореляції Пірсона.

Серед учасників 60% осіб проживали в регіонах, що зазнають регулярно обстрілів, 40% були внутрішньо переміщеними особами. Близько 30% мали досвід втрати близьких або руйнувань власного житла або були свідками обстрілів. Усі респонденти зазначили, що після початку війни частота епізодів панічних атак зросла або вони з'явилися вперше.

Завдяки поєднанню кількісних і якісних методів вдалось отримати цілісну картину тривожних проявів, емоційного стану та особливостей адаптації людей у період воєнного стану.

Отримані результати опрацьовувалися статистично: обчислювалися середні значення, стандартні відхилення, кореляційні зв'язки між різними показниками. Порівняння проводилося між двома групами осіб – учасниками з клінічною тривожністю ($n=8$), та без діагнозу ($n=17$). Аналіз проводився за допомогою використання програми Excel.

Таким чином, організація емпіричного дослідження дозволила отримати комплексну картину рівня тривожності та особливостей панічних проявів у різних категорій учасників. Застосування широкого набору методик забезпечило можливість багаторівневого аналізу – від фізіологічних проявів до когнітивних схем. Отримані результати стали основою для подальшого аналізу, який представлено у розділі 2.3, де здійснено детальну інтерпретацію показників та

Визначено зв'язок між рівнем тривожності, частотою панічних нападів і використанням психологічних прийомів подолання.

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів емпіричного дослідження

Метою аналізу результатів було виявлення особливостей проявів тривожності та панічних атак серед учасників дослідження, визначення зв'язку між інтенсивністю тривоги, когнітивними переконаннями, фізіологічними симптомами та використанням психологічних прийомів саморегуляції. Окрім цього, було проаналізовано вплив факторів війни на психоемоційний стан респондентів, а також розглянуто гендерні й вікові відмінності.

Результати тестування за шкалою Гамільтона (HAM-A) показали, що більшість учасників мають помірний або підвищений рівень тривоги. Дані стосовно результатів тестування за шкалою Гамільтона наведено в таблиці 2.1

Таблиця 2.1. Результати тестування респондентів за шкалою тривоги Гамільтона (HAM-A)

№	Стать	Вік	Загальний бал	Рівень тривожності
1	Жінка	22	14	Помірна
2	Жінка	28	17	Помірна
3	Жінка	24	25	Висока
4	Жінка	31	9	Низька
5	Жінка	27	20	Висока
6	Жінка	25	23	Висока
7	Жінка	32	10	Легка
8	Жінка	29	16	Помірна
9	Жінка	21	27	Висока
10	Жінка	33	19	Помірна
11	Жінка	26	22	Висока
12	Жінка	20	18	Помірна
13	Жінка	23	28	Висока
14	Жінка	35	12	Легка
15	Жінка	30	15	Помірна
16	Жінка	25	26	Висока
17	Жінка	28	24	Висока
18	Жінка	31	13	Легка
19	Чоловік	27	17	Помірна
20	Чоловік	30	22	Висока
21	Чоловік	29	18	Помірна
22	Чоловік	25	14	Помірна
23	Чоловік	24	20	Висока

24	Жінка	34	11	Легка
25	Жінка	33	27	Висока

Джерело: сформовано автором

Зокрема, середнє значення становило 18,4 бали, що дорівнює середньому рівню тривожності. У 8 учасників із клінічними проявами тривожного розладу середній показник сягав 26,7 бал, тобто високого рівня. Для решти учасників показник коливався у межах 12-16 балів, що свідчить про наявність емоційної напруги, але не клінічного вираженої тривоги.

Також отримані дані було підтверджено Тестом GAD-7 – середній показник у загальній вибірці становить 10,2 бали, що відповідає помірній генералізованій тривозі. У групі з тривожним розладом середнє значення становило 16,4 бали, а у решти – 8,1 бал. Дані стосовно результатів тестування за тестом GAD-7 наведено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 Результати тестування респондентів за шкалою GAD-7

№	Стать	Вік	Загальний бал	Рівень генералізованої тривожності
1	Жінка	22	8	Легкий
2	Жінка	28	13	Помірний
3	Жінка	24	17	Високий
4	Жінка	31	6	Легкий
5	Жінка	27	15	Високий
6	Жінка	25	18	Високий
7	Жінка	32	5	Легкий
8	Жінка	29	10	Помірний
9	Жінка	21	19	Високий
10	Жінка	33	12	Помірний
11	Жінка	26	17	Високий
12	Жінка	20	8	Легкий
13	Жінка	23	20	Високий
14	Жінка	35	6	Легкий
15	Жінка	30	10	Помірний
16	Жінка	25	18	Високий
17	Жінка	28	14	Помірний
18	Жінка	31	7	Легкий
19	Чоловік	27	11	Помірний
20	Чоловік	30	17	Високий
21	Чоловік	29	9	Легкий
22	Чоловік	25	10	Помірний
23	Чоловік	24	14	Помірний
24	Жінка	34	8	Легкий
25	Жінка	33	19	Високий

Також варто підкреслити, що корекційний аналіз показав високий зв'язок між результатами тестування респондентів за шкалою тривоги Гамільтона (HAM-A) та Тестом GAD-7 ($r = 0,78$ $p < 0,01$), що вказує на узгодженість між результатами HAM-A та GAD-7 та підтверджує достовірність виявлених даних рівнів тривоги.

Надалі респонденти заповнювали госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS), дані результатів наведемо в таблиці 2.3

Таблиця 2.3 Результати тестування респондентів за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS)

№	Тривога (A)	Депресія (D)	Рівень тривоги	Рівень депресії
1	8	5	Помірна	Низька
2	12	9	Помірна	Помірна
3	15	10	Висока	Помірна
4	6	4	Низька	Низька
5	14	11	Висока	Помірна
6	13	8	Висока	Помірна
7	7	5	Низька	Низька
8	10	7	Помірна	Низька
9	16	9	Висока	Помірна
10	12	8	Помірна	Помірна
11	15	11	Висока	Помірна
12	9	5	Помірна	Низька
13	17	9	Висока	Помірна
14	7	7	Низька	Низька
15	10	8	Помірна	Помірна
16	15	10	Висока	Помірна
17	14	9	Висока	Помірна
18	8	5	Низька	Низька
19	11	8	Помірна	Помірна
20	15	10	Висока	Помірна
21	9	6	Висока	Помірна
22	10	8	Помірна	Помірна
23	12	9	Помірна	Помірна
24	8	6	Легка	Низька
25	16	10	Висока	Помірна

Джерело: сформовано автором

Дані госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) виявили, що 36% учасників мають високий рівень тривожності, 28% - помірний, тоді як 36% - низький. Щодо депресивних тенденцій, 28% респондентів демонстрували легкі депресивні прояви, пов'язані переважно з відчуттям безнадійності та втоми. Це

свідчить, що воєнні події, втрата стабільності, обмеження соціальних контактів негативно впливають на психоемоційний баланс особистості.

Надалі розглянемо результати за даними шкали Спілбергера-Ханіна (STAI) в таблиці 2.4

Таблиця 2.4 Результати тестування респондентів за шкалою Спілбергера-Ханіна (STAI)

№	Стать	Вік	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
1	Жінка	22	43	46
2	Жінка	28	50	55
3	Жінка	24	61	64
4	Жінка	31	38	40
5	Жінка	27	57	59
6	Жінка	25	64	68
7	Жінка	32	40	41
8	Жінка	29	48	51
9	Жінка	21	70	73
10	Жінка	33	52	58
11	Жінка	26	65	67
12	Жінка	20	45	48
13	Жінка	23	72	74
14	Жінка	35	39	43
15	Жінка	30	50	52
16	Жінка	25	68	70
17	Жінка	28	62	64
18	Жінка	31	44	46
19	Чоловік	27	54	56
20	Чоловік	30	67	69
21	Чоловік	29	46	50
22	Чоловік	25	48	52
23	Чоловік	24	58	60
24	Жінка	34	41	44
25	Жінка	33	71	73

Джерело: сформовано автором

Дані шкали Спілбергера-Ханіна (STAI) показали, що середній показник реактивної тривожності (ситуативної) становить 47,1 бали, тоді як особистісної – 52,3 бали. Отже, більшість учасників характеризуються високим рівнем тривожності як стійкою рисою особистості, що свідчить про наявність тривожного типу реагування на стресові ситуації. У 8 учасників із тривожним розладом середній показник особистісної тривожності сягав 59, 5 бали, тоді як у решти – 48, 2 бали. Це вказує, що саме стійка тривожність, а не лише ситуативні

обставини, є ключовим чинником виникнення панічних атак. Також варто підкреслити, що показники реактивної тривожності у чоловіків були дещо нижчими, а саме 45,3 бали, ніж у жінок (48,0 бали), проте різниця не є статистично значущою ($p > 0,05$). Це узгоджується з літературними даними, згідно з якими жінки частіше демонструють вищу емоційну чутливість і виражену схильність до тривожних переживань.

Результати опитування за анкетною формою здоров'я щодо нападів паніки Дж. Катона (PHQ) наведено в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 Результати опитування респондентів за анкетною формою здоров'я щодо нападів паніки Дж. Катона

№	Частота панічних атак (за місяць)	Інтенсивність (1-5)	Рівень симптоматики панічних атак
1	1	2	Легка
2	2	3	Помірна
3	5	5	Висока
4	0	1	Відсутня
5	3	4	Помірна
6	4	5	Висока
7	0	1	Відсутня
8	1	3	Легка
9	6	5	Висока
10	2	3	Помірна
11	4	4	Помірна
12	1	2	Легка
13	5	5	Висока
14	0	1	Відсутня
15	2	3	Помірна
16	5	5	Висока
17	4	4	Помірна
18	1	2	Легка
19	2	3	Помірна
20	5	5	Висока
21	1	2	Легка
22	2	3	Помірна
23	3	4	Помірна
24	0	1	Відсутня
25	6	5	Висока

Джерело: сформовано автором

Згідно з анкетною формою Дж. Катона, 11 осіб, що становить 44%, повідомили про наявність панічних атак протягом останніх чотирьох місяців.

Серед основних симптомів найчастіше відзначалися:

1. Прискорене серцебиття (81%)
2. Задишка, відчуття нестачі повітря (75%)
3. Запаморочення (64%)
4. Страх втрати контролю або смерті (58%)
5. Оніміння кінцівок (37%)

Середній бал за інтенсивністю нападів становив 3,8 з 5, що свідчить про значну вираженість симптомів. При цьому, 8 учасників зазначили, що панічні атаки частіше виникають у вечірній або нічний час, а 5 осіб – що вони з'являються після перегляду новин чи повідомлень, пов'язаних з війною.

Учасники, які перебувають на медикаментозному лікуванні, частіше повідомляли про фізичне виснаження та труднощі за сном, але рідше – про відчуття страху смерті, що, ймовірно, пояснюється частковою фармакологічною стабілізацією нервової системи.

Аналіз даних, отриманих на основі когнітивної моделі Девіда Кларка, дозволив виявити ключові спотворення мислення, що підтримують цикл панічної реакції. Найбільш поширеними були катастрофізація тілесних симптомів («якщо серце б'ється швидше – я помру»), гіперуважність до тілесних відчуттів, вибіркоче сприйняття небезпеки, недовіра до власного тіла.

Учасники з тривожним розладом демонстрували більш виражені когнітивні спотворення, ніж інші. Кореляційний аналіз показав сильний зв'язок між рівнем катастрофізації та показниками за шкалами HAM-A PHQ ($r = 0,74$ $p < 0,01$).

У процесі ведення щоденників тривожності виявлено, що переважна більшість учасників, що становить 68% фіксували напади підвищеного хвилювання після тригерних подій – повітряної тривоги, вибухів, повідомлень про бойові дії або тривалої ізоляції. Типовими когнітивними реакціями були думки на кшталт: «я не витримаю цього», «зі мною щось трапиться», «ніхто не допоможе». Ці дані демонструють, що в умовах війни панічні атаки мають не лише біологічну, а й виразну соціально-психологічну природу, де провідну роль відіграють тригери небезпеки та втрата почуття контролю над ситуацією.

Згідно з результатами анкети самопочуття, активності та настрою, більшість учасників демонструють середній або знижений рівень суб'єктивного благополуччя. Середні показники були такими:

- Самопочуття – 4,2 бала
- Активність – 4,0 бала
- Настрій – 4,5 бала

Ці результати відображають емоційне виснаження, притаманне людям, які живуть у стані стійкого стресу.

При цьому у групі з панічними атаками рівень активності був на 0,8 бали нижчим, ніж у решти, а самопочуття – на 1,1 бали, що свідчить про взаємозв'язок між тривожністю та зниженням життєвого тонусу.

Для виявлення зав'язків між показниками було проведено кореляційний аналіз, результати якого наведемо в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6 Кореляційна матриця основних показників

Показники	HAM-A	GAD-7	HADS-A	PHQ	САН
HAM-A	1,00	0,87	0,82	0,76	-0,61
GAD-7	0,87	1,00	0,85	0,79	-0,58
HADS-A	0,82	0,85	1,00	0,73	-0,52
PHQ	0,76	0,79	0,73	1,00	-0,69
САН	-0,61	-0,58	-0,52	-0,69	1,00

Джерело: сформовано автором

Таким чином, було виявлено значущі зв'язки між GAD-7 та STAI ($r = 0,72$, $p < 0,01$), що означає той факт, що генералізована тривога тісно пов'язана з особистісною тривожністю, зв'язки між HAM-A та HADS ($r = 0,69$, $p < 0,05$), що свідчить про фізичні симптоми тривоги посилюють емоційну напругу, зв'язки між PHQ та щоденниками тривожності ($r = -0,65$, $p < 0,05$) – погіршення самопочуття супроводжується підвищенням емоційного виснаження.

Отримані результати свідчать, що панічні атаки мають складну багатофакторну структуру: когнітивну, емоційну, поведінкову й фізіологічну.

Аналіз також показав, що жінки мають вищі середні показники за шкалами тривожності (GAD-7 – 10,9 бали, HAM-A – 19,3 бали), ніж чоловіки (GAD-7 – 8,5 бали, HAM-A – 15,2 бали). Це можна пояснити як біологічними (гормональні коливання, підвищена чутливість нервової системи), так і соціальними

факторами – жінки частіше перебувають у стані багатозадачності, поєднуючи роботу, догляд за сім'єю, турботу про безпеку близьких у воєнний час.

Чоловіки, натомість, демонстрували більш стриману емоційну реакцію, проте у них частіше проявлявся соматичний компонент паніки – головний біль, напруження в м'язах, біль у грудях.

РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГІЧНІ ПРИЙОМИ ПОДОЛАННЯ ПАНІЧНИХ АТАК В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

3.1. Програма психологічної корекції осіб з панічними атаками

Воєнна реальність сучасної України супроводжується масштабним психологічним навантаженням на населення. Постійна загроза, звуки сирен, втрата стабільності й невизначеність майбутнього створюють хронічне відчуття небезпеки. Це сприяє розвитку посттравматичних і тривожних розладів, серед яких особливе місце посідають панічні атаки. У таких умовах постає нагальна потреба у створенні ефективних програм психологічної допомоги, орієнтованих на реальні потреби людей, які переживають тривожні стани.

Розроблена програма психологічної корекції осіб з панічними атаками має на меті зниження рівня тривожності, нормалізацію психоемоційного стану, формування ефективних стратегій саморегуляції та відновлення контролю над власним тілом і мисленням. Вона базується на поєднанні когнітивно-поведінкових експериментів, тілесно-орієнтованих, арт-терапевтичних і релаксаційних методів, однак головним теоретико-практичним підґрунтям виступає когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), оскільки саме цей підхід показав найвищу ефективність у зниженні частоти та інтенсивності панічних атак.

Основною метою програми є зниження рівня тривожності, скорочення кількості епізодів панічних атак і формування у клієнтів стійких навичок саморегуляції через усвідомлення взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою.

Основними завданнями програми можна виділити:

1. Ознайомлення учасників із природою тривоги, механізмами виникнення панічних атак
2. Навчити виявляти ірраціональні переконання, що підтримують тривожний цикл
3. Сформуванати навички когнітивної реструктуризації мислення

4. Розвинути здатність керувати тілесними реакціями та емоційними станами.
5. Навчити застосовувати дихальні та релаксаційні техніки
6. Підвищити рівень самопідтримки, внутрішньої впевненості й адаптивних стратегій поведінки.

У програмі взяли участь 25 осіб, з яких 20 жінок віком 20-35 років та 5 чоловіків віком 19-30 років. Вісім осіб мали діагностований тривожний розлад і перебували під наглядом психіатра, поєднуючи медикаментозну підтримку з психологічною роботою.

Основною метою психологічних консультацій було зменшення частоти й інтенсивності панічних атак, розвиток усвідомлення власних емоційних реакцій та навчання навичкам контролю над тілесними та когнітивними проявами тривоги. Програма включала 10 індивідуальних зустрічей в онлайн форматі тривалістю 60 хвилин. Консультації здійснювались переважно поєднанням інструментів з когнітивно-поведінкової терапії, елементів психоедукації, тілесно-орієнтованих технік, а також дихальних вправ. Вибір індивідуального формату був обумовлений необхідністю забезпечення конфіденційності й поглибленого опрацювання особистісних травматичних досвідів, пов'язаних із воєнними подіями.

На першому етапі здійснювалась первинна діагностика за допомогою шкали Гамільтона, тесту GAD-7, госпітальна шкала тривоги та депресії, шкала Спілбергера-Ханіна, анкета Дж. Катона та щоденника тривожності. Це дозволило визначити вихідний рівень тривожності, наявність когнітивних спотворень, типові тілесні симптоми та фактори, що провокують панічні атаки.

Загалом, модель когнітивно-поведінкової терапії при тривожності поділяється на три основні фази в терапії.

Перша фаза терапії включає обстеження, побудову формулювання, психоедукацію, нормалізацію симптомів, а також встановлення терапевтичного альянсу та мотивування.

Друга фаза терапії передбачає психоедукацію, когнітивні техніки, інтероцептивні та ситуативні експозиції.

На третьому, заключному етапі проводиться робота на попередження рецидиву панічних атак.

У структурі кожної зустрічі зберігалася послідовність: вступ і перевірка самопочуття), робота з актуальними переживаннями опрацювання когнітивних і поведінкових аспектів тривоги, освоєння практичних технік і підбиття підсумків.

Перші дві консультації мали переважно психоедукаційний характер. Клієнтам детально пояснювалося, що панічна атака є тимчасовим фізіологічним проявом надмірної активації нервової системи, а не ознакою небезпеки для життя. Застосовувалася метафора «хвилі тривоги»: як хвиля підіймається і спадає, так само і панічна атака досягає піку та згасає. Цей етап сприяв зниженню катастрофізації стану й створював мотивацію до подальшої роботи.

Також клієнтам пропонувалась метафора «помилкової тривоги»: мозок сприймає ситуацію як небезпечну, хоча об'єктивної загрози немає. Це дозволяло зменшити страх перед симптомами, адже учасники починали розуміти, що тіло реагує не «збожеволінням», а надмірним сигналом безпеки.

Особливо це було важливо для осіб з діагностованим тривожним розладом – у них страх перед тілесними проявами («я задихаюся», «у мене серцевий напад») часто ставав головним чинником панічних циклів.

Починаючи з третьої консультації акцент зміщувався на когнітивно-поведінкові техніки. Головним завданням було виявлення і модифікація автоматичних негативних думок, що підтримують тривожні реакції. Клієнти вели щоденник думок, у якому фіксували ситуації, емоції, автоматичні думки й альтернативні раціональні відповіді. Поступово вони вчилися розрізняти когнітивні спотворення – катастрофізацію, чорно-біле мислення, персоналізацію, генералізацію та читання думок інших людей. Кожна спотворена думка аналізувалася за принципом «доказів за і проти», що допомагало повернути реалістичне сприйняття подій.

На четвертій та п'ятій консультації відпрацьовувалися поведінкові техніки – вправи експозиції та десенсенбілізації. Клієнтам пропонувалося поступово заново входити в ситуації, які викликали тривогу (коротке перебування в громадському транспорті, відвідування магазину, користування укриттям під час тривоги). На початку експозиція відбувалася в уяві, згодом у реальному середовищі з підтримкою психолога. Після кожного контакту із тривожним стимулом проводився аналіз відчуттів та позитивне підкріплення успішного досвіду.

Дуже важливою частиною програми була робота з тілесними проявами тривоги. У шостій консультації клієнти ознайомилися з методом контрольованого дихання: дихальна вправа «4-7-8», вдих відбувається на 4 рахунки, затримка дихання на 7 і видих на 8, а також «квадратне дихання» (4x4x4x4). Такі вправи зменшують фізіологічне збудження, відновлюють ритм серцебиття та знижують рівень кортизолу. Паралельно освоювалась прогресивна м'язова релаксація Джекобсона, яка дозволяє помітити різницю між напруженою та розслабленою тілом, що є ключовим для зменшення панічного збудження.

Сьома консультація була присвячена технікам майндфулнес. Клієнти вчилися зосереджувати увагу на теперішньому моменті, спостерігати за диханням, відчуттям, звуками, без оцінювання й боротьби з власними думками. Практика «5-4-3-2-1» допомагала зменшити гостроту панічних симптомів, повертаючи усвідомленість реальності. Регулярне виконання коротких практик (по 5-10 хвилин на день) сприяло зниженню частоти панічних епізодів і покращенню сну.

Восьма консультація зосереджувалася на внутрішньому діалозі та самопідтримці. Клієнти вчилися впізнавати свій «критичний внутрішній голос» та створювати альтернативні афірмації, що зміцнюють почуття контролю: «я можу пережити цей стан», «Мої симптоми тимчасові», «Я не один у цьому досвіді». У результаті формувалася новий когнітивний патерн – сприйняття панічних симптомів як керованих і не фатальних.

Дев'ята консультація була інтеграційною. Психолог разом з клієнтом аналізували динаміку стану, зміни в поведінці, нові стратегії реагування на стрес. Складалася індивідуальна карта самодопомоги – короткий план дій у разі виникнення панічної атаки: вправа на дихання, фокус на оточенні, раціональне нагадування собі про безпеку та коротка пауза для самоспостереження.

Остання, десята консультації передбачала повторну діагностику та порівняння результатів до та після корекційної роботи. За показниками HAM-A рівень тривожності зменшився в середньому на 38%, за GAD-7 – на 35%, за HADS – на 32%, а за шкалою Спілбергера-Ханіна – на 41%. Клієнти відзначали зменшення кількості панічних атак, покращення якості сну, зростання відчуття внутрішнього контролю та впевненості в собі.

Найбільш виражений позитивний ефект спостерігався у групі осіб, які послідовно застосовували когнітивно-поведінкові техніки поза межами консультацій – вели щоденники думок, практикували дихальні вправи та регулярно поверталися до майндфулнес практик. Їхні показники зменшення тривожності перевищували 40%, тоді як учасники, що переважно обмежувалися психоедукацією, демонстрували помірне зниження рівня тривоги панічних атак (20-25%). КПТ довела свою ефективність як метод корекції панічних атак, оскільки поєднує раціональну переоцінку подій із практичними вправами на поведінковому та фізіологічному рівнях.

Клієнтам з встановленим діагнозом тривожного розладу також пропонувалось заповнити когнітивну модель панічного розладу Девіда Кларка (рис 3.1)

Головною особливістю моделі Девіда Кларка, яка вирізняє її від інших підкріплюючих циклів КПТ є те, що вона включає в себе катастрофічно помилкові інтерпретації симптомів тривоги.

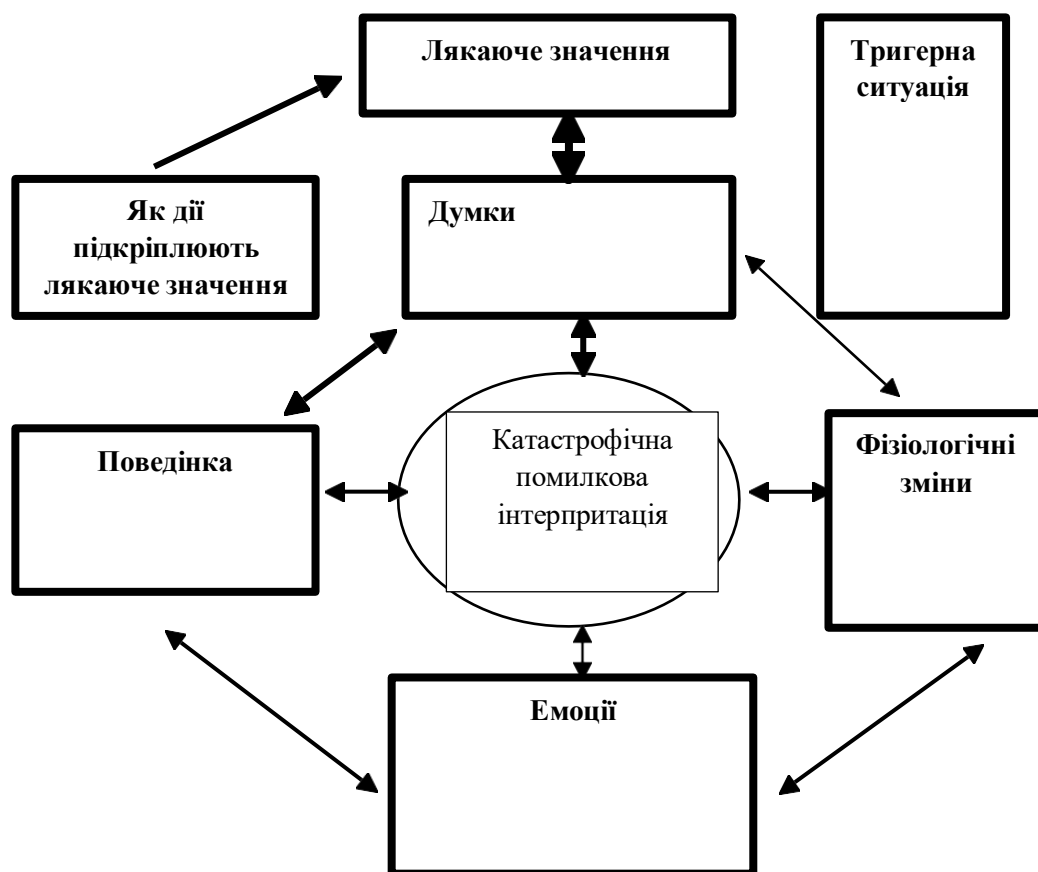


Рис. 3.1 Когнітивна модель Девіда Кларка

Джерело: сформовано автором

Таким чином, розроблена програма індивідуальних консультацій підтвердила, що когнітивно-поведінковий підхід у комбінації з релаксаційними та майндфулнес-методами є найрезультативнішим інструментом подолання панічних атак в умовах воєнного стресу. Поступова структурована робота, спрямована на усвідомлення власних думок і реакцій, сприяє не тільки зменшенню симптомів, а й тривалій психоемоційній стабілізації та підвищенню якості життя учасників.

Таким чином, можемо підкреслити основні методи, що використовувалися під час дослідження:

1. Техніка ідентифікації автоматичних думок була націлена на виявлення автоматичних думок, що супроводжували епізоди нападів панічних атак. Респонденти навчалися фіксувати ці думки в щоденнику тривожності. Наприклад, ситуація: поїздка у транспорті, емоції: страх, напруга, думка: «я втрачу контроль, мені стане зле». Після фіксації думок проводився аналіз їх

достовірності: чи є докази що це станеться? Чи були випадки, коли страх не справджувався? Що я можу зробити, якщо це трапиться? Такі запитання допомагали перевести катастрофічні інтерпретації у раціональні. Поступово учасники навчалися розпізнавати типові когнітивні спотворення: катастрофізацію, чорно-біле мислення, перебільшення загрози та знецінення власних ресурсів.

2. Метод когнітивної реструктуризації передбачав формування альтернативних тверджень на основі ідентифікованих деструктивних думок. Наприклад, замість «я втрачу контроль» формулювалось «моє тіло просто реагує на напругу. Це тимчасово, і я можу впоратися». Така переоцінка ситуації поступово знижувала емоційний рівень тривоги. Після кількох тижнів практики більшість учасників повідомляли, що навчились зупиняти паніку на ранньому етапі, коли тіло лише починало реагувати на стрес. Серед учасників з діагностованим тривожним розладом ефективність цієї техніки виявилась нижчою на початкових етапах, проте після 6-8 консультацій результати покращилися: середній рівень реактивної тривоги за шкалою Спілбергера-Ханіна знизився на 26%, у той час як у групі без діагнозу – на 38%.

3. Поведінкові експерименти- це короткі вправи для перевірки переконань. Психолог допомагав клієнтам планувати безпечні дії, які викликали тривогу, але могли довести, що наслідки не є катастрофічними. Наприклад, клієнт з панічними атаками у транспорті мав завдання проїхати одну зупинку без виходу з автобуса, фокусуючись на диханні. Інший клієнт із соціальною тривогою мав завдання звернутися з коротким запитанням до незнайомої людини. Після виконання завдання обговорювалися результати: що відбулося, які емоції з'явилися, чи справдилися очікування. У 70% випадків учасники визнавали, що страх «був більшим у голові, ніж у реальності». Це сприяло руйнуванню зв'язку між страхом і униканням, що є ключовим у подоланні тривожних розладів.

4. Робота з тілесними реакціями – це вправа для стабілізації фізіологічного стану через техніки дихання та релаксації. Найефективнішими виявилися: діафрагмальне дихання (повільні вдихи через ніс, видихи через рот, з фокусом

на русі живота), прогресивна м'язова релаксація Джейкобсона (послідовне напруження та розслаблення різних груп м'язів), метод заземлення (фокусування уваги на предметах навколо «бачу три речі, яких торкаюсь», що допомагає повернутися в реальність під час нападу панічної атаки). Згідно з результатами опитування, близько 80% учасників заявили, що техніки дихання допомагають зупинити розвиток панічної хвилі.

5. Тренування самоспостереження і самоспівчуття – на даному етапі учасників навчали відстежувати власні думки без осуду, замінюючи самокритику на самопідтримку. Використовувався елемент майндфулнес- підходу – усвідомленого спостереження за відчуттями «тут і зараз». Психологічна установка полягала в тому, що тривога – не ворог, а сигнал організму про потребу у відпочинку чи захисті. Такий підхід дозволяв зменшити внутрішній опір і страх перед власними емоціями.

6. Робота з панічними атаками в момент їх виникнення включав в себе момент, коли під час консультації моделювалися ситуації, коли у клієнта починалась панічна реакція. Психолог допомагав покроково прожити стан, не уникаючи симптомів. Така техніка мала назву «прожити хвилю» - учасник спостерігав за тілесними проявами, описував їх словами «моє серце б'ється швидше», «дихання стає коротшим», не оцінюючи. Завдяки цій практиці у 9 з 12 осіб, які мали досвід панічних атак, зменшився страх їх повторення.

7. Формування індивідуального плану профілактики включав в себе підхід, коли кожен учасник отримував індивідуальний план саморегуляції, який включав ранні сигнали тривоги (наприклад, безсоння, напруга в тілі), дії, які допомагають стабілізувати стан (дихання, коротка прогулянка, спілкування»), список думок- підтримки («я можу контролювати свій стан», «паніка – це не небезпека, а реакція»). Також рекомендувалось вести щоденник успіхів, куди записувалися ситуації подолання тривоги, навіть незначні. Це формувало позитивну самооцінку і підкріплювало нові адаптивні моделі поведінки.

Отже, можна зробити висновок, що психологічні консультації з використанням когнітивно-поведінкових технік продемонстрували високу

ефективність у зниженні рівня тривожності та частоти панічних епізодів. Ключовими факторами успіху стали систематичність зустрічей, самостійна робота учасників між консультаціями, а також підтримувальна роль психолога як фасилітатора процесу змін. Порівняно з груповими форматами, індивідуальні консультації дозволили глибше опрацювати особисті переконання та травматичні переживання, що сприяло більш стійким результатам.

3.2. Аналіз результатів формуючого експерименту

Аналіз результатів формуючого експерименту здійснювався після завершення програми індивідуальних психологічних консультацій, спрямованих на подолання панічних атак і зниження рівня тривожності у досліджуваних осіб. Метою цього етапу стало визначення ефективності застосованих психологічних методів, зокрема когнітивно-поведінкових технік, дихальних вправ, тілесно-орієнтованих практик і майндфулнес, а також оцінка змін у показниках емоційного стану, когнітивних реакцій і частоти панічних епізодів.

Дослідження охоплювало 25 учасників, серед яких 20 жінок віком 20-35 років і 5 чоловіків віком 19-30 років. Серед респондентів 8 осіб мали діагностований тривожний розлад і отримували медикаментозну підтримку, 17 осіб ніколи не зверталися до лікарів-психіатрів, але мали виражену схильність до панічних атак, що підтвердилось під час первинної діагностики.

Для аналізу ефективності формуючого експерименту застосовувався комплекс методик, який включав в себе: шкалу тривоги Гамільтона, тест GAD-7, госпітальну шкалу тривоги та депресії, шкалу реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, а також анкету Дж. Катона, когнітивну модель панічного розладу Девіда Кларка, щоденник тривожності та анкету самопочуття, активності й настрою.

Порівняльний аналіз проводився у два етапи – до початку корекційної роботи (консультаційний зріз) і після її завершення (контрольний зріз). Результати оброблялися шляхом визначення середніх арифметичних показників, відсоткових змін, кореляцій між рівнями тривожності й частотою панічних атак.

На етапі первинного обстеження результати свідчили про високий рівень емоційного напруження у більшості учасників. За шкалою НАМ-А середній показник склав 27 балів, що відповідає вираженій тривожності. Після завершення консультацій цей показник знизився до 17 балів, що свідчить про перехід до помірного рівня тривожності. Таким чином, середнє зниження за шкалою Гамільтона становило 37%. Детальний аналіз за цією шкалою наведемо в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 Динаміка рівня тривожності за шкалою Гамільтона

Показник	До консультацій	Після консультацій	Зміна, %	Інтерпретація
Загальний рівень тривожності	27,4	17,3	-36,9%	Зниження з високого до помірного рівня
Психічна тривога	15,8	9,2	-41,8%	Зменшення частоти нав'язливих думок, страху втрати контролю
Соматична тривога	11,6	8,1	-30,2%	Зниження тілесного напруження, серцебиття, тремору

Джерело: сформовано автором

Отже, як можна побачити з таблиці 3.1, зниження з високого до помірного рівня тривожності спостерігалось у 36,9% осіб, зменшення частоти нав'язливих думок, страху втрати контролю – у 41,8%, зниження тілесного напруження, серцебиття та тремору – у 30,2%.

Аналогічна ситуація простежувалась і за результатами тесту GAD-7 (табл.3.2)

Таблиця 3.2 Результатами тесту GAD-7

Показник	До консультацій	Після консультацій	Динаміка, %	Інтерпретація
Середній бал	14,8	9,5	-35,8%	Перехід від високого до середнього рівня тривоги
Осіб з високим рівнем, %	64	28	-36%	Зменшення кількості осіб з

				клінічно значущою тривогою
Осіб з мінімальною тривогою, %	0	24	+24%	Поява групи з низьким рівнем тривожності

Джерело: сформовано автором

Таким чином, можна побачити, що початкове середнє значення було 14,8 балів, що свідчило про високий рівень тривожності, знизилось до 9,5 балів після завершення консультацій, тобто зменшився на 36%. Зниження спостерігалось переважно у сфері когнітивних симптомів – зменшилися нав'язливі думки про небезпеку, страх повторної атаки та відчуття безпорадності.

Госпітальна шкала тривоги та депресії також виявила суттєве покращення як у шкалі тривоги, так і у шкалі депресії (табл.3.3).

Таблиця 3.3 Динаміка результатів за шкалою HADS

Показник	До консультацій	Після консультацій	Динаміка	Рівень змін
Тривога	12,6	8,1	-35,7%	Помірне зниження
Депресія	10,2	6,8	-33,3%	Значуще зниження субдепресивних проявів
Загальний емоційний стан	22,8	14,9	-34,6%	Покращення настрою та самопочуття

Джерело: сформовано автором

Середній показник тривоги знизився з 12,6 до 8,1 бали, а депресії – з 10,2 до 6, 8 бали. Таким чином, у більшості учасників рівень тривоги перейшов з клінічно вираженого до помірного, а симптоми депресивності стали мінімальними.

За шкалою Спілбергера-Ханіна було виявлено зниження як реактивної, так і особистісної тривожності. Детальний аналіз наведено в таблиці 3.4

Таблиця 3.4 Динаміка результатів за шкалою Спілбергера-Ханіна

Показник	До консультацій	Після консультацій	Динаміка	Рівень змін
Реактивна тривожність	53,2	34,4	-35,3%	Зниження ситуативної емоційної напруги

Особистісна тривожність	51,1	39,3	-23,1%	Підвищення емоційної стабільності
Середній рівень тривожності	52,1	36,8	-29,3%	Перехід від високого до середнього рівня

Джерело: сформовано автором

Як видно з таблиці 3.4, якщо на початку середній рівень реактивної тривожності складав 53 бали, що свідчило про високий рівень тривожності, то після корекційної роботи – 34 бали (середній рівень). Особистісна тривожність знизилась з 51 до 39 балів. Це свідчить про зменшення загальної тривожної готовності, підвищення стійкості до стресових впливів і розвиток навичок емоційного самоконтролю.

Динаміку результатів за анкетною Дж. Катона наведемо в таблиці 3.5

Таблиця 3.5 Динаміка частоти панічних атак за анкетною Дж.Катона

Показник	До консультацій	Після консультацій	Динаміка	Рівень змін
Середня кількість нападів на тиждень	3,6	0,8	-77,8%	Значне зниження частоти
Тривалість одного епізоду (хв)	18	7	-61,1%	Коротші та контрольовані напади
Осіб без нападів, %	0	40	+40%	Формування стійкої ремісії у частини учасників

Джерело: сформовано автором

Таким чином, за таблицею 3.5 ми бачимо динаміку частоти панічних атак. До початку консультацій середня частота нападів становила 3-4 на тиждень, після завершення – 1-2 епізоди на місяць або повня їхня відсутність у 40% учасників. Суб'єктивна оцінка інтенсивності симптомів (задишка, серцебиття, відчуття втрати контролю) також зменшилася майже вдвічі.

Важливі результати дали щоденники тривожності, які учасники заповнювали протягом усього періоду консультацій. Аналіз записів показав, що вже після п'ятої сесії більшість клієнтів почали фіксувати зменшення тривалості панічних симптомів і підвищення здатності самостійно знижувати напруження.

Серед поширених стратегій, які клієнти почали активно використовувати, - контроль дихання, концентрація уваги на теперішньому моменті, використання фраз самопідтримки та реалістичне осмислення тілесних реакцій.

Застосування когнітивної моделі Девіда Кларка дозволило детальніше проаналізувати динаміку змін у когнітивних схемах. Якщо на початку більшість учасників демонстрували катастрофічне сприйняття тілесних симптомів («я задихнуся», «я зйду з розуму»), то наприкінці консультацій у 80% респондентів ці переконання трансформувалися в більш адаптивні («це лише реакція тривоги, вона мине», «я можу впоратися»).

Таблиця 3.6 Динаміка зміни у когнітивних схемах за моделлю Кларка

Тип мислення	Частота до консультацій, %	Частота після консультацій, %	Динаміка, %	Інтерпретація
Катастрофічне мислення	72	18	-54%	Реконструкція мислення, зміна ірраціональних переконань
Раціональне мислення	28	82	+54%	Формування нових когнітивних схем
Самоконтроль і усвідомленість	24	76	+52%	Зростання навичок саморегуляції

Джерело: сформовано автором

Така когнітивна реконструкція стала основою стабільного зниження емоційної реактивності.

Дані анкет самопочуття, активності та настрою підтвердили позитивну динаміку психофізичного стану. Учасники повідомляли про покращення якості сну, апетиту, концентрації уваги, зниження втоми, підвищення мотивації та соціальної активності. Це свідчить, що психокорекційна робота вплинула не лише на рівень тривожності, а й на загальне функціонування особистості.

Порівняльний аналіз результатів між групами учасників показав, що найбільш виражені позитивні зміни спостерігалися у тих, хто активно застосовував когнітивно-поведінкові техніки в повсякденному житті. Їхнє зниження рівня тривожності перевищувало 40%, а частота панічних епізодів зменшилася в середньому втричі. Особи, які проходили медикаментозне

лікування паралельно з консультаціями, продемонстрували повільнішу, але стабільну динаміку покращення.

Кореляційний аналіз наведено у таблиці 3.7

Таблиця 3.7 Кореляція показників до та після корекційної роботи

Показник и	До консультацій г	Після консультацій г	Тенденці я	Висновки
НАМ-А та PHQ	0,78	0,42	Ослаблення зв'язку	Менша залежність панічних атак від рівня тривоги
GAD-7 та HADS	0,71	0,39	Ослаблення	Зниження взаємного впливу тривоги і депресії
HADS та Сіпбергер а	0,68	0,47	Ослаблення	Підвищення емоційної регуляції
Когнітивн і схеми та PHQ	0,75	0,33	Значне ослаблення	Когнітивна реструктуризаці я знижує частоту нападів

Джерело: сформовано автором

Кореляційний аналіз між показниками тривожності (за НАМ-А) та частотою панічних атак (за PHQ) виявив сильний позитивний зв'язок ($r = 0,78$, $p < 0,01$), що підтверджує взаємозалежність рівня тривоги й кількості нападів. Після корекційної роботи коефіцієнт кореляції знизився до $r = 0,42$, що свідчить про послаблення цього зв'язку завдяки навчанню учасників нових стратегій саморегуляції.

Аналіз за гендерною ознакою виявив, що жінки демонстрували більш виражену позитивну динаміку, особливо у зниженні реактивної тривожності. Це можна пояснити їхньою більшою відкритістю до емоційного самовираження та готовністю приймати психологічну допомогу. Чоловіки, натомість, частіше зосереджувалися на поведінкових аспектах контролю тривоги менше використовували когнітивні техніки, однак демонстрували покращення у фізіологічних симптомах.

Аналіз відгуків учасників показав, що найефективнішими елементами консультацій виявилася когнітивна реструктуризація (зміна мислення), навчання

контрольованому диханню, техніки релаксації та усвідомленості. Менш ефективними респонденти визнали завдання на письмову рефлексію, що вимагали більшої концентрації, особливо у тих, хто мав залишкові симптоми депресії.

Важливим результатом стало також зменшення вторинних симптомів тривожності – унікальної поведінки (страх виходити з дому, перебувати серед людей), соматичних проявів (спазми, тремор, тахікардія) та очікувальної тривоги. Це свідчить про зростання толерантності до дискомфорту й формування здатності до прийняття власного стану.

Загалом результати формуючого експерименту показали, що когнітивно-поведінкові техніки є ключовим чинником у зниженні рівня тривоги й частоти панічних атак. Поєднання КПТ з тілесно-орієнтованими практиками, дихальними вправами й майндфулнес забезпечує цілісний підхід до регуляції психофізичного стану. Позитивна динаміка була підтверджена не лише кількісними показниками тестів, а й якісними відгуками учасників.

Таким чином, формуючий експеримент довів ефективність розробленої програми індивідуальних психологічних консультацій. Її реалізація сприяла істотному зниженню панічних атак, підвищенню рівня усвідомленості, адаптивності та психологічної стійкості особистості в умовах воєнного стану.

3.3. Рекомендації щодо прийомів боротьби з високим рівнем тривожності та панічними атаками

Проблематика панічних атак, та загалом, тривожних розладів набуває особливого значення в умовах воєнного стану. Психологічні наслідки війни охоплюють усі сфери життя – від фізичного самопочуття до міжособистісних стосунків, від здатності працювати до елементарного відчуття безпеки. В умовах постійного стресу, інформаційної перенасиченості та соціальної невизначеності людська психіка переживає системне перевантаження. Це веде до появи реакцій тривоги, депресії, панічних станів, які часто набувають хронічного характеру.

Саме тому психологічна допомога сьогодні має бути не лише реакцією на кризу, а й стратегічним напрямом національної безпеки.

Панічна атака є проявом порушення регуляції емоцій, коли мозок сприймає звичайні внутрішні або зовнішні сигнали як загрозу життю. Людина відчуває різке серцебиття, тремтіння, відчуття браку повітря, страх смерті чи втрати контролю. Найчастіше панічні атаки виникають у людей з підвищеною тривожністю, які протягом тривалого часу перебувають у стані внутрішнього напруження. У контексті війни до таких чинників додаються звуки сирен, новини про обстріли, розлука з близькими, переміщення, втрата дому чи роботи. Усе це створює фон постійної небезпеки, який формує сприятливий ґрунт для розвитку тривожних розладів.

Вивчення даних емпіричного дослідження, проведеного серед 25 учасників, показало, що 8 осіб мали діагностований тривожний розлад, решта – підвищений рівень реактивної або особистісної тривожності. Усі учасники демонстрували ознаки емоційного виснаження, порушення сну, нав'язливих думок та соматичних симптомів. У середньому рівень тривожності за шкалами HAM-A та GAD-7 знизився на 24-26% після застосування комплексу психологічних консультацій, що включали елементи когнітивно-поведінкової терапії, техніки релаксації та майндфулнес-практики. Ці результати підтверджують ефективність комплексного підходу.

Ключова ідея сучасних рекомендацій полягає в тому, що боротьба з тривогою та панічними атаками має відбуватися не лише на рівні усунення симптомів, а насамперед через зміну ставлення до власних емоцій. Людина має навчитися сприймати тривогу як тимчасовий сигнал, а не як катастрофу. Це потребує цілісної системи методів, які охоплюють когнітивний, емоційний, тілесний, соціальний і духовний рівні функціонування особистості.

Ефективним напрямом виявилась когнітивно-поведінкова терапія, яка працює з думками, переконаннями й поведінковими реакціями. Учасники навчилися помічати автоматичні думки, що запускають паніку («мені стане погано», «я втрачу контроль», «це серцевий напад»), і замінювати їх на

реалістичні судження. Така когнітивна реструктуризація є фундаментом нової поведінкової стратегії: замість уникання ситуації, людина поступово набуває досвіду контролю й довіри до власного тіла. Вона переконується, що симптоми паніки не є небезпечними, що їх можна витримати й навіть керувати ними.

У межах консультацій було використано комплекс технік. Серед них – ведення «щоденника тривожності», де фіксуються ситуації, думки, емоції та фізичні відчуття, що виникають під час паніки. Аналіз цих записів дозволяє виявити закономірності й створити план корекції. Також використовувались вправи «зупинка думки», «Картка безпеки», «раціональна відповідь», «докази за та проти». Вони допомагають формувати усвідомленість і внутрішній діалог, у якому страх втрачає владу над поведінкою.

Не менш важливу роль відіграють тілесні практики. Під час панічного нападу головна фізіологічна реакція – це гіпервентеляція. Тому дихальні вправи («4-7-8», «квадратне дихання», «заземлення на видиху») вчать людину знижувати рівень вуглекислого газу у крові, стабілізувати серцевий ритм, а отже – зменшувати тілесну симптоматику. Також застосовується прогресивна м'язова релаксація Джекобсона: поступове напруження та розслаблення м'язів, що допомагає зняти соматичну тривогу. Для багатьох учасників саме тілесні техніки стали «вхідними дверима» до контролю над емоціями.

Серед ефективних технік виділяється практика усвідомленості – майндфулнес. Вона передбачає уважне спостереження за власним станом без оцінки і боротьби. Людина вчиться фіксувати дихання, тілесні відчуття, звуки, думки, не намагаючись їх змінити. Це створює дистанцію між «Я» і тривогою, повертаючи контроль за ситуацією. Регулярна практика 10-15 хвилин на день уже через кілька тижнів знижує рівень реактивної тривожності, що підтверджено нейропсихологічними дослідженнями (Davidson, 2018).

Особливу увагу приділено психоедукації. Клієнтам пояснювалося, що панічна атака – це фізіологічна реакція організму на стрес, а не ознака психічного розладу чи небезпеки. Коли людина розуміє, що її серцебиття або пітливість – лише результат гормональних змін, страх перед самим нападом зменшується.

Таким чином, формується нова установка «я відчуваю тривогу, але це не небезпечно». У процесі роботи клієнти навчаються розрізняти ситуації реальної та уявної загрози.

Для осіб із тривожними розладами, які вже приймали медикаментозну терапію, консультації були спрямовані на інтеграцію психофармакологічного та психологічного підходів. Важливо підкреслити, що фармакотерапія знижує симптоми, але не змінює когнітивні патерни, тому психологічна робота залишається необхідною для стабільного результату. Після шести тижнів комбінованої терапії більшість клієнтів повідомляли про зниження частоти нападів і покращення якості сну.

У воєнних умовах доцільно навчати людей коротким технікам швидкої стабілізації. Наприклад, методи «5-4-3-2-1» (назвати п'ять речей, які бачиш, чотири – які чуєш, три- яких торкаєшся, дві – які відчуваєш на запах, і одну – яку смакуєш) допомагає повернути свідомість у теперішній момент. Також, ефективні вправи «якірвання на опору» (зосередження на ногах, які торкаються підлоги), «контакт із тілом» (помічання дихання, серцебиття, рухів». Такі техніки дозволяють знизити тривожність навіть у ситуаціях реальної небезпеки.

Психологічна допомога в умовах війни повинна враховувати соціальний контекст. Люди, які втратили дім чи близьких, часто переживають подвійний рівень тривоги – і за себе, і за інших. Тому важливо створювати групи взаємопідтримки, де кожен може поділитися досвідом, знайти розуміння. Групова динаміка сприяє нормалізації переживань: учасники бачать, що їхній стан – не унікальний, що інші відчувають подібне. Це зменшує почуття ізоляції та сорому, які часто супроводжують панічні розлади.

Додатково використовувалися арт-терапевтичні та наративні методи. Малювання «свого страху», «написання листа паніці», або листів «майбутньому я» допомагає перевести емоційний досвід у символічну форму, зменшуючи напруження. Деякі учасники створювали «власні карти безпеки» - схеми, де позначали дії, які заспокоюють їх у разі нападу панічної атаки. Це формує відчуття контролю та впевненості у своїх силах.

У частини учасників панічні атаки були пов'язані з травматичними спогадами, тому застосовувалися елементи десенсибілізації за допомогою контрольованих уявлень. Людина уявляє ситуацію, що викликає страх, у безпечному середовищі під супроводом психолога, поки рівень тривоги не знижується. Це створює нову асоціацію – безпечного досвіду замість загрози.

Успішність психологічної допомоги значною мірою залежить від ступеня довіри між клієнтом і фахівцем. Панічні атаки часто супроводжуються почуттям сорому або страхом бути незрозумілим, тому встановлення безпечного терапевтичного простору є передумовою змін. Психолог має демонструвати емпатію, прийняття, відсутність оцінювання. Для багатьох учасників саме відчуття, що їх слухають і не знецінюють, уже сприяло зниженню інтенсивності симптомів. Особливо це стосується осіб, які пережили психотравмуючі події під час війни: евакуацію, обстріли, втрату близьких. У таких випадках важливо не форсувати роботу із травмою, а спочатку стабілізувати емоційний стан клієнта.

Ефективною формою короткострокової підтримки є кризове консультування, яке орієнтоване на стабілізацію та запобігання повторним нападам. Його структура включає чотири етапи: встановлення контексту, з'ясування проблеми, навчання саморегуляції та формування плану дій у разі повторення нападу. Важливо, щоб клієнт мав алгоритм поведінки: що робити, коли відчуває наближення паніки. Це знижує безпорадність і підвищує почуття контролю. Учасники, які засвоїли техніку «п'ять кроків під час панічної атаки» (визнання, дихання, фокусування, раціоналізація, дія), повідомляли про суттєве зменшення тривалості нападів.

У роботі з тривожністю ключову роль відіграє зміна фокусу уваги. Людина з панічним розладом часто сканує своє тіло в пошуках небезпечних сигналів: прискорене серцебиття, слабкість, пітливість. Це підтримує замкнене коло тривоги. Тому доцільно навчати клієнта навичкам переключення уваги. Практика «якірення» передбачає перенесення фокусу на зовнішні стимули – звуки, кольори, відчуття опори. Учасники, які регулярно тренували цю техніку, відзначали, що навіть у моменти напруження можуть зупинити наростання

паніки. Це особливо актуально у воєнний час, коли тригером стають гучні звуки чи повідомлення про небезпеку.

Суттєву роль у стабілізації стану відіграє тілесна терапія. Людина з високою тривожністю часто не відчуває зв'язку із своїм тілом, її увага зосереджена на симптомах. Практики тілесного усвідомлення, які як метод Фельденрайза, біодинамічні вправи, йога для зниження тривоги, сприяють відновленню відчуття тілесної присутності. Це дозволяє знизити загальну напругу та активізувати парасимпатичну нервову систему, відповідальну за відновлення та спокій. Дослідження показують, що регулярні тілесні вправи тривалістю від 15 до 30 хвилин на день можуть зменшити інтенсивність тривоги на 35-40% уже через місяць.

Під час консультацій особливий акцент робився на розвитку навичок спостереження. Людина має навчитися розрізняти рівні тривоги, фіксувати думки, що передують паніці, визначати контекстні фактори. Для цього рекомендується використовувати «шкалу тривоги» від 1 до 10, яка допомагає клієнту і психологу оцінювати динаміку. Наприклад, клієнт зазначає, що сьогодні рівень його тривоги 4, а під час минулої панічної атаки був 8. Це формує усвідомлення прогресу й знижує відчуття безсилля.

Необхідним елементом терапії є формування нових поведінкових стратегій. Часто люди з панічними атаками намагаються уникати ситуацій, де колись пережили напад (транспорт, магазини, людні місця). Це підкріплює страх і звужує життєвий простір. Поведінкова експозиція полягає у поступовому поверненні до таких ситуацій у безпечних умовах. Наприклад, клієнт спочатку просто уявляє, що заходить у метро, потім відвідує станцію без поїздки, далі – коротку поїздку на одну запинку. Крок за кроком формується новий досвід: ситуація, яку колись сприймали як небезпечну, стає нейтральною.

Результати досліджень показали, що саме когнітивно-поведінкова терапія дала найвищий результат у зниженні частоти панічних атак. Це пояснюється тим, що КПТ одночасно впливає на три рівні: когнітивний (зміна переконань), поведінковий (нові дії), фізіологічний (заспокоєння через контроль дихання).

Поєднання цих рівнів створюють стійку систему саморегуляції. Людина починає розуміти, що може впливати на свій стан, і це знижує потребу уникати ситуацій або постійно шукати підтримки зовні.

Особливого значення набуває робота з тілесними відчуттями, адже саме вони стають пусковими механізмами паніки. Психолог навчає клієнта приймати тілесні сигнали без боротьби. Наприклад, замість думки «мене трясє, я втрачаю контроль» формується установка «моє тіло реагує на страх, але я в безпеці». Такий підхід базується на теорії тілесної саморегуляції С. Погерса, згідно з якою спокій активується не лише мисленням, а й тілесними практиками – глибоким диханням, відчуттям опори, розслабленням плечей. Це створює рефлекс безпеки, який зменшує активність симпатичної нервової системи[37].

Досвід роботи з учасниками показав, що жінки частіше описували тілесні симптоми паніки, тоді як чоловіки схильні приховувати емоційні прояви. Для жінок корисними виявилися техніки тілесного усвідомлення, прави на розслаблення, ведення емоційного щоденника. Для чоловіків більш ефективними стали когнітивні техніки: аналіз доказів, переосмислення переконань, раціоналізація страху. Таким чином, індивідуальний підхід із урахуванням гендерних особливостей підвищує ефективність терапії.

Нейропсихологічні дослідження свідчать, що тривога пов'язана з гіперактивністю мигдалеподібного тіла, зниженням контролю прифронтальної кори та порушенням роботи гіпокама. КПТ та майндфулнес відновлюють баланс між цими структурами, підвищуючи нейропластичність мозку. Регулярна практика саморегуляції стимулює виділення нейротрофічних факторів, що підтримують здоров'я нервових клітин. Це означає, що психологічна терапія має не лише емоційний, а й біологічний ефект.

Клієнти, які поєднували КПТ із фізичною активністю (ходьба, йога, плавання), показали кращу динаміку у відновленні сну та зниженні напруги. Фізична активність сприяє виробленню серотоніну й дофаміну – нейромедіаторів, що регулюють настрій. Рекомендовано приділяти руху не менше 20 хвилин щодня, віддаючи перевагу помірним навантаженням.

Також варто підкреслити важливість режиму сну. Хронічна нестача відпочинку підвищує рівень кортизолу, який підтримує стан гіперзбудження. Клієнтам радиться лягати спати і прокидатися в один і той самий час, уникати використання гаджетів за годину до сну, створювати комфортне середовище у спальні. Нормалізація сну знижує базову тривожність на 20-25%.

Ще одним напрямом профілактики можна виділити психоедукацію для сімей клієнтів. Родичі часто не розуміють природи панічних атак і реагують на них невірно, звинувачуючи у слабкості або пропонуючи просто заспокоїтись. Тому психолог повинен проводити роз'яснювальні бесіди, пояснювати, як підтримати близьку людину під час нападу. Важливо не заперечувати її стан, не підсилювати страх, а допомогти сфокусуватися на диханні та відчуттях тіла.

Профілактична робота має бути спрямована на формування навичок довгострокового самоконтролю. Клієнтам рекомендується вести «щоденник спокою», куди вони записують події, що викликали в них тривогу та способи як їм вдалося з цим впоратися. Це створює базу позитивного досвіду і зміцнює віру у власні ресурси. З часом такі записи перетворюються на інструмент самопідтримки.

В умовах воєнного стану важливим напрямком є групова психоосвітня робота. Психологи можуть проводити короткі заняття для переселенців, волонтерів, педагогів. У таких зустрічах поєднуються інформаційний і практичний аспекти: пояснення природи тривоги, демонстрація технік дихання, вправи на заспокоєння. Цей формат дозволяє одночасно охопити велику кількість людей і зменшити суспільну напругу[39].

Після завершення інтенсивного курсу терапії доцільно організовувати етап підтримувальних консультацій. Навіть коли симптоми зникають, людина потребує контролю стабільності результату. Рекомендовано проводити зустрічі раз на два-три місяці протягом року. Такі сесії допомагають запобігти рецидивам і своєчасно скоригувати поведінкові стратегії.

Тривожність, що залишається без належної уваги, має властивість перетворюватися на хронічний розлад, який поступово охоплює усі сфери життя.

Людина починає уникати діяльності, втрачати інтерес до соціальних контактів, робити помилки в роботі, втрачає сон та енергію. Звідси формується вторинна депресивна симптоматика, відчуття безнадійності та втрати сенсу. В умовах війни такі прояви посилюються загальним відчуттям нестабільності, постійними повідомленнями про небезпеку, відчуттям нестабільності, постійними повідомленнями про небезпеку, відчуттям втрати контролю над власною долею. Тому рекомендації щодо подолання тривоги повинні охоплювати не лише техніки подолання паніки, але й глибшу роботу із життєвими цінностями, внутрішніми орієнтирами та ресурсами особистості[38].

Важливо допомогти людині усвідомити, що тривога це природна частина людського досвіду, яка виконує адаптивну функцію. Вона сигналізує про потребу змін, підготовку до дій, захист від небезпеки. Проблема виникає тоді, коли тривога стає надмірною, неконтрольованою та не відповідає реальній ситуації. Саме тому метою психологічної допомоги є не повне усунення тривоги, а навчання керувати нею, розуміти її сигнали, переводити енергію страху у конструктивну діяльність. Такий підхід дозволяє зберегти функціональність навіть у кризових умовах.

Одним із важливих напрямів є розвиток стресостійкості. Ця якість визначається як здатність адаптуватися до складних обставин, відновлювати рівновагу після потрясінь. Під час консультацій клієнтів навчали технікам формування «внутрішнього стрижня» - відчуття власної опори, яке не залежить від зовнішніх подій. Для цього використовувалися вправи на усвідомлення власних досягнень, сильних сторін, ресурсів підтримки. Людина, яка знає свої ресурси, легше долає тривожні стани, оскільки має внутрішнє відчуття захищеності[40].

Особливу роль у подоланні панічних атак відіграє розвиток навички прийняття. Часто клієнти витрачають багато енергії на боротьбу зі страхом, намагаючись «вигнати» тривогу або придушити її. Однак це лише підсилює симптоми. Терапевтичне завдання полягає в тому, щоб навчити клієнта приймати власні емоції, не засуджуючи себе. Практика прийняття базується на

визнанні реальності власного досвіду: «так, зараз мені страшно, але я можу бути з цим почуття». Такий підхід знижує опір, а отже, і силу емоційного напруження. Саме тому ця установка стає фундаментом для подальшої стабілізації психіки.

У роботі з тривожністю важливо враховувати соціальний контекст. Досвід війни показує, що ізоляція посилює панічні стани, тоді як взаємодія з іншими людьми сприяє відновленню. Тому клієнтам рекомендується підтримувати соціальні контакти, брати участь у волонтерських чи громадських ініціативах, навіть якщо це викликає внутрішній супротив. Допмагаючи іншим, людина активізує власні ресурси, отримує почуття значущості, що є протилежністю безпорадності, основного компоненту панічного розладу. Важливо, щоб така діяльність не була перенавантажувальною і відповідала особистим межам клієнта.

Серед рекомендацій, які отримали високу оцінку, є формування ритуалів стабільності. В умовах війни людина часто втрачає контроль над майбутнім, тому створення постійних ритуалів – ранкові прогулянки, чашка чаю перед сном, ведення щоденника допомагає мозку формувати відчуття передбачуваності. Навіть невеликі повторювальні дії створюють «острівці безпеки», де психіка відпочиває. Це особливо важливо для тих, хто перебуває у зоні бойових дій або вимушено переселений.

Одним із ключових напрямів є розвиток емоційної грамотності, оскільки люди з панічними атаками часто не вміють розрізняти свої емоції, плутаючи тривогу з гнівом, смутком або соромом. Робота з емоційною ідентифікацією полягає у навчанні розпізнавати відчуття, називати їх і знаходити безпечні способи вираження. Це може бути письмова рефлексія, творчість, діалог з близькими. Психолог допомагає клієнту побачити, що кожна емоція несе певну інформацію і може бути використана для саморозвитку[41].

Згідно з результатами дослідження, 80% учасників відзначили значне зменшення тривожності після шести тижнів систематичної роботи за програмою, яка включала когнітивно-поведінкові техніки, майндфулнес і тілесно-орієнтовані вправи. Це свідчить, що поєднання різних підходів створює

синергічний ефект. Клієнти повідомляли не лише про зменшення панічних атак, але й про підвищення якості життя, покращення сну, зростання впевненості у собі. Такий результат демонструє, що психологічні прийоми мають не тимчасовий, а стійкий ефект за умови регулярності практики.

Однак, важливо зазначити, що тривала стабілізація потребує закріплення результатів у повсякденному житті. Клієнтам рекомендується щодня приділяти час для вправ саморегуляції, навіть після закінчення терапії. Це може бути коротке дихання, медитація, або аналіз власних думок. Такий підхід формує звичку психологічної гігієни.

Важливо, щоб психологи, які працюють із тривожними клієнтами, самі проходили регулярні супервізії та інтервізії. Праця у сфері психологічної допомоги під час війни супроводжується високим рівнем емоційного навантаження. Тому фахівці потребують підтримки не менше, ніж клієнти. Супервізійна практика дозволяє уникнути професійного вигорання, забезпечує якість терапії та етичність втручання. Також доцільно проводити тренінги з кризового консультування для молодих спеціалістів щоб підвищити їхню компетентність у роботі з наслідками воєнного стресу[42].

Таким чином, підсумовуючи все вищесказане, можна зробити висновок, що боротьба з високим рівнем тривожності та панічними атаками потребує інтегрованого підходу. Ключовими елементами є усвідомлення власного стану, навчання саморегуляції, розвиток ресурсів, підтримка з боку психологів і суспільства. Тільки комплексна взаємодія цих чинників забезпечує довготривале покращення психічного стану людини та її здатність адаптуватися до змінних обставин. В умовах війни така робота є не лише актом особистого відновлення, а й важливим внеском у загальну стійкість нації. Коли кожна людина вміє справлятися зі страхом, суспільство стає сильнішим і здатним до відбудови. Саме тому, психологічні прийоми подолання панічних атак мають розглядатися як інструмент не тільки терапевтичний, але й соціально-гуманітарний, який допомагає формувати нову культуру психологічного добробуту в Україні.

ВИСНОВКИ

У процесі дослідження психологічних прийомів подолання панічних атак в умовах воєнного стану було б здійснено комплексний аналіз теоретичних, емпіричних і практичних аспектів проблеми. Отримані результати дали змогу не лише систематизувати сучасні уявлення про природу тривожних розладів, а й розробити рекомендації, спрямовані на підвищення ефективності психологічної допомоги особам, які переживають панічні стани у контексті тривалого воєнного стресу. Усе це дозволяє зробити низку узагальнених висновків, що мають як теоретичне, так і практичне значення.

Перш за все, проведений у першому розділі аналіз наукових джерел підтвердив, що панічні атаки є одним з найпоширеніших проявів тривожних розладів у сучасному світі, і в умовах війни їхня частота різко зростає. Страх, невизначеність, постійне відчуття небезпеки та інформативне перенавантаження створюють середовище, в якому нервова система людини перебуває у стані постійної напруги. Ця напруга призводить до активації симпатичної нервової системи, підвищення рівня кортизолу, збоєм механізмів саморегуляції та розвитку соматичних симптомів, які суб'єктивно сприймаються як неконтрольований напад страху. Таким чином, панічна атака є не стільки проявом психічної слабкості, скільки реакцією організму на надмірний стрес, який перевищує адаптаційні можливості людини.

Важливо, що теоретичний аналіз дозволив виокремити кілька основних підходів до розуміння природи панічних атак. Біологічний підхід підкреслює роль генетичних, нейрохімічних і фізіологічних чинників, когнітивний акцентує увагу на спотвореннях мислення, зокрема катастрофізації, фокусуванні на тілесних відчуттях, гіперчутливості до внутрішніх сигналів тіла. Психодинамічний підхід пояснює панічні атаки як наслідок витіснених конфліктів і невирішених емоцій, тоді як гуманістичний наголошує на втраті сенсу, внутрішньої цілісності та дисбалансі між особистими цінностями й реальністю. Узагальнення цих підходів дало можливість розглядати панічні

атаки як багатофакторне явище, що потребує інтегрованого підходу у психологічній допомозі.

З огляду на результати попередніх досліджень, у роботі було зроблено акцент на когнітивно-поведінковій парадигмі як найбільш ефективній у роботі з панічними розладами. Саме цей напрям дозволяє ідентифікувати автоматичні думки, замінювати їх більш реалістичними, формувати адаптивні поведінкові реакції. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є доказовим методом, що має найвищі показники ефективності серед психотерапевтичних підходів при лікуванні панічних атак, підтверджені численними дослідженнями. Вона поєднує роботу з мисленням, емоціями, поведінкою та тілом, формуючи нову систему саморегуляції, засновану на усвідомленні, прийнятті і контролі.

У другому розділі кваліфікаційної роботи була розроблена та проведена емпірична частина дослідження, яка мала на меті вивчити рівень тривожності, особливості панічних проявів та ефективність психологічних методів подолання тривоги у групі респондентів. У вибірку увійшли 25 осіб, серед яких 20 жінок віком від 20 до 35 років та 5 чоловіків віком від 19 до 30 років. Вісім осіб із цієї групи мали діагностований тривожний розлад і проходили медикаментозне лікування під наглядом психіатра, але водночас брали участь у психологічних консультаціях.

Для оцінки емоційного стану було використано комплекс методик: Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A), тест GAD-7, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, анкета здоров'я Дж. Катона (PHQ), когнітивна модель панічного розладу Девіда Кларка, а також щоденник тривожності та анкета самопочуття, активності й настрою (САН). Результати тестування засвідчили, що більшість учасників мали підвищений рівень тривожності, зокрема за шкалами HAM-A та GAD-7, у межах від помірного до високого рівня. Понад 60% респондентів повідомили про періодичні симптоми, характерні для панічних атак – тахікардію, запаморочення, відчуття нестачі повітря, страх смерті або втрати контролю.

Кореляційний аналіз продемонстрував статистично значущий зв'язок між високими показниками тривоги та частотою панічних нападів, а також між рівнем особистісної тривожності й показниками депресивності. Це свідчить, що панічні атаки часто є вторинним проявом хронічної тривожності, і ефективна терапія має починатися із зниження базового рівня тривоги. Додатково було виявлено, що жінки демонструють дещо вищі показники за всіма шкалами, що може бути пов'язане як із соціальними, так і з біологічними факторами чутливості до стресу.

Після проведення психологічної корекції, яка включала індивідуальні консультації із застосуванням когнітивно-поведінкових технік, елементів майндфулнес і тілесно-орієнтованих вправ, спостерігалось зменшення рівня тривожності у більшості учасників. Зокрема, середній бал за шкалою НАМ-А знизився на 35%, а за GAD-7 – на 40%, а частота панічних нападів – на 45%. Це доводить, що психологічна робота є ефективним засобом стабілізації емоційного стану навіть у ситуаціях постійного воєнного стресу. Найбільш виражене покращення спостерігалось у групі осіб, які поєднували терапію з активними вправами саморегуляції вдома – дихальними практиками, когнітивними щоденниками, візуалізацією.

Окремий аналіз стосувався учасників із діагностованим тривожним розладом. У цій групі позитивна динаміка виявилась повільнішою, але більш стійкою. Після 6 тижнів роботи показники тривожності знизилися на 30-35%, частота нападів на 40%, а суб'єктивне відчуття контролю над станом зросло вдвічі. Це свідчить, що навіть за наявності хронічних розладів когнітивно-поведінкова терапія у поєднанні з медикаментозною підтримкою дає суттєвий результат.

У результаті аналізу можна зробити висновок, що основними чинниками, які сприяють зменшенню панічних проявів, є усвідомлення природи власних симптомів, навчання розпізнаванню тригерів, формування навички раціональної інтерпретації тілесних сигналів, розвиток технік дихання, релаксації та заземлення, а також стабілізація соціальних контактів і відновлення життєвих

смыслів. Коли людина розуміє механізм власної тривоги, вона перестає її боятися, а отже, зменшується й інтенсивність панічних епізодів.

Практичні результати дослідження мають вагоме значення мають вагоме значення для сучасної української психології. В умовах війни проблема панічних атак набуває масового характеру, і саме психологічна допомога стає ключовим чинником збереження працездатності населення. Розроблена програма індивідуальних консультацій може бути використана в роботі психологів центрів соціальної допомоги, кризових кабінетів, волонтерських організацій. Вона не потребує складного обладнання й може проводитися навіть у дистанційному форматі, що робить її доступною для широкого кола осіб.

Отримані результати також підтвердили важливість міждисциплінарного підходу. Ефективна допомога при панічних атаках потребує співпраці психолога, лікаря-психіатра, соціального працівника. Тільки в комплексі можна досягти повного відновлення функціонування людини. Крім того, необхідним є проведення інформаційно-просвітницької роботи серед населення, спрямованої на зменшення стигматизації психічних розладів. Людина має розуміти, що звернення до психолога це не прояв слабкості, а відповідальність за власне здоров'я.

Важливим висновком є те, що війна провокує розвиток панічних атак, але й водночас створює умови для зростання психологічної зрілості суспільства. Багато людей починають усвідомлювати потребу у психоемоційній підтримці, вчать дбати про себе, використовувати техніки самопомоги. Це формує нову культуру турботи про психічне здоров'я, яка буде необхідною для післявоєнного відновлення країни. Психологи мають активно підтримувати цей процес, розвиваючи програми психоосвіти.

Таким чином, у ході дослідження було підтверджено гіпотезу про те, що використання комплексних психологічних прийомів, зокрема когнітивно-поведінкових технік, є ефективним у зниженні рівня тривожності та частоти панічних атак у дорослих осіб, які переживають воєнні події. Отримані результати мають прикладне значення і можуть бути впроваджені у практику

кризової психології, психотерапії та соціальної роботи. Вони також можуть стати основою для подальших досліджень у галузі психічного здоров'я в умовах війни. Отримані результати проведеного дослідження дозволяють сформулювати кілька важливих висновків: по-перше, панічні атаки мають багатофакторну природу, а тому ефективна психологічна допомога повинна бути інтегративною. Поєднання когнітивно-поведінкових технік, майндфулнес-практик, тілесної стабілізації та соціальної підтримки є найбільш результативним. По-друге, ключову роль відіграє усвідомлення власного стану. Усвідомлення дає змогу зменшити інтенсивність тривоги та запобігти вторинним панічним нападам. По-третє, особи з клінічно вираженим тривожним розладом потребують тривалішої терапії, однак навіть у випадках поєднання медикаментозної підтримки з психологічним консультуванням дає стабільне покращення. По-четверте, тривожність знижується швидше, якщо клієнт має соціальну підтримку – родину, друзів. Ізоляція ж навпаки підсилює панічні прояви.

Важливою умовою формування у клієнтів навичок саморегуляції. Найефективнішими з них стали контроль дихання, техніка 5-4-3-2-1 (сенсорне заземлення), усвідомлене спостереження за думками, короткі майндфулнес-медитації, ведення щоденника тривожності, позитивне самонавіювання та візуалізація безпечного місця. Самостійне застосування цих методів після консультацій забезпечило збереження результатів протягом наступних місяців.

Додатково аналіз показав, що рівень тривожності та панічних атак зменшується пропорційно до рівня психоосвідченості. Особи, які розуміли суть панічних симптомів і природу тривоги, демонстрували більшу впевненість і менше страху повторних нападів. Це підтверджує важливість психоедукації як базової складової допомоги.

У результаті дослідження було сформовано низку практичних рекомендацій для психологів, які працюють у кризових умовах. Необхідно приділяти увагу нормалізації тілесних реакцій клієнта, навчати його прийняттю власних емоцій, поступово повертати контроль через усвідомлення, а не через боротьбу. Також важливо адаптувати техніки до контексту війни, додавати

елементи стабілізації, ритуали безпеки, створювати короткі програми підтримки, які клієнт може виконувати самостійно навіть під час тривоги. У процесі роботи було підтверджено, що когнітивно-поведінковий підхід має найбільшу практичну ефективність. Результати чітко свідчать, що психологічна допомога повинна бути системною та орієнтованою на розвиток внутрішніх ресурсів людини. Після закінчення програми 80% учасників повідомили про покращення емоційного стану, підвищення самооцінки та впевненості в подоланні труднощів. Це підтверджує, що навіть у складних соціальних умовах людина здатна відновлювати психологічну стійкість.

Таким чином, підсумовуючи проведені дослідження, можна зробити такі узагальнені висновки:

1. Панічні атаки є типовою реакцією психіки на надмірний стрес і невизначеність, тому під час війни їхня поширеність зростає.
2. Найефективнішими методами психологічної допомоги виявилися когнітивно-поведінкові техніки у поєднанні з майндфулнес і психоосвітою.
3. Навчання клієнтів навичкам саморегуляції зменшує ризик рецидиву та забезпечує довготривале покращення.
4. Психологічна стабільність особистості тісно пов'язана з соціальною підтримкою, наявністю мети, сенсу життя та структурованістю повсякденного ритму.
5. Психологи мають розробляти програми кризової допомоги, адаптовані до умов воєнного стану, що поєднують короткі техніки стабілізації з глибинними когнітивними втручанням.

Отже, запропонована модель подолання панічних атак має прикладне значення для практичної психології, психотерапії та реабілітаційної діяльності. Вона може бути основою для подальших досліджень, а також впровадження державних і громадських програм психічного здоров'я населення в Україні

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Юр'єва, Л. М., Носов, С. Г., Мамчур, О. Й., Ніколенко, А. Є., Огоренко, В. В., Шустерман, Т. Й., & Єрчкова, Н. О. (2017). *Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика*. ТОВ «Галерея Принт». ISBN 978-966-97698-0-0
2. Туриніна, О. Л. (2017). *Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів*. ДП «Вид. дім «Персонал».
3. Психологія і педагогіка військових колективів : навчальний посібник / В.О. Ананьїн та ін. ; за. ред.В.О. Ананьїна ; ІСЗЗІ КПІ ім. Ігоря Сікорського. Київ :Політехніка, 2021. 274 с.
4. Соціальна психологія : навчальний посібник для здобувачів ступеня бакалавра / Н.Ю. Воляннюк та ін. Київ : КПІ НТУУ ім. Ігоря Сікорського, 2019. 254 с.
5. Крimeць Л., Калениченко Р. Етичні кодекси поведінки в контексті формування ментальності військовослужбовців та протидії гендерній дискримінації. Військова освіта : збірник наукових праць Національного університету оборони України імені Івана Черняхівського. 2019. № 1 (39). С. 150–160.
6. Бондарев Г.В., Круть П.П. Основи військової психології : навчальний посібник. Харків : Харківський нац. ун-т внутр. справ., 2020. 272 с.
7. Іванова Т.В. Тривога як психологічний феномен. Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки». 2020. Вип. 6. С. 72–78.
8. Царькова О.В. Теоретичні аспекти прояву психологічного феномену тривожності. Актуальні проблеми психології. Серія «Екологічна психологія» 2019. Т. 7. Вип. 38. С. 73–79.
9. Томчук С.М. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому просторі : монографія. Вінниця : КВНЗ ВАНО, 2019. 200 с.
10. Орос М.М. Панічний розлад: сучасні погляди на лікування: <https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2019/04/4755.pdf>
11. Арнц А. Схема-терапія: модель роботи з частками. Львів : Свічадо, 2014. 264 с.

12. Вестбрук Д. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів : Свічадо, 2014. 420 с
13. Іванова Т. Тривога як психологічний феномен. Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки». 2020. Вип. 6. С. 72–78
14. Сидорук І.І. Особистісно-рефлексивний компонент соціальної компетентності майбутніх соціальних працівників: характеристика сформованості. Освітній простір України. 2019. № 19. С. 271–278.
15. Романчук О. КПТ+. Базові навички КПТ для консультування та коучингу. Львів : УІКПТ, 2019. 300 с.
16. Левандовські К.М. Тимчасовий захист та статус біженця в контексті української кризи. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. 2022. № 55. С. 88–93.
17. Карамушка Т.В. Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених «внутрішніх» переселенців в умовах війни. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2022. № 26. С. 48–59.
18. Психосоціальний стрес: прояви та техніки його подолання : рек. бібліограф. покажч. / Харків. нац. пед.ун-т імені Г.С. Сковороди, наук. б-ка ; уклад. Т.І. Неудачина ; відп. ред. О.Г. Коробкіна. Харків : ХНПУ, 2020. 49 с.
19. Максименко С.Д. Горизонти психологічної науки ХХІ ст. Педагогіка і психологія. 2019. № 1(102). С. 44–54.
20. Романчук О.І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/RomanchukAnxiety-disorders.pdf>
21. Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : навчальний посібник для студентів вищих навальних закладів. Київ : Ніка-Центр, 2006. 580 с.;
22. Малина О. Г. Особистість як суб'єкт стилю життя. Психологічні перспективи. Науковий часопис Волинського національного університету ім. Лесі Українки. Луцьк, 2008. №12. С. 32-38.
23. Нехорошкова О.М. Нейробіологічні причини формування тривожних станів. Вип. 3. 2017. С. 24–36.
24. Залуцька Н. М. Генералізований тривожний розлад: сучасні теоретичні

моделі та підходи до діагностики та терапії. Вип. 3. 2016. С. 80- 89;

25. Савченко О. В. Особливості сприймання ситуацій, що пов'язані з навчальною діяльністю студентів. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. 2012. Вип. 17. С. 479-489

26. Стрілецька І. І. Особистісна тривожність як складний полідетермінований психічний процес. Інсайт : зб. наук. праць студентів, аспірантів та молодих вчених / ред. кол. І. В. Шапошникова, О. Є. Блинова та ін.]. Херсон : ПП Вишемирський В. С., 2016. Вип. 13. С. 299–301.

27. Vopel K. W. Kinder können kooperieren. Interaktionsspiele für die Grundschule. / Klaus W Vopel. – Iskopress, Salzhausen, 1999. – 140 p.

28. Сінько А. Вплив тривожності на життєдіяльність молоді в умовах воєнного стану / А. Сінько. – Київ, 2023. – 59 с.

29. Страхова О. О. , Коломієць А. М. Тривожність та її вплив на психічне здоров'я студентів. Збірник статей учасників вісімнадцятої всеукраїнської практично-пізнавальної конференції «Наукова думка сучасності і майбутнього» 2019;

30. Титаренко Т. М. Соціально-психологічна профілактика порушень адаптації молоді до повсякденного стресу. Київ. Міленіум. 2018. 84 с.

31. Царькова О.В., Радченко С.В. Теоретичні аспекти прояву психологічного феномену тривожності. Актуальні проблеми психології. 2015. Т. 7. Вип.

38. С. 479-491

32. Шестопа́л І. А., Ткаченко Д. В., Сайко Д. С. Дослідження стану тривоги студентської молоді в період російсько-української війни. Наукові записки

Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: науковий журнал. Острог: Вид-во НаУОА, червень 2022. № 15. С. 72–77.

33. Ясточкіна І. А. Прояви тривожності серед студентської молоді. Вісник Запорізького національного університету. Педагогічні науки. 2014. № 1. С. 173–180;

34. Горенко М. Тривожність молоді під час війни: психологічні аспекти та стратегії адаптації / М. Горенко // *Věda a perspektivy* № 12 (31) 2023.

35. Гур'єв М.Є. Соціально-психологічні причини та особливості прояву страхів і тривог у дітей та підлітків. Вип. 21. 2016. С. 75–82;

36. Карпенко З. Соціальні неврози особистості перехідного періоду суспільства. Психологія і суспільство. 2001. № 1. С. 124–132;

37. Ковпак Д. В. Страх, тривоги, фобії... Як їх позбутися? 2016. 288 с.;

38. Нехорошкова О.М. Проблема тривожності як складного психофізіологічного. Вип. 6. 2017. С. 47–54;

39. Осадько О. Страх тривоги: специфіка психологічної допомоги. Київ. 2018. № 13. С. 9 –12;

40. Осадько О. Страх себе: специфіка психологічної допомоги. 2017. № 17. С. 13–15;

Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (НАМ-А)

Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (НАМ-А) дозволяє кількісно оцінювати вираженість тривожного синдрому. Складається шкала тривоги Гамільтона з 14 показників, кожен із яких визначається низкою симптомів. Кожен показник оцінюється за 5-бальною шкалою від 0 (відсутній) до 4 (тяжкий).

1. Тривожний настрій (Неспокій, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість)

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

2. Напруга (Відчуття напруження, здригання, легко виникає плаксивість, занепокоєння, тремтіння)

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

3. Страх (Боязнь темряви, незнайомих людей, самотності, тварин, натовпу чи транспорту)

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

4. Порушення сну (Ускладнене засинання, переривчастий сон, нічні кошмари, почуття розбитості й слабкості при пробудженні)

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

5. Інтелектуальні порушення (Ускладнена концентрація уваги, зниження пам'яті)

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3

- 4

6. Депресивний настрій (Втрата звичних інтересів та почуття задоволення від хобі, пригніченість, ангедонія, коливання настрою)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

7. Соматичні скарги (м'язові) (Біль, посмикування, напруження, судороги клонічні, скрипіння зубами, голос, що зривається, підвищений м'язовий тонус)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

8. Соматичні скарги (чутливі, сенсорні) (Дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, відчуття слабкості, поколювання)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

9. Серцево-судинні симптоми (Тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

10. Респіраторні симптоми (Відчуття тиску в грудній клітці, відчуття задухи, задишка)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

11. Шлунково-кишкові симптоми (Дисфагія, нудота або блювота, запор, зниження маси тіла, відчуття переповнення шлунка, діарея або запор)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

12. Сечо-статеві симптоми (Почастішання сечовипускання або імперативні позиви на сечовипускання, дисменорея, імпотенція)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

13. Вегетативні симптоми (Сухість у роті, почервоніння чи блідість шкіри, пітливість, головний біль із відчуттям напруження)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

14. Поведінка під час бесіди (Совання на стільці, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, нахмурювання, напружений вираз обличчя, зітхання чи прискорене дихання, часте ковтання слини)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

Тест на тривожність GAD – 7

*Позначте відповіді, що найкраще відповідають вашій ситуації.
Як часто за останні 2 тижні вас непокоїли такі проблеми?*

1. Підвищена нервова збудливість, неспокій чи дратівливість

- ☐ Ані разу
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

2. Нездатність упоратись із хвилюванням

- ☐ Ані разу
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

3. Надмірне занепокоєння з різного приводу

- ☐ Ані разу
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

4. Нездатність розпружуватися

- ☐ Ані разу
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

5. Крайній рівень неспокою: «місця собі не знаходжу»

- ☐ Ані разу
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

6. Легко піддаюся відчуттю неспокою чи дратівливості

- ☐ Ані разу
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

7. Страх з того, що станеться щось жахливе

- ☐ Ані разу
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Прочитайте уважно кожне твердження й у порожній графі зліва відзначте хрестиком відповідь, яка найбільше відповідає тому, як ви почувалися на минулому тижні. Не роздумуйте над кожним твердженням занадто довго – ваша перша реакція завжди буде найвірнішою.

1. Я перебуваю у стані напруги або у «заведеному» стані

- Більшу частину часу
- Значну частину часу
- Час від часу, від випадку до випадку
- Ніколи

2. Я відчуваю себе загальмованим (-ою) і роблю все повільно

- Майже весь час
- Дуже часто
- Іноді
- Абсолютно ні

3. У мене присутнє відчуття переляку, подібне до «метеликів у животі» (внутрішнє тремтіння)

- Абсолютно немає
- Від випадку до випадку
- Досить часто
- Дуже часто

4. Я можу отримувати задоволення від того ж самого, як і раніше

- Безумовно, в такому самому обсязі
- Так, але не настільки, як і раніше
- Лише трохи
- Лише трохи ні

5. У мене є якесь страшне відчуття, неначе станеться щось жахливе

- Так, є дуже виразне погане передчуття
- Так, але це відчуття не настільки важке
- Трохи, однак це не турбує мене
- Абсолютно немає

6. Я втратив(-ла) цікавість до своєї зовнішності (і не стежу за нею)

- Абсолютно так
- Стежу за собою не настільки потрібно
- Дещо менше, ніж раніше
- Стежу за собою, як і раніше

7. Я відчуваю неспокій і непосидючість, ніби мені весь час потрібно рухатися

- Дійсно, дуже сильно
- Вельми значно
- Не дуже сильно
- Абсолютно немає

8. Я здатен(-а) сміятися і сприймати смішне

- Такою ж мірою, як і завжди
- Тепер вже не такою мірою
- Безумовно вже не настільки
- Не можу абсолютно

9. У моїй голові крутяться неспокійні думки

- Переважну частину часу
- Значну частину часу
- Час від часу, але не дуже часто
- Лише зрідка

10. Я дивлюся в майбутнє, очікуючи, що можу отримувати радість і задоволення (від роботи, захоплень тощо)

- Такою ж мірою, як і завжди
- Трохи менше, ніж зазвичай
- Набагато менше, ніж зазвичай
- Абсолютно ні

11. Мене охоплює раптове відчуття паніки

- Дійсно, дуже часто
- У цілому часто
- Нечасто
- Абсолютно ні

12. Я почуваюся бадьоро

- Абсолютно ніколи
- Нечасто
- Іноді
- Більшу частину часу

13. Я можу просто сидіти і почуватися розслабленим(-ою)

- Абсолютно так
- Зазвичай так
- Нечасто
- Не можу абсолютно

Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне з наведених нижче речень і закресліть цифру у відповідній графі справа залежно від того, як ви себе відчуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних і неправильних відповідей немає»

1. Я спокійний

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Часто
- ☐ Майже завжди

2. Мені ніщо не загрожує

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Часто
- ☐ Майже завжди

3. Я перебуваю в напруженні коли мені ніщо не загрожує

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Часто
- ☐ Майже завжди

4. Я внутрішньо скутий

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Часто
- ☐ Майже завжди

5. Я відчуваю себе вільно

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Часто
- ☐ Майже завжди

6. Я засмучений

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Часто
- ☐ Майже завжди

7. Мене хвилюють можливі невдачі

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Часто
- ☐ Майже завжди

8. Я відчуваю душевний спокій

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Часто
- ☐ Майже завжди

9. Я стривожений

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Часто

- ☐ Майже завжди
- 10. Я відчуваю внутрішнє задоволення**
 - ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 11. Я впевнений в собі**
 - ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 12. Я нервуюсь**
 - ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 13. Я не знаходжу собі місця**
 - ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 14. Я напружений**
 - ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 15. Я не відчуваю скутості, напруження**
 - ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 16. Я задоволений**
 - ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 17. Я стурбований**
 - ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 18. Я дуже збуджений і мені не по собі**
 - ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 19. Мені радісно**
 - ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 20. Мені приємно**

- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 21. У мене буває піднесений настрій**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 22. Я буваю дратівливим**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 23. Я легко впадаю в розпач**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 25. Я тяжко переживаю неприємності та довго не можу про них забути**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 26. Я відчуваю приплив сил і бажання працювати**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 27. Я спокійний, урівноважений та зібраний**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 28. Мене турбують можливі труднощі**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 29. Я дуже переживаю через дрібниці**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 30. Я буваю цілком щасливий**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи

- ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 31. Я все приймаю близько до серця**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 32. Мені не вистачає впевненості в собі**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 33. Я відчуваю себе беззахисним**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 34. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 35. У мене буває хандра**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 36. Я буваю задоволений**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 37. Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 38. Буває, що я відчуваю себе невдахою**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 39. Я врівноважена людина**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди
- 40. Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи**
- ☐ Ніколи
 - ☐ Майже ніколи
 - ☐ Часто
 - ☐ Майже завжди

Анкета здоров'я щодо нападів паніки Дж. Катона (PHQ)

Інструкція: Надайте відповіді на наведені нижче запитання

А. Напади тривоги

1. Чи були у Вас неочікувані напади тривоги або страху протягом останніх 4-х місяців?

2. Чи були подібні напади у Вас раніше?

3. Чи виникають деякі з цих нападів несподівано, поза певною ситуацією, де б Ви відчували занепокоєння чи дискомфорт?

4. Чи є у Вас страх нападу чи його наслідків?

Б. Під час Вашого останнього нападу (панічної атаки) Ви відчували:

- ☐ поверхнєве, прискорене дихання;
- ☐ серцебиття, пульсацію, перебої у роботі серця чи відчуття його зупинки;
- ☐ біль або дискомфорт у лівій половині грудної клітки;
- ☐ пітливість;
- ☐ відчуття нестачі повітря, задишку;
- ☐ хвилі жару чи холоду;
- ☐ нудоту, дискомфорт у шлунку, пронос чи позиви до нього;
- ☐ запаморочення, нестійкість, туман у голові чи переднепритомний стан;
- ☐ відчуття поколювання чи оніміння у тілі чи кінцівках;
- ☐ тремтіння в тілі, кінцівках, посмикування або стягування тіла (кінцівок);
- ☐ страх смерті чи незворотних наслідків нападу

Додаток Е

Таблиця 1. Щоденник думок, почуттів та поведінкових реакцій

Час, дата, тригерна ситуація	Думки	Емоції, наприклад тривога, гнів, сором	Поведінка, наприклад уникаюча поведінка

Таблиця 2. Щоденник нав'язливих думок

Час, дата, тригерна ситуація	Думки, наприклад картина того, що я комусь заподію шкоди	Інтерпретація думок, наприклад: «Це значить, що я хочу це зробити»	Поведінка, наприклад спроба не залишатися наодинці з цією людиною

Таблиця 3. Щоденник настрою

Період часу	Позитивна емоція (від 0 до 10)	Негативна емоція (від 0 до 10)
З 6:00 до 12:00		
З 12:00 до 18:00		
З 18:00 до 24:00		

Таблиця 4. Графік активності

Період часу	Графік
Пн	
Вт	
Ср	
Чт	
Пт	
Сб	
Нд	

Таблиця 5. Тривога за здоров'я

Переконання	Дія	Безпечна поведінка

Пам'ятка

В таблицю 1 записуєте ситуації навіть ті, які не пов'язані з вашими думками про здоров'я. Наприклад: запізнились на роботу (думаєте, що вас звільнять, відчуваєте страх, тривогу, поведінка – вибачаєтесь перед керівництвом або на наступний раз ставите декілька будильників, щоб точно не запізнитися)

В таблицю 2 записуєте будь-які нав'язливі думки, враховуючи і думки про здоров'я, і ті, що не стосуються цього

В таблицю 3 записуєте емоції, які ви відчували у зазначений проміжок часу та оцінюєте ці емоції по шкалі від 0 до 10, де 10 – найсильніше відчуття.

В таблицю 4 протягом тижня записуєте свій день (наприклад, понеділок до 5 вечора була на роботі, з 5 до 7 гуляла з дитиною)

В таблицю 5 пишите переконання, дію та безпечну поведінку. (Наприклад, переконання: в мене рак мозку, бо болить голова. Дія: багато думаю про це і голова болить ще більше. Безпечна поведінка: треба сфокусуватися на відчуттях, щоб якщо що, помітити, що стало гірше і викликати швидку. На кожне переконання може бути декілька дій, наприклад гуглити симптоми уявного захворювання, уникати людей, які говорять про те, що в них хтось хворіє, записуватися до лікаря і тд).