

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА  
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**ДИПЛОМНА РОБОТА  
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ СТАНУ ПАНІЧНОЇ АТАКИ  
В ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ**

на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «Бакалавр»  
за спеціальністю 053 «Психологія»

Студентки ОР Бакалавр

4 курсу, 4 групи

**Стасюк Вероніка Анатоліївна**

Науковий керівник:

Доктор психологічних наук, доцент

кафедри загальної психології

**Мельник Оксана Андріївна**

Робота захищена \_\_ \_\_\_\_ 2023 р

Допустити до захисту в ЕК  
Кафедра загальної психології

Протокол № \_\_\_\_ від \_\_\_\_

Завідувач кафедри:

Кандидат психологічних наук, доцент

**Юрчинська Ганна Кирилівна**

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Кафедра загальної психології

Протокол № \_\_\_\_ від \_\_\_\_

**Київ – 2023**

## ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1 .....	7
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ СТАНУ ПАНІЧНОЇ АТАКИ В ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ ..	7
1.1. Класифікація тривожних розладів. Панічні атаки .....	7
1.2. Клінічна картина панічного розладу та характеристика одиничного випадку панічної атаки .....	13
1.3. Фактори ризику розвитку панічної атаки .....	16
1.4. Вікові особливості юнацького віку. Переживання панічної атаки в юнацькому віці .....	17
Висновки до розділу 1 .....	23
РОЗДІЛ 2 .....	24
МЕТОДОЛОГІЧНА ОСНОВА ДОСЛІДЖЕННЯ ПАНІЧНИХ АТАК .....	24
У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ .....	24
2.1. Методика та організація дослідження .....	24
2.2. Опис та обґрунтування методів дослідження .....	25
2.3. Теоретична модель дослідження особливостей панічних атак у юнацькому віці .....	30
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ПАНІЧНОЇ АТАКИ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ .....	32
3.1. Аналіз результатів дослідження особливостей переживання панічної атаки у осіб юнацького віку .....	32
3.2. Розробка стратегії корекції стану в осіб юнацького віку, що переживають панічні атаки .....	38
Висновки до розділу 3 .....	46
ВИСНОВКИ.....	48
Список використаних джерел .....	50
ДОДАТКИ.....	55

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Панічні атаки – це форма тривожного розладу, яка може бути особливо виснажливою, порушуючи повсякденну діяльність і соціальні взаємодії. Вони характеризуються раптовими, інтенсивними епізодами страху та фізичними симптомами, такими як підвищена пітливість, тремтіння та прискорене серцебиття. Панічні атаки є більш поширеними, аніж багато хто думає, і вони можуть виникати в будь-якому віці, а особливо у осіб юнацького віку [47].

Дослідження панічних атак у осіб юнацького віку має вирішальне значення з кількох причин. По-перше, це може допомогти нам краще зрозуміти основні причини та фактори ризику панічних атак. Вивчаючи досвід хлопців та дівчат, які мали панічні атаки, дослідники можуть визначити потенційні тригери та фактори ризику, такі як генетичні фактори, травма або хронічний стрес. Потім ці знання можна використати для розробки ефективніших стратегій профілактики та лікування.

По-друге, дослідження панічних атак у осіб юнацького віку може допомогти нам визначити найбільш ефективні варіанти лікування для цієї групи населення. Панічні атаки важко лікувати, і різні підходи до лікування можуть бути ефективнішими для різних вікових груп або окремих людей. Вивчаючи результати різних методів лікування, ми можемо визначити найбільш ефективні втручання та адаптувати плани лікування до індивідуальних потреб.

По-третє, дослідження панічних атак може допомогти зменшити стигму та підвищити обізнаність про цей стан. Панічні атаки можуть лякати й спантеличувати людей, які їх переживають, і вони можуть неохоче звертатися за допомогою через страх за осуд. Підвищуючи обізнаність про панічні атаки та сприяючи розумінню цього стану, ми можемо допомогти зменшити

стигматизацію та заохотити більше осіб юнацького віку звертатися за необхідною допомогою.

По-четверте, дослідження панічних атак може допомогти нам визначити шляхи підвищення стійкості та запобігання панічним атакам у майбутньому. Вивчаючи досвід дівчат та хлопців юнацького віку, які оговталися від панічних атак або ніколи їх не відчували, дослідники можуть визначити захисні фактори та стратегії розвитку стійкості. Потім ці знання можна використати для розробки профілактичних програм і втручань, які допомагають особам юнацького віку розвивати стійкість і справлятися зі стресом і тривогою.

За останні десятиліття було багато вчених і дослідників, які вивчали панічні атаки. Ось лише кілька прикладів вчених та їхніх досліджень на цю тему:

- Девід Барлоу: Барлоу – психолог, представляє Бостонський університет, доктор філософії, професор психології, директор Центру досліджень тривожних станів і пов'язаних з ними розладами. Провів обширні дослідження тривожних розладів, включаючи панічні атаки. Одне з його досліджень включало розробку та тестування програми когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для лікування панічного розладу [18].
- Мюррей Стайн: Стайн — психіатр, працює в лабораторії генетики й неврології Білого дому, займається дослідженням генетики тривожних розладів, включаючи панічний розлад. Він також вивчав ефективність медикаментів і психотерапії в лікуванні панічного розладу. [44].
- Наомі Саймон: Саймон — психіатр, працює Медичному Центрі Бет Ізраель, зосереджена на дослідженні лікування тривожних розладів, включаючи панічний розлад. Вона вивчала ефективність КПТ, медикаментів та інших форм психотерапії в лікуванні тривожних розладів [43].
- Майкл Отто: Отто – доктор філософії, професор психології Бостонського університету, директор Центра досліджень тривожних станів і пов'язаних

з ними розладами. Проводив дослідження щодо лікування тривожних розладів, у тому числі панічного розладу. Він вивчав ефективність КПТ, втручань на основі уважності та інших форм психотерапії в лікуванні тривожних розладів [39].

Це лише деякі приклади з багатьох вчених і дослідників, які протягом багатьох років вивчали панічні атаки. Їхні дослідження зробили великий внесок у наше розуміння причин, факторів ризику та ефективних методів лікування панічного розладу та інших тривожних розладів. Продовжуючи вивчати цей стан, ми можемо покращити нашу здатність запобігати та лікувати напади паніки як у юнаків, так і у дорослих.

Загалом, є багато причин, чому важливо досліджувати стан панічних атак у юних осіб. Розуміючи причини та фактори ризику панічних атак, визначаючи ефективні варіанти лікування, зменшуючи стигму та покращуючи обізнаність, а також сприяючи стійкості та профілактиці, ми можемо покращити життя юнаків, які переживають цей виснажливий стан.

**Мета роботи** полягає у визначенні особливостей переживання стану панічної атаки в осіб юнацького віку та підборі методів коригування стану.

Відповідно до мети було сформовано наступні **завдання**:

1. Виявити виражені тенденції у переживанні стану панічної атаки особами юнацького віку;
2. Охарактеризувати динаміку панічних атак та його проявів серед осіб юнацького віку;
3. Встановити характер взаємозв'язку між емоційно-вольовою сферою, самооцінкою та панічними проявами в осіб юнацького віку;
4. Розробити стратегію корекції стану в осіб юнацького віку, що переживають панічні атаки та запропонувати превентивні методи для осіб юнацького віку.

**Об'єкт дослідження:** панічні атаки.

**Предмет дослідження:** особливості переживання стану панічної атаки в осіб юнацького віку.

**Методи дослідження.** У даному дослідженні було задіяно систему загальнонаукових та спеціальних галузевих методів.

*Методи теоретичного пізнання:* використовуються такі методи, як теоретичний аналіз наукових джерел з проблеми, синтез, узагальнення, теоретичне моделювання.

*Методи емпіричного пізнання:* Методика діагностики самооцінки Дембо-Рубінштейн (модифікація Парафіян), шкала тривоги і депресії (HADS), шкала тривожності Спілберга-Ханіна, методика «Багатофакторного дослідження особистості» Кеттелла.

*Методи математико-статистичної обробки:* перевірка нормальності розподілу за критерієм Колмогорова-Смірнова, перевірка рівності середніх значень двох вибірок за U-критерієм Манна-Уїтні та кореляційний аналіз за критерієм Спірмена.

**Емпірична база дослідження.** У дослідженні взяли участь 60 осіб юнацького віку (30 дослідницька група і 30 контрольна) віком від 18 до 21 року – студенти факультету психології Київського національного університету ім. Тараса Шевченка.

**Новизна дослідження.** Дослідження сприяє розумінню зв'язку між панічними атаками та факторами емоційно-вольової сфери та самооцінки осіб юнацького віку. Окрім того, дослідження підкреслює необхідність комплексного підходу до лікування, яке стосується всіх аспектів психічного здоров'я молодої людини. Дослідження підкреслює потенціал панічних атак як шлях до інших розладів психічного здоров'я, підкреслюючи важливість раннього втручання та профілактики.

**Теоретична та прикладна цінність.** Теоретична цінність дослідження полягає в його внеску в існуючу сукупність знань про тривожні розлади, зокрема панічні атаки, у осіб юнацького віку. Використовуючи якісні методи

дослідження, дослідження дає багатий опис суб'єктивних переживань осіб юнацького віку під час нападу паніки. Ця інформація сприяє більш детальному розумінню феноменології панічних атак у осіб юнацького віку, що може стати основою для майбутніх досліджень і розробки теоретичних моделей тривожних розладів.

Дослідження також доповнює наше розуміння контекстуальних факторів, які сприяють виникненню панічних атак у юних осіб. Висвітлюючи роль самооцінки та емоційно-вольової сфери у розвитку панічних симптомів.

**Структура роботи.** Дипломна робота містить вступ, 3 розділи, висновки до кожного з розділів, загальні висновки, список використаної літератури (49 найменувань, з них 11 – українською мовою). Повний обсяг дипломної роботи становить 60 сторінок, основний зміст роботи викладено на 48 сторінках комп'ютерного тексту. Робота містить 4 таблиці та 1 рисунок.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ СТАНУ ПАНІЧНОЇ АТАКИ В ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

### 1.1. Класифікація тривожних розладів та панічні атаки

Тривожний розлад — це широка категорія розладів психічного здоров'я, що характеризується надмірним і постійним занепокоєнням, страхом і побоюванням. Відповідно до п'ятого видання Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5), тривожні розлади включають кілька специфічних розладів, таких як генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальний тривожний розлад, специфічна фобія та тривожний розлад розлуки [14].

Дослідження показали, що тривожні розлади є одними з найпоширеніших розладів психічного здоров'я, їх виявляють у приблизно 20% дорослих у Сполучених Штатах (Національний інститут психічного здоров'я, 2021). Хоча тривога може бути нормальною та адаптивною реакцією на стрес, тривожні розлади передбачають постійний і надмірний рівень тривоги, який заважає повсякденному функціонуванню та може спричинити значний дистрес.

Вважається, що тривожні розлади виникають через складну взаємодію між генетичними, екологічними та психологічними факторами [16]. Кілька нейробіологічних систем були залучені до тривожних розладів, включаючи вісь гіпоталамус-гіпофіз-наднирники (HPA), систему гамма-аміномасляної кислоти (GABA) і серотонінергічну систему [22].

Лікування тривожних розладів зазвичай передбачає поєднання медикаментів, психотерапії та зміни способу життя [14]. Показано, що

когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) особливо ефективна в лікуванні тривожних розладів [27]. КПТ включає виявлення та зміну негативних моделей мислення та поведінки, які сприяють тривожності.

*Класифікація тривожних розладів.* Генералізований тривожний розлад (ГТР) — це хронічний стан, що характеризується постійним і надмірним занепокоєнням щодо широкого кола подій або діяльності, таких як робота, здоров'я та стосунки[15]. Люди з ГТР часто відчують труднощі з контролем свого занепокоєння та можуть відчувати такі фізичні симптоми, як м'язова напруга, втома та неспокій. ГТР вражає приблизно від 3% до 5% загального населення та частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків [16].

Лікування ГТР зазвичай включає поєднання медикаментів і психотерапії. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну (SNRI) часто використовуються для зменшення симптомів тривоги, а когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) показала свою ефективність у зміні негативних моделей мислення та зменшенні тривоги [27].

*Панічний розлад.* Панічний розлад – це стан, що характеризується періодичними та неочікуваними нападами паніки, які є раптовими та інтенсивними епізодами страху та фізичними симптомами, такими як серцебиття, пітливість та тремтіння [15]. Панічні атаки часто виникають без попередження і можуть бути надзвичайно неприємними. Панічний розлад вражає приблизно від 2% до 3% загального населення і частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків [16].

Лікування панічного розладу зазвичай включає в себе поєднання медикаментів і психотерапії. Антидепресанти, такі як СІЗЗС і трициклічні антидепресанти, можна використовувати для зменшення частоти та тяжкості нападів паніки, а КПТ продемонструвала свою ефективність у зниженні тривоги та запобіганні нападам паніки [17].

*Соціальний тривожний розлад.* Соціальний тривожний розлад, також відомий як соціальна фобія – це стан, що характеризується постійним і сильним страхом перед соціальними ситуаціями, такими як публічні виступи, знайомство з новими людьми або їжа в громадських місцях [15]. Люди з соціальним тривожним розладом часто відчувають фізичні симптоми, такі як почервоніння, пітливість і тремтіння, і можуть уникати соціальних ситуацій, щоб уникнути збентеження або приниження. Соціальний тривожний розлад вражає приблизно від 7% до 13% загального населення і частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків [16].

Лікування соціального тривожного розладу зазвичай передбачає поєднання медикаментів і психотерапії. СІЗС і бензодіазепіни часто використовуються для зменшення симптомів тривоги, а КПТ виявилася ефективною у зміні негативних моделей мислення та зниженні соціальної тривожності [12].

*Специфічна фобія.* Специфічна фобія – стан, що характеризується інтенсивним і ірраціональним страхом перед певним об'єктом або ситуацією, наприклад, висоти, павуків або польоту [15]. Люди зі специфічними фобіями часто докладають великих зусиль, щоб уникнути об'єкта чи ситуації, яка викликає їхній страх, і можуть відчувати фізичні симптоми, такі як пітливість, тремтіння та прискорене серцебиття. Специфічні фобії вражають приблизно 8%-10% загального населення і частіше зустрічаються у жінок, ніж у чоловіків [16].

Лікування специфічних фобій, як правило, включає експозиційну терапію, форму КПТ, яка передбачає поступове піддавання людини об'єкту чи ситуації, що викликає її страх, у контрольованому середовищі [16]. Ліки, такі як бета-блокатори або бензодіазепіни, також можуть використовуватися для зменшення симптомів тривоги під час експозиційної терапії.

*Сепараційний тривожний розлад.* Сепараційний тривожний розлад – це стан, що характеризується надмірною та неадекватною тривогою щодо розлуки з домом або людьми, до яких людина прив'язана [15]. Тривожний розлад розлуки частіше діагностується у дітей, але він також може вплинути на дорослих. Люди з тривожним розладом при розлуці часто відчувають такі фізичні симптоми, як головні болі, болі в животі та нудоту, і можуть уникати залишатися наодинці або залишати своїх близьких. Тривожний розлад при розлуці вражає приблизно 4-5% дітей і 1,6% дорослих [30].

Лікування тривожного розладу при розлуці зазвичай включає поєднання медикаментів і психотерапії. СІЗС і бензодіазепіни можна використовувати для зменшення симптомів тривоги, а КПТ може бути ефективним у зміні негативних моделей мислення та зменшенні тривоги при розлуці [30].

Панічний розлад – це стан психічного здоров'я, який характеризується раптовими та повторюваними епізодами сильного страху або дискомфорту, які можуть проявлятися у різноманітних фізичних та психологічних симптомах. Панічні атаки є ознакою панічного розладу і можуть бути виснажливими, впливаючи на здатність людини виконувати повсякденну діяльність або брати участь у соціальних ситуаціях.

Симптоми панічного розладу можуть відрізнятися від людини до людини, але зазвичай вони включають поєднання фізичних і психологічних симптомів. Фізичні симптоми можуть включати серцебиття, пітливість, тремтіння або тремтіння, задишку або відчуття задухи, біль або дискомфорт у грудях, нудоту або біль у животі, запаморочення або запаморочення, відчуття оніміння або поколювання, а також припливи жару або холоду. Психологічні симптоми можуть включати почуття неминучої приреченості або смерті, відчуття відстороненості від себе чи реальності, страх втратити контроль або збожеволіти, а також сильну тривогу чи страх [35].

Точна причиною атаки до кінця не вивчена, але вважається, що це результат комбінації генетичних, біологічних і екологічних факторів. Було виявлено, що панічний розлад є сімейним, що свідчить про те, що певну роль може відіграти генетика. Певні хімічні речовини мозку, такі як серотонін і норадреналін, також були причетні до розвитку панічного розладу. Фактори навколишнього середовища, такі як стрес, травма та зловживання психоактивними речовинами, також можуть сприяти розвитку панічного розладу. Наприклад, травматична подія, така як автомобільна аварія або фізичний напад, може спровокувати початок панічного розладу в деяких людей.

Щоб діагностувати панічний розлад, медичний працівник зазвичай проводить ретельний медичний огляд і детальний збір історії хвороби. Це допоможе виключити будь-які основні захворювання, які можуть бути причиною симптомів. Медичний працівник може також використовувати психологічні оцінки для оцінки тяжкості та частоти панічних атак.

Існує кілька варіантів лікування панічного розладу, включаючи медикаменти та психотерапію. Ліки, які зазвичай використовуються для лікування панічного розладу, включають селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), бензодіазепіни та трициклічні антидепресанти. Ці ліки діють, змінюючи рівні певних хімічних речовин у мозку, які викликають тривогу та паніку.

Психотерапія також може бути ефективним методом лікування панічного розладу. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — це тип психотерапії, який виявився особливо ефективним при панічному розладі. КПТ зосереджується на виявленні та зміні негативних моделей мислення та поведінки, які сприяють тривозі та паніці. Експозиційна терапія — ще один вид психотерапії, який часто використовують для лікування панічного розладу. Експозиційна терапія

передбачає поступове потрапляння людини до ситуацій або об'єктів, які викликають її панічні атаки, з метою зменшення реакції страху з часом.

Панічні атаки – це раптові та несподівані епізоди сильного страху та тривоги, які можуть бути надзвичайно неприємними та заважати повсякденному житті. Вони характеризуються прискореним серцебиттям, пітливістю, тремтінням, задишкою, болем у грудях, запамороченням і відчуттям приреченості або втрати контролю. Панічні атаки можуть виникнути в будь-який час, часто без попередження, і можуть тривати від кількох хвилин до кількох годин.

Причини панічних атак до кінця не вивчені, але дослідження показують, що вони можуть бути наслідком поєднання біологічних, психологічних і екологічних факторів. Деякі люди можуть бути більш сприйнятливими до нападів паніки через генетичну схильність або хімічний дисбаланс у мозку. У інших можуть розвинутися панічні атаки в результаті травматичної події або стресової події в житті, наприклад, втрата коханої людини, розлучення або втрата роботи. Серед науковців також існує думка, що панічні атаки можуть бути реакцією організму на передбачувану загрозу або небезпеку, навіть якщо реальної небезпеки немає. Це може призвести до циклу тривоги, в якому страх мати нову атаку паніки може фактично викликати більше панічних атак.

Симптоми панічних атак можуть бути інтенсивними і можуть включати фізичні, емоційні та когнітивні симптоми. Фізичні симптоми можуть включати прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння, задишку, біль у грудях, нудоту та запаморочення. Емоційні симптоми можуть включати почуття страху, жаху та відчуття неминучої приреченості або втрати контролю. Когнітивні симптоми можуть включати спотворені думки, труднощі з концентрацією та відчуття відриву від себе чи реальності. Деякі люди також можуть відчувати симптоми панічної атаки, характерні для певних ситуацій або тригерів, таких як страх літати або страх закритих просторів.

Діагностувати панічні атаки може бути складно, оскільки симптоми можуть бути схожі на симптоми інших захворювань, таких як серцеві захворювання або астма. Однак лікар або фахівець з психічного здоров'я може діагностувати панічні атаки на основі ретельного фізичного та психологічного обстеження.

Лікування панічних атак може включати медикаменти, терапію або комбінацію обох. Такі ліки, як антидепресанти та бензодіазепіни, можна використовувати для полегшення симптомів панічних атак, тоді як терапія може допомогти людям вивчити стратегії подолання та краще зрозуміти основні причини їхніх панічних атак. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) виявився ефективним у лікуванні панічних атак. КПТ зосереджується на зміні негативних моделей мислення та поведінки, які можуть сприяти панічним атакам, і на навчанні людей, як керувати своєю тривогою більш ефективним способом. Інші форми терапії, такі як експозиційна терапія та методи релаксації, також можуть бути корисними для лікування нападів паніки.

## **1.2. Клінічна картина панічного розладу та характеристика одиничного випадку панічної атаки**

Клінічна картина панічного розладу складна, і існує багато факторів, які сприяють появі, підтримці та тяжкості симптомів. Опишемо ключові ознаки панічного розладу, включаючи діагностичні критерії, клінічні прояви та супутню патологію з іншими розладами психічного здоров'я.

Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів, п'яте видання (DSM-5) містить діагностичні критерії панічного розладу. Відповідно до DSM-5, діагноз панічного розладу вимагає наявності повторюваних і несподіваних панічних атак, а також принаймні одного місяця постійного

занепокоєння або занепокоєння щодо майбутніх нападів, значних змін у поведінці, пов'язаних з нападами, або обох[15].

Панічні атаки характеризуються раптовим появою сильного страху або дискомфорту, що супроводжується щонайменше чотирма з наступних симптомів: серцебиття, пітливість, тремтіння або тремтіння, задишка, відчуття задухи, біль або дискомфорт у грудях, нудота або біль у животі, відчуття запаморочення, нестабільності, запаморочення або непритомність, відчуття ознобу або жару, відчуття оніміння або поколювання, дереалізація або деперсоналізація, страх втратити контроль або збожеволіти або страх смерті [15].

Панічний розлад може проявлятися різними способами, і симптоми можуть відрізнятися в різних людей. Деякі люди можуть відчувати панічні атаки у відповідь на певні тригери або ситуації, тоді як інші можуть мати несподівані панічні атаки без будь-якої видимої причини. Панічні атаки можуть виникати під час неспання або під час сну (нічні панічні атаки) [25]. Люди з панічним розладом також можуть відчувати передбачувану тривогу або страх і занепокоєння щодо можливості повторної панічної атаки. Це може призвести до поведінки уникнення, наприклад уникання певних ситуацій або дій, які можуть спровокувати напад паніки (наприклад, водіння, політ або перебування в натовпі). Поведінка уникання може призвести до значних порушень у соціальній, професійній чи інших сферах діяльності [25].

Панічний розлад часто супроводжується іншими розладами психічного здоров'я, такими як депресія, генералізований тривожний розлад і розлади вживання психоактивних речовин [49]. Фактично, до 60% людей з панічним розладом також відповідають критеріям іншого психічного розладу [28]. Наявність супутніх захворювань може ускладнити лікування та погіршити прогноз [49].

Панічна атака — це раптовий напад сильного страху або дискомфорту, який досягає піку протягом декількох хвилин і включає різноманітні фізичні та

когнітивні симптоми. Панічні атаки можуть виникати в контексті панічного розладу, але також можуть бути симптомом інших тривожних розладів, захворювань або вживання психоактивних речовин.

Клінічна картина окремого випадку панічної атаки зазвичай включає поєднання фізичних і когнітивних симптомів. У фізичному плані напад паніки може включати серцебиття, пітливість, тремтіння, задишку, біль у грудях, нудоту, запаморочення та відчуття неминучої приреченості або втрати контролю. Ці фізичні симптоми можуть бути настільки серйозними, що люди можуть прийняти їх за серцевий напад або іншу невідкладну медичну допомогу. З когнітивної точки зору панічна атака може включати різноманітні симптоми, такі як страх померти чи збожеволіти, відчуття відірваності від себе чи реальності, інтенсивне почуття страху чи приреченості. Ці когнітивні симптоми можуть посилювати фізичні симптоми та спонукати людей уникати ситуацій, які вони асоціюють з панічними атаками [44].

Тригери панічних атак можуть відрізнятися від людини до людини, і їх не завжди можна визначити. Деякі поширені тригери включають стресові життєві події, специфічні фобії, певні ліки або наркотики та навіть фізичні вправи. У деяких випадках панічні атаки можуть виникати спонтанно без будь-яких видимих причин.

Важливо зазначити, що переживання панічної атаки не обов'язково означає, що людина має панічний розлад. Панічний розлад діагностується, коли людина відчуває повторювані панічні атаки та розвиває постійний страх або уникає ситуацій, які можуть спровокувати напади в майбутньому. Однак один напад паніки може бути неприємним і може мати значний вплив на якість життя людини.

Лікування однієї панічної атаки може включати навчання природі панічних атак, методи релаксації та стратегії самопомоги, такі як контрольоване дихання. Для осіб, які відчувають повторювані напади паніки,

лікування може включати поєднання медикаментів і психотерапії, такої як когнітивно-поведінкова терапія або експозиційна терапія.

### **1.3. Фактори ризику розвитку панічного розладу**

Щодо генетичних факторів, дослідження показали, що панічний розлад має спадковий компонент, з вищим ризиком розвитку розладу, якщо є сімейна історія цього захворювання. Дослідження виявили конкретні гени, які можуть бути пов'язані з підвищеним ризиком розвитку панічного розладу, включаючи гени, що беруть участь у регуляції серотоніну та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової (НРА) осі. НРА бере участь у реакції організму на стрес, і зміни в її функції можуть сприяти розвитку панічного розладу.

Фактори навколишнього середовища також здійснюють вплив на розвиток панічного розладу. Травматичні життєві події, такі як фізичне або сексуальне насильство, можуть підвищити ризик розвитку панічного розладу, особливо у тих, хто має генетичну вразливість до цього розладу [40]. Інші фактори навколишнього середовища, такі як стресова робота чи середовище проживання, також можуть сприяти розвитку панічного розладу.

Психологічні фактори, такі як риси особистості та когнітивні процеси, також були причетні до розвитку панічного розладу. Одним із найважливіших психологічних факторів ризику панічного розладу є чутливість до тривоги, яка стосується страху людини перед фізичними відчуттями, пов'язаними з тривогою [23]. Особи з високим рівнем чутливості до тривоги можуть бути більш схильні до розвитку панічного розладу, оскільки вони можуть інтерпретувати фізичні відчуття, такі як серцебиття або пітливість, як ознаку неминучої небезпеки.

Інші психологічні фактори, які пов'язані з підвищеним ризиком розвитку панічного розладу, включають негативну афективність, що відноситься до схильності до негативних емоцій, таких як смуток і тривога, і невротизм, який

характеризується емоційною нестабільністю та схильністю до негативних думок і емоцій [19]. Ці психологічні фактори можуть взаємодіяти з генетичними факторами та факторами навколишнього середовища, збільшуючи ризик розвитку панічного розладу.

Окремі фактори фізичного здоров'я також були визначені як потенційні фактори ризику панічного розладу. Наприклад, люди з серцево-судинними захворюваннями або респіраторними проблемами в анамнезі можуть мати більше шансів на розвиток панічного розладу, оскільки фізичні симптоми панічних атак можуть бути схожі на симптоми цих станів [26]. Крім того, вживання психоактивних речовин і зловживання ними, особливо такими стимуляторами, як кокаїн і амфетаміни, пов'язують із підвищеним ризиком розвитку панічного розладу [29].

Було припущено, що стресові життєві події можуть сприяти виникненню панічного розладу. Стресові життєві події можуть включати важкі життєві переживання, такі як смерть близької людини тощо. Деякі життєві зміни, які приносять значні зміни в життя, також можуть спричинити сильний стрес, наприклад, переїзд, травми. Дослідження також показали, що переживання травматичної події, наприклад, жертви фізичного чи сексуального насильства, має більший зв'язок із панічним розладом [30]. Також приступ панічної атаки може статись під час стресової життєвої події, але потім ніколи не виникнути знову. Наприклад, людина, яка стала жертвою злочину або пережила стихійне лихо, може мати панічний напад під час цієї події.

Однак, щоб поставити діагноз панічного розладу, у людини повинні бути періодичні та несподівані напади паніки.

#### **1.4. Вікові особливості юнацького віку. Переживання панічної атаки в юнацькому віці**

Юнацький вік – це критичний період розвитку, який характеризується фізичними, емоційними та соціальними змінами. У цей час юнаки переживають перехідний етап від дитинства до дорослого життя, що може бути складним і стресовим. Хоча багато представників вказаного періоду успішно переживають цей період, інші стикаються з труднощами, які можуть мати тривалий вплив на їх психічне здоров'я та благополуччя.

Однією з найважливіших проблем, з якою стикаються особи юнацького віку, є стрімкий розвиток їхньої особистості. Відповідно до теорії психосоціального розвитку Еріка Еріксона, юнаки і дівчата переживають стадію змішання ідентичності проти ролей, коли вони досліджують різні ролі та намагаються відчувати себе [24]. Цей процес може бути стресовим і заплутаним, оскільки юнаки можуть відчувати тиск з боку однолітків, родини та суспільства, щоб вони відповідали певним очікуванням або стандартам.

Окрім розвитку особистості, особи юнацького віку також стикаються з проблемами, пов'язаними з їхніми соціальними стосунками. Для багатьох дівчат та хлопців юнацького віку формування та підтримка дружби є важливою частиною їхнього розвитку. Однак соціальні відносини також можуть бути джерелом стресу та тривоги, особливо якщо вони зазнають відкидання, залякування або соціальної ізоляції [41]. У деяких випадках соціальні труднощі можуть сприяти таким проблемам психічного здоров'я, як депресія та тривога.

Іншим серйозним викликом є академічний стрес. Багато юнаків відчувають тиск, щоб досягти успіху в навчанні, що може призвести до високого рівня стресу та тривоги. Окрім академічного тиску, особи юнацького віку також можуть зіткнутися з проблемами, пов'язаними з їхніми майбутніми кар'єрними устремліннями, такими як вибір кар'єри чи вибір коледжу чи університету для вступу [48].

Інші труднощі, з якими стикаються дівчата та хлопці, включають вживання психоактивних речовин, сексуальне та репродуктивне здоров'я, а

також ризиковану поведінку, наприклад необачне водіння або інші небезпечні дії. Вживання психоактивних речовин є серйозною проблемою для багатьох осіб юнацького віку оскільки експерименти з наркотиками та алкоголем можуть призвести до залежності та інших негативних наслідків. Подібним чином юнаки можуть займатися ризикованою сексуальною поведінкою, яка може призвести до небажаної вагітності або інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Загалом, труднощі, з якими стикаються хлопці та дівчата юнацького віку багатогранні і можуть мати значний вплив на їх психічне здоров'я та благополуччя. Однак є також багато захисних факторів, які можуть допомогти людям юнацького віку подолати ці виклики та сприяти позитивним результатам. Одним із ключових факторів захисту є присутність у їхньому житті дорослих, які підтримують їх, таких як батьки, вчителі та інші опікуни. Дослідження показали, що позитивні стосунки з турботливими дорослими можуть допомогти зменшити негативні наслідки стресу та сприяти витривалості [42]. Подібним чином доступ до служб психічного здоров'я та інших систем підтримки також може бути корисним для хлопців та дівчат, які зазнають труднощів. Крім того, розвиток позитивних соціальних стосунків і навичок емоційної регуляції може допомогти особам юнацького віку справлятися з труднощами юнацького віку. Наприклад, було показано, що програми соціального та емоційного навчання сприяють позитивним результатам психічного здоров'я юнаків шляхом навчання таким навичкам, як емпатія, спілкування та вирішення проблем [23].

Як вразлива категорія населення, юні особи є схильними до розвитку різного роду психологічних розладів:

**Депресія.** Депресія — це розлад настрою, що характеризується постійним сумом, втратою інтересу до діяльності та почуттям безнадійності. Це одна з

найпоширеніших психологічних проблем серед юнаків, яка може мати значний вплив на їхнє повсякденне життя.

**Тривожні розлади** характеризуються надмірним занепокоєнням, страхом і побоюваннями. Поширені тривожні розлади серед юнаків включають генералізований тривожний розлад, панічні атаки і соціальний тривожний розлад. За даними Національного інституту психічного здоров'я (NIMH), приблизно 32% юнаків у Сполучених Штатах відчувають тривожний розлад у якийсь момент протягом свого життя [37].

**Розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами** передбачають надмірне вживання наркотиків або алкоголю, що призводить до значного погіршення самопочуття або дистресу. Особи юнацького віку, які вживають психоактивні речовини, мають підвищений ризик низки негативних наслідків, у тому числі погіршення успішності, правових проблем, а також проблем із фізичним і психічним здоров'ям. За даними Національного опитування про вживання наркотиків і здоров'я, приблизно 9,4% юнаків у віці 12-17 років у Сполучених Штатах вживали заборонені наркотики протягом останнього місяця [46].

**Розлади харчової поведінки** характеризуються ненормальною харчовою поведінкою та ставленням, що часто призводить до значних фізичних і психологічних наслідків. Поширені розлади харчової поведінки серед юних осіб включають нервову анорексію, нервову булімію та розлади переїдання. За даними Національної асоціації розладів харчової поведінки, приблизно 1 із 5 юнаків у віці 16–18 років у Сполучених Штатах має розлад харчової поведінки, який можна діагностувати [34].

**Самоушкодження та суїцидальні думки** викликають серйозне занепокоєння серед юнаків і часто пов'язані з основним психологічним розладом. За даними Центру з контролю та профілактики захворювань (CDC), самогубство є другою провідною причиною смерті юнаків у віці 15-19 років у

Сполучених Штатах, причому 12,5% старшокласників повідомили про суїцидальні думки в минулому році [21].

**Розлади поведінки** характеризуються руйнівною та агресивною поведінкою, яка порушує права інших або суспільні норми. Поширені розлади поведінки серед юних осіб включають опозиційний виклик і розлад поведінки. За даними Американської психіатричної асоціації, приблизно 5% осіб юнацького віку у Сполучених Штатах відповідають критеріям розладу поведінки [15].

Важливо зазначити, що багато юних осіб, які мають психологічні проблеми, можуть також мати супутні розлади, такі як синдром дефіциту уваги/гіперактивності (СДУГ), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) або obsесивно-компульсивний розлад (ОКР). Крім того, юнаки можуть відчувати різні типи психологічних проблем у різні періоди юнацького віку, що робить раннє виявлення та втручання вкрай важливим [47].

Існує низка факторів ризику, які підвищують ймовірність того, що хлопець чи дівчина юнацького віку зазнає психологічних проблем, включаючи сімейну історію психічних захворювань, вплив травми чи несприятливих подій у житті та вживання психоактивних речовин. Такі захисні чинники, як позитивні стосунки в сім'ї, доступ до психіатричної допомоги та сильна соціальна підтримка, можуть допомогти пом'якшити вплив цих факторів ризику та сприяти витривалості молодій людині.

Напад панічної атаки в юнацькому віці може бути страшним і приголомшливим досвідом. Панічні атаки — це раптові, інтенсивні періоди страху та дискомфорту, які часто супроводжуються такими фізичними симптомами, як прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння та задишка. Панічні атаки можуть виникнути у відповідь на певний тригер, наприклад, фобію чи травматичну подію, або вони можуть виникнути несподівано, без будь-якої видимої причини. Хоча панічні атаки можуть бути складними для

будь-кого, вони можуть бути особливо складними для юнаків, які можуть відчувати багато інших змін і труднощів протягом цього періоду життя.

Одним із найпоширеніших тригерів панічних атак у юнаків є тривога. Юнаки можуть відчувати тривогу, пов'язану з успішністю в навчанні, соціальними відносинами, сімейними конфліктами та іншими стресовими факторами. Коли тривога стає всепоглинаючою, це може спровокувати напад паніки. Панічні атаки також можуть бути викликані фізичними відчуттями, такими як прискорене серцебиття або задишка, які можуть бути неправильно витлумачені як ознаки більш серйозного захворювання.

Батькам і опікунам важливо знати про ознаки та симптоми панічних атак у юних осіб. Якщо юнак часто відчуває напади паніки, це може бути ознакою того, що він бореться з тривожним розладом або іншим психічним розладом. Звернення за допомогою до психіатра може допомогти переконатися, що юнак отримає точний діагноз і відповідне лікування.

Підсумовуючи, переживання панічної атаки в юнацькому віці може бути травматичним досвідом. Панічні атаки можуть бути спровоковані тривогою, фізичними відчуттями чи іншими стресовими факторами та можуть суттєво вплинути на якість життя юнака. На щастя, панічні атаки можна ефективно лікувати за допомогою терапії та медикаментів.

## **Висновки до розділу 1**

Юність є періодом значного росту та розвитку, але цей період також може бути часом підвищеної вразливості до психологічних проблем. Депресія, тривожні розлади, розлади вживання психоактивних речовин, розлади харчування, самоушкодження та суїцидальні думки, а також розлади поведінки є одними з найбільш поширених психологічних проблем у юнаків. Важливо вчасно розпізнати та вирішити ці проблеми, щоб запобігти довгостроковим негативним наслідкам. Раннє виявлення та втручання мають вирішальне значення, а захисні фактори, такі як позитивні сімейні стосунки та доступ до психіатричної допомоги, можуть допомогти пом'якшити вплив факторів ризику.

Стигматизація психічного здоров'я є значною перешкодою для звернення за допомогою щодо психологічних проблем серед юнаків. Юні особи можуть боятися бути осудженими. Ця стигматизація може перешкодити особам юнацького віку звертатися за необхідною допомогою та призвести до запізненого втручання та збільшення страждань. Важливо працювати над зменшенням стигми щодо психічного здоров'я та сприянням культурі відкритості та сприйняття проблем психічного здоров'я.

На закінчення слід сказати, що вирішення психологічних проблем у осіб юнацького віку має вирішальне значення для сприяння здоровому розвитку та запобігання довгостроковим негативним наслідкам. Хлопцям та дівчатам, які мають психологічні проблеми, може бути корисно раннє виявлення та втручання, а також сприятливе та сприймаюче середовище. Визнаючи та вирішуючи психологічні проблеми в молодості, ми можемо сприяти витривалості, зростанню та благополуччю на цьому важливому етапі життя.

## **РОЗДІЛ 2**

### **МЕТОДОЛОГІЧНА ОСНОВА ДОСЛІДЖЕННЯ ПАНІЧНИХ АТАК**

#### **У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ**

##### **2.1. Методика та організація дослідження**

Вивчення панічних атак у осіб юнацького віку є складною та делікатною сферою досліджень, яка вимагає суворого та етичного підходу. У цьому розділі ми обговоримо методологію та організацію дослідження, включаючи відбір вибірки, збір даних та методи аналізу.

**Вибірка.** Для дослідження було відібрано за допомогою методу цілеспрямованої вибірки, націленої на осіб юнацького віку від 18 до 21 року (30 дослідницька група і 30 контрольна). Перша група випробовуваних – ті, які пережили панічний напад за останні шість місяців. Друга група, контрольна – яка не мала панічних приступів.

**Збір даних.** Дослідження проводилося за допомогою сервісу «Google Forms», що дозволило опитати студентів 2-4 курсів навчання Київського національного університету імені Тараса Шевченка спеціальності «психологія» віком 18-21 рік. Учасники шляхом психологічного опитування зазначали свій рівень тривожності та депресивності, самооцінки та рівня домагань, рівень реактивної та особистісної тривожності та особистісні показники.

**Аналіз даних.** Математичні обрахунки виконувалися за допомогою SPSS 26.0. Отримані результати було опрацьовано за використання методів описової статистики, критерію Колмогорова-Смірнова, U-критерію Манна-Уїтні, кореляційного аналізу за Спірменом.

**Етичні міркування.** Дослідження проводилося відповідно до етичних принципів, включаючи згоду, конфіденційність і добровільність участі. Учасникам було надано детальну інформаційну сторінку та можливість поставити запитання перед тим, як дати згоду на участь. Конфіденційність учасників була забезпечена використанням псевдонімів під час аналізу та подання даних. Учасників також повідомили, що вони можуть вийти з дослідження в будь-який час без наслідків.

## 2.2. Опис та обґрунтування методів дослідження

**Методика діагностики самооцінки Дембо-Рубінштейн** – це одна з найпоширеніших та найефективніших методик в психології, яка використовується для вимірювання рівня самооцінки особистості.

Методика Дембо-Рубінштейн – полягає у тестуванні особистості на її відчуття власної компетентності та самооцінки. Вона складається з двох частин: перша частина оцінює інтелектуальну самооцінку, а друга – соціальну самооцінку. Перша частина методики вимірює рівень інтелектуальної самооцінки, тобто те, як людина оцінює свої здібності та знання в різних сферах життя. Для цього досліджуваний самостійно заповнює анкету, яка містить 20 питань про його знання, досвід та здібності в різних галузях. Друга частина методики вимірює рівень соціальної самооцінки, тобто те, як людина оцінює свої відносини з іншими людьми. Для цього досліджуваний заповнює анкету, яка містить 20 питань про стосунки з іншими людьми, довіру, емоційну стійкість та інші аспекти. Відповіді на кожне питання оцінюються за бальною шкалою від 1 до 5, де 1 - це найнижчий рівень самооцінки, а 5 - найвищий. Після заповнення анкети проводиться підрахунок балів та складання графіка, який відображає рівень інтелектуальної та соціальної самооцінки. Графік може мати різні форми, наприклад, бути рівним або дзвінокоподібним.

За результатами методики Дембо-Рубінштейн можна зробити висновки про рівень самооцінки людини, її довіру до своїх здібностей та стосунків з іншими людьми. Високий рівень самооцінки може свідчити про впевненість у собі, але також може вказувати на нахабство та самовпевненість. Низький рівень самооцінки може свідчити про нестаток довіри до своїх здібностей та низьку самооцінку, але також може вказувати на скромність та самокритичність.

**Шкала тривоги і депресії (HADS)** – це психологічний інструмент, який використовується для вимірювання рівня тривоги та депресії. HADS була

розроблена у 1983 році двома британськими психіатрами – А.С. Зігмундом та Р.П. Снайзом.

HADS складається з двох підшкал: підшкали тривоги та підшкали депресії. Кожна підшкала містить по 7 питань, загальна кількість питань - 14. Відповіді на кожне питання оцінюються за 4-бальною шкалою від 0 (немає симптомів) до 3 (сильно виражені симптоми). Підшкала тривоги включає такі запитання, як "Чи відчуваєте ви тривогу?" або "Чи відчуваєте ви страх перед тим, що станеться?". Підшкала депресії включає запитання, що стосуються симптомів депресії, наприклад "Чи відчуваєте ви занепокоєність?" або "Чи відчуваєте ви зневіру?"

HADS є швидкою, простою та ефективною методикою, яка дозволяє оцінити рівень тривоги та депресії у досліджуваного. Результати можуть допомогти визначити, чи необхідна додаткова оцінка від психолога або психіатра, і чи необхідна додаткова терапія для людей з вираженими симптомами тривоги та депресії.

**Шкала тривожності Спілберга-Ханіна** – це психологічний інструмент, розроблений для вимірювання рівня тривожності людини. Шкала була розроблена американськими психологами Чарльзом Спілбергом і Річардом Ханіном у 1960-х роках і з тих пір стала однією з найбільш використовуваних шкал для вимірювання тривожності.

Шкала Спілберга-Ханіна складається з 20 запитань, які стосуються трьох аспектів тривожності: когнітивного, соматичного та поведінкового. Кожне запитання містить 4 варіанти відповіді, від "ніколи" до "часто". Загальна кількість балів, яку можна набрати за весь тест, становить 80 балів. Оцінювання шкали Спілберга-Ханіна відбувається за допомогою розрахунку двох підсумкових балів: загального балу тривожності та балу кожного з трьох аспектів тривожності. Загальний бал тривожності може бути від 20 до 80 балів,

де більш високий бал вказує на більш виражений рівень тривожності. Бали кожного з трьох аспектів тривожності можуть бути також оцінені окремо.

**Методика багатфакторного дослідження особистості Кеттелла**, також відома як 16PF, це одна з найбільш використовуваних методик для вивчення особистості.

Розроблена американським психологом Реймондом Кеттелом в 1949 році, методика містить 187 запитань, які досліджують 16 різних особистісних факторів. Кожен з цих факторів є частковим описом особистості і може бути використаний для прогнозування поведінки, реакцій та взаємодії з іншими людьми.

Серед цих факторів можна виділити наступні:

1. Екстраверсія – відкритість до інших людей та нових ідей, активність, енергійність;
2. Афективність – рівень емоційної стійкості, ступінь емоційної чутливості;
3. Схильність до роздумів – тяжіння до аналітичного мислення, обдумування альтернативних варіантів дій;
4. Стійкість до напруги – рівень стійкості до стресових ситуацій;
5. Доступність до нових вражень – схильність до ризику, пошуку нових вражень;
6. Практичність – тяжіння до реалізму, практичності та природного здорового глузду;
7. Гнучкість – здатність до адаптації до нових умов, відкритість до змін;
8. Принциповість – тяжіння до суворої моральної позиції та здатність до самокритичності;

9. Анклавність – схильність до індивідуальної діяльності та уникання контактів з іншими людьми;
10. Децентралізованість – здатність до комунікації та здатність до адаптації до змін;
11. Конфліктність – нахил до конфліктних ситуацій, здатність до агресивних реакцій;
12. Інтелектуалізм – схильність до абстрактного мислення, розуміння складних понять;
13. Оригінальність – нахил до нестандартних, оригінальних рішень;
14. Впевненість у собі - рівень впевненості у своїх здібностях та навичках;
15. Надійність - схильність до довірчості та чесності;
16. Інтернальний локус-контролю - уявлення про те, що успіхи та невдачі залежать від власних дій та зусиль.

Методика 16PF використовується в багатьох галузях, таких як психологічна практика, рекрутинг, бізнес-консалтинг, освіта та наукові дослідження. Вона може допомогти в зборі інформації про особистість та її властивості, що дає можливість зробити більш точний прогноз про те, як людина поводитиметься у певних ситуаціях. Методика має свої переваги та недоліки. До переваг відносять широкий діапазон використання, надійність та висока кореляція з іншими методиками вивчення особистості. До недоліків можна віднести складність заповнення та обробки результатів, а також можливість викривлення результатів у залежності від культурних чи соціальних впливів. Також варто зазначити, що методика не є абсолютним прогнозом поведінки, а лише надає інформацію про певні особистісні риси людини.

### 2.3. Теоретична модель дослідження особливостей панічних атак у юнацькому віці

Ідея дослідження полягає в дослідженні взаємозв'язку рівня самооцінки та домагань, рис особистості, тривожності та депресивності із проявами панічних атак у осіб юнацького віку.

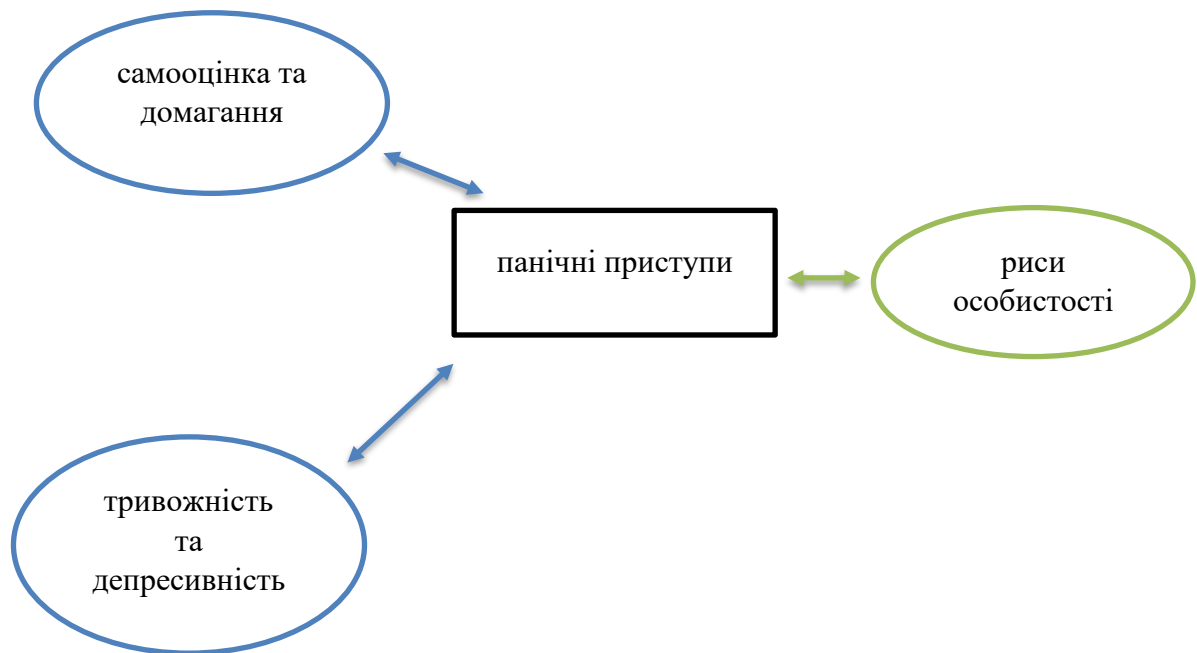


Рис 2.1 Зображення теоретичної моделі дослідження

Ми передбачаємо, що низький рівень самооцінки та підвищена тривожні стани і депресивні стани будуть взаємопов'язані із приступами панічних атак у наших випробовуваних. Тобто, показники підвищеного рівня тривожності і депресивності будуть саме у дослідницької групи. Окрім того, ми передбачаємо наявність характерного взаємозв'язку із рисами особистості.

## Висновки до розділу 2

Вивчення та аналіз зарубіжного та вітчизняного досвіду вивчення панічних атак дозволив нам обрати метод опитування за допомогою стандартизованих методик: Методика діагностика самооцінки Дембо-Рубінштейн (модифікація Парафіян), шкала тривоги і депресії (HADS), шкала тривожності Спілберга-Ханіна, Методика багатofакторного дослідження особистості Кеттелла.

Збір даних проводився у соціальних мережах з використанням інтернет-платформ для створення опитувань із зручним та інтуїтивно зрозумілим інтерфейсом.

Обраний дизайн дослідження пояснюється поставленими дослідницькими завданнями.

Для перевірки відповідності обраних опитувальників меті дослідження, ми використовували методи математико-статистичного аналізу з відповідним програмним забезпеченням, аби встановити додаткову статистичну значущість проведеної роботи.

## РОЗДІЛ 3

### АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ПАНІЧНОЇ АТАКИ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

#### 3.1. Аналіз результатів дослідження особливостей переживання панічної атаки у осіб юнацького віку

Аналіз результатів дослідження особливостей переживання панічної атаки у осіб юнацького віку проводився за допомогою програмного забезпечення SPSS 26.0.

Першим кроком при аналізі є перевірка даних на нормальність розподілу. Для цього використаємо критерій Колмогорова-Смірнова. Усі шкали мають розподіл наближений до не нормального ( $p < 0,05$ ) (Додаток А) і виходячи з цього у роботі будуть використані непараметричні критерії дослідження.

Проведемо аналіз описових статистик для визначення вираженості головних дослідницьких конструктів у двох групах (дослідницькій – яка переживала приступи панічної атаки за останні 6 місяців і контрольній – яка не мала приступи панічної атаки).

*Таблиця 3.1. Описова статистика головних конструктів у дослідницькій та контрольній групах*

група		Рівень самооцінки	Рівень домогань	Триггера	Депресія	Особистісна тривожність
з панічними атаками	Середнє	43,03	58,93	10,06	8,23	46,7
	N	30	30	30	30	30

	Стандартне відхилення	1,79	1,72	1,22	,43	6,19
	Мінімум	41	56	7	8	36
	Максимум	5	62	12	9	57
	Медіана	43	59	1	8	46
без панічних атак	Середнє	62,13	65,36	5,13	6,16	37,06
	N	30	30	30	30	30
	Стандартне відхилення	6,16	2,07	,77	,69	8,26
	Мінімум	47	61	3	5	24
	Максимум	73	7	6	7	53
	Середнє	62	66	5	6	355
	Медіана	62	66	5	6	35

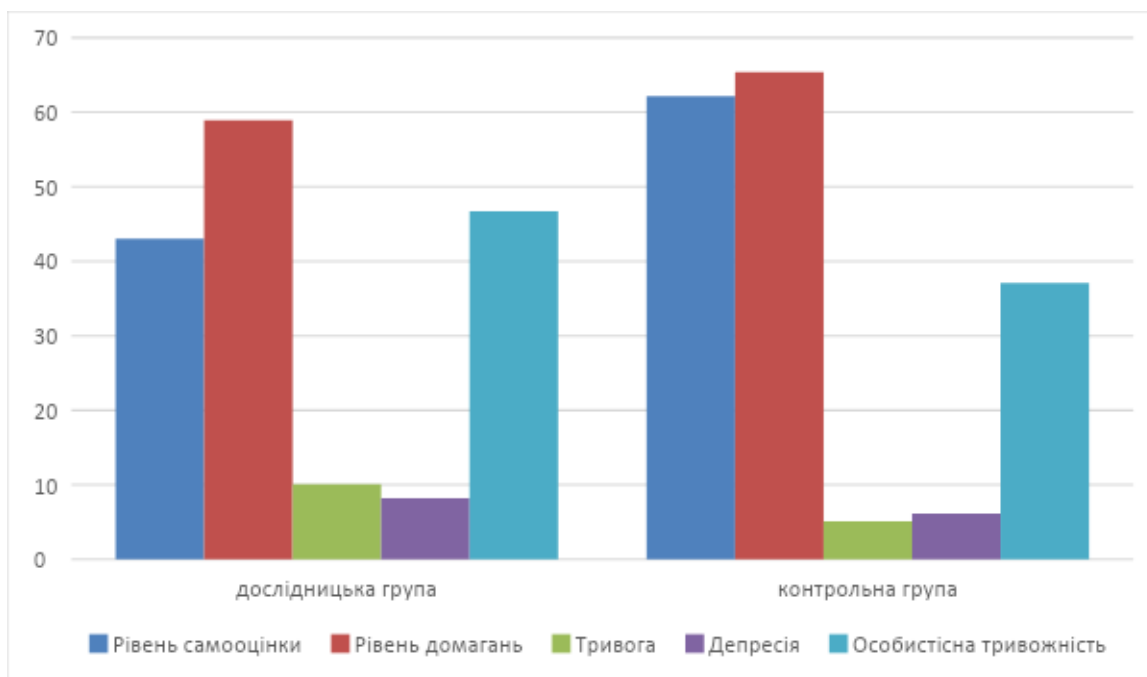


Рис. 3.1 Графічне зображення середніх показників двох груп за основними конструктами

Згідно з отриманими даними (рис 3.1.), група випробовуваних з панічними атаками має низький рівень самооцінки (43,03) та низький рівень домагань (58,93), що може свідчити про низьку самооцінку та високі вимоги до себе. Низька самооцінка та низький рівень домагань можуть свідчити про низьку віру в себе та свої здібності, або про недостатній розвиток та підтримку

позитивного самовизначення. Випробовувані з низькою самооцінкою та домаганнями можуть мати труднощі в досягненні своїх цілей, оскільки їм може бути важко вірити в свої можливості та ставити високі цілі. Низька самооцінка та домагання також можуть бути пов'язані зі страхом провалу, оскільки люди можуть відчувати, що не зможуть виправдати власні очікування або очікування інших. Це може призвести до надмірної обережності, ухиляння від викликів та нездатності приймати ризик.

Показники тривожності (10,6; 46,7) та депресії (8,23) в цій групі вищі в порівнянні з групою без панічних атак.

У групі без панічних атак середній рівень самооцінки (62,13) та рівень домагань (65,36) вищі, що може свідчити про більш високу самооцінку та менші вимоги до себе. Також, тривога (5,13; 37,06) та депресія (6,16) в цій групі менш виражені в порівнянні з групою з панічними атаками і відповідають помірно-низькому рівню. Помірно-низький рівень тривоги та депресії може свідчити про те, що у людини є певний рівень емоційної стійкості та ресурсів для того, щоб забезпечити адаптацію та психічний комфорт у звичайних життєвих ситуаціях. Випробовувані з таким рівнем тривоги та депресії здатні краще контролювати свої емоції, виявляти більшу гнучкість та адаптивність в різних життєвих ситуаціях та бути менш схильними до негативних думок та почуттів.

Враховуючи стандартне відхилення, можна зробити висновок, що в обох групах існують особи юнацького віку з різними рівнями самооцінки, рівнем домагань та тривогою. Проте, середні значення дозволяють виділити загальну тенденцію для кожної групи.

### **Порівняємо показники рис особистості за методикою Кеттелла.**

*Таблиця 3.2 Середні показники особистісних характеристик*

група		то ва ри сь кіс ть	інт ел ек т	ем оц. ста біль ніс ть	до мі на нт ніс ть	ек сп ре си вні ст ь	но рм ат ив ніс ть	см іл иві ст ь	чу тл иві ст ь	пі до зрі ліс ть	мр ій ли віс ть	ди пл ом ат ич ніс ть	тр ив ож ніс ть	ра ди ка ліз м	но нк он фо рм із м	са мо ко нт ро ль	на пр уж ені ст ь
З ПА	Середнє	7,1	7,5	7,4	6,3	6,1	6,2	7,0	7,9	5,7	6,9	5,5	7,4	7,6	5,4	7,4	5,4
	Станд.відхилення	2,2	2,3	2,2	2,6	2,2	2,4	1,9	2,0	1,9	2,4	1,9	2,4	2,2	2,0	1,7	2,0
БЕЗ ПА	Середнє	8,4	7,0	7,8	5,9	6,6	7,4	7,1	8,0	5,7	6,8	5,5	7,0	7,8	5,0	7,3	6,0
	Станд.відхилення	2,2	3,1	2,0	2,3	1,7	1,8	2,2	1,8	2,3	2,1	2,0	2,5	2,2	1,6	1,7	2,1

За цими показниками бачимо, що у групі з панічними атаками середнє значення показника товариськості нижче (7,1), ніж у групі без панічних атак (8,4). Також можна побачити, що у групі з панічними атаками середнє значення показника тривожності вище (7,4), ніж у групі без панічних атак (7).

**Проведемо порівняння середніх за U-критерієм Манна-Уїтні, для визначення статистично значущої різниці у показниках між двома групами (Додаток Б).**

*Таблиця 3.3 Результати застосування U-критерію Манна-Уїтні*

	Припущення	Значущість	Висновок
1	Розподіл за «рівнем самооцінки» є однаковим для категорії група.	,000	Існує статистично значуща різниця.
2	Розподіл за «рівнем домагань» є однаковим для категорії група.	,000	Існує статистично значуща різниця.
3	Розподіл за «тривога» є однаковим для категорії група.	,000	Існує статистично значуща різниця.
4	Розподіл за «депресія» є однаковим для категорії група.	,000	Існує статистично значуща різниця.
5	Розподіл за «особистісною тривожністю» є однаковим для категорії група.	,000	Існує статистично значуща різниця.
6	Розподіл за «товариськістю» є однаковим для категорії група.	,032	Існує статистично значуща різниця.

	Розподіл за «нормативністю» є однаковим для категорії група.	,030	Існує статистично значуща різниця.
--	--	------	------------------------------------

Результати аналізу свідчать про наявність статистично значущих різниць між дослідницькою і контрольною групами на різних показниках:

- Зокрема, дослідницька група має значно нижчий рівень самооцінки і домагань порівняно з контрольною групою. Це може свідчити про те, що люди, які переживають панічні атаки, можуть мати менш високу оцінку своєї власної особистості та своїх можливостей, що може бути пов'язано з тривогами, які вони переживають.
- Дослідницька група також має вищий рівень тривоги та депресії порівняно з контрольною групою. Тобто, ми бачимо взаємозв'язок між переживанням панічних атак та прояви тривожних та депресивних станів.
- Дослідницька група також має вищий рівень особистісної тривожності порівняно з контрольною групою, що може свідчити про характерні схильності людей до панічних атак.
- Дослідницька група також має меншу товариськість та нормативність порівняно з контрольною групою. Це може свідчити про те, що люди, які переживають панічні атаки, можуть бути менш схильні до соціальної взаємодії та відповідати на норми поведінки, що може впливати на їхню адаптацію в суспільстві.

**Наступним кроком зробимо кореляційний аналіз Спірмена для визначення взаємозв'язків між конструктами.**

*Таблиця 3.4 Результати кореляційного аналізу показників самооцінки, тривоги, депресії та особистісної тривожності*

			Рівень самооцінки
Р <sub>о</sub> Спірмена	Рівень самооцінки	Коефіцієнт кореляції	1,000
		Знач. (двостороння)	.

		N	60
Тривога		Коефіцієнт кореляції	-,737**
		Знач. (двостороння)	,000
		N	60
Депресія		Коефіцієнт кореляції	-,771**
		Знач. (двостороння)	,000
		N	60
Особистісна тривожність		Коефіцієнт кореляції	-,460**
		Знач. (двостороння)	,000
		N	60
**. Кореляція значуща на рівні 0,01 (двостороння).			

Ці результати свідчать про те, що рівень самооцінки має сильний зворотній зв'язок із проявами тривоги (-0,737), депресії (-0,771) та особистісною тривожністю (-0,460). Тобто, люди, які мають тривожні та депресивні прояви, скоріш за все, мають проблеми із рівнем самооцінки.

Результати кореляційного аналізу Спірмена між показниками тривоги, депресії та особистісної тривожності із рисами особистості показали наступні взаємозв'язки (Додаток С):

- Особистісна тривожність зворотньо корелює із товариськістю (-0,288). Тобто, люди, які мають вищу особистісну тривожність, менш схильні до товарищкості, тобто не схильні до відкритості та суспільства. Це може бути пов'язано з тим, що люди з панічними атаками можуть бути боязливі і не відчувати себе комфортно у суспільних ситуаціях, що може призводити до їх ізоляції від інших людей.
- Депресія зворотньо корелює із нормативністю (-0,299). Це може означати, що люди з панічними атаками, які страждають від депресії, можуть бути менш схильні до суспільних норм та очікувань. Це може бути пов'язано з тим, що вони можуть відчувати себе відокремленими від

інших людей та суспільства, що може впливати на їхні думки та переконання.

### **3.2. Розробка стратегії корекції стану в осіб юнацького віку, що переживають панічні атаки**

Проінформованість стосовно поняття панічної атаки та методів їх подолання допоможе людям із такою проблемою правильно підготуватись то можливого приступу і прожити його з найменшими втратами для себе.

Пропонуємо розроблену наступну стратегію корекції, щоб виправити стан і запобігти панічним атакам у осіб юнацького віку в майбутньому: Ось кілька кроків, які можна вжити, щоб виправити стан і запобігти панічним атакам у юнаків у майбутньому:

**Оцінка.** Перш ніж розробляти стратегію, важливо оцінити тяжкість і частоту панічних атак у людини. Це можна зробити шляхом ретельного обстеження фахівцем із психічного здоров'я. Ретельне обстеження може включати ряд оцінок, включаючи історію хвороби та медичний огляд, огляд симптомів і психологічну оцінку. Історія хвороби та медичне обстеження можуть допомогти виключити будь-які основні захворювання, які можуть бути причиною або провокувати панічні атаки.

*Огляд симптомів* може допомогти фахівцям із психічного здоров'я зрозуміти конкретні симптоми, які відчуває юнак під час нападу паніки, такі як інтенсивний страх або тривога, серцебиття, пітливість і задишка. Це також може допомогти визначити будь-які тригери, які можуть викликати панічні атаки, наприклад певні ситуації чи стресори.

*Психологічна оцінка* може включати стандартизовані анкети або інтерв'ю, які оцінюють психічне здоров'я та емоційне благополуччя. Ця оцінка може допомогти виявити будь-які основні стани психічного здоров'я, такі як

тривожні розлади, депресія або посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), які можуть сприяти панічним атакам.

**Психотерапія.** Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) виявилася ефективною в лікуванні панічних атак [6]. КПТ може допомогти юнакам визначити та змінити негативні моделі мислення, навчитися технікам релаксації та поступово протистояти ситуаціям, які викликають панічні атаки.

КПТ – це тип бесідної терапії, який допомагає людям визначити та змінити негативні моделі мислення та поведінку, які сприяють їхній тривожності [6]. Це короткострокова, цілеспрямована терапія, яка зосереджена на тому, щоб допомогти людям розвинути практичні навички боротьби з панічними атаками. У КПТ юнаки працюють з навченим терапевтом, щоб визначити тригери, які призводять до їхніх панічних атак, і навчитися керувати своїми симптомами. Терапевт може використовувати різні методики, такі як когнітивна реструктуризація, яка допомагає людям визначити та кинути виклик негативним моделям мислення, які можуть сприяти їх тривожності. Вони також можуть навчати технік релаксації, таких як глибоке дихання, прогресивне розслаблення м'язів або кероване уявлення, які можуть допомогти впоратися з фізичними симптомами панічних атак [27].

**Когнітивна реструктуризація.** Мета когнітивної реструктуризації полягає в тому, щоб дізнатися різницю між раціональними та ірраціональними думками або когнітивними спотвореннями. Щойно людина зможе точно визначити ці спотворення, вона зможе почати працювати над перебудовою своїх думок у більш здоровий і продуктивний спосіб.

**Експозиційна терапія.** Експозиційна терапія в КПТ передбачає вплив на тригера, який викликає у людини стрес. При тривалому впливі тривога, пов'язана з тригером, починає зменшуватися. При продовженні тренувань людина може втратити чутливість до подразника, таким чином зменшуючи пов'язану з ним тривогу. Для панічних атак це може бути корисно, якщо

людина має повторювані спогади певної травматичної події. Експозиційну терапію можна проводити за допомогою візуалізацій з терапевтом — візуалізація та протистояння триггеру з часом зменшить його вплив на людину.

**Процедури контролю дихання.** Процедури контролю дихання є важливими навичками для тих, хто страждає будь-яким типом тривоги, особливо панічним розладом. Часто під час нападу паніки людина втрачає контроль над своїм диханням, що призводить до прискорення дихання та серцебиття. Завдяки вправам на контроль дихання людина може навчитися контролювати своє дихання та зменшувати частоту серцевих скорочень. Ця практика контролю дихання має вирішальне значення для боротьби з панічним нападом. Для будь-яких нападів паніки дихання є чудовим способом залишатися на землі та допомогти людині зосередитися на тому, що відбувається прямо зараз, а не на «що, якби».

**Розслаблення м'язів.** Розслаблення м'язів — ще один спосіб для людини, яка переживає напад паніки, відновити контроль над своїм тілом. Розслаблення м'язів працює, зосереджуючись на окремих частинах тіла та розслабляючи м'язи в цій частині, поступово рухаючись по всьому тілу, доки всі частини тіла не розслабляться. Подібно до дихальних вправ, розслаблення м'язів може бути хорошим способом перенаправити мозок, щоб зосередитися на інших речах, що відбуваються в тілі, наприклад, на зникненні м'язової напруги. Для нападів паніки ефективним є пошук способів використання свого тіла як способу саморегуляції через тілесні зміни, які відбуваються під час панічної атаки. Розслаблення м'язів може допомогти роззброїти та перефокусувати мозок з предмета панічної атаки.

**Заземлення.** Заземлення – це техніка релаксації та уважності, яка змушує людину зосередитися на своїх п'яти органах чуття, щоб заземлитися в сьогоденні. Ось приклад вправи на заземлення, яка може бути корисною, якщо людина відчуває, що починається напад паніки:

- Знайдіть п'ять речей, які ви можете побачити
- Знайдіть чотири речі, до яких можна доторкнутися
- Знайдіть три речі, які ви можете почути
- Знайдіть дві речі, які можна відчути
- Знайдіть щось, що ви можете скуштувати

**Тренування усвідомленості.** Тренування усвідомленості в КПТ передбачає зосередження уваги на сьогоднішньому. Це можна зробити за допомогою вправ на глибоке дихання, розслаблення м'язів або прийомів заземлення. Який би метод людина не використовувала, суть вправи полягає в тому, щоб зконцентрувати думки тут і зараз.

**Ліки.** Лежких випадках можуть бути призначені ліки, щоб допомогти впоратися з нападами паніки. Антидепресанти, такі як селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) або бензодіазепіни, можуть бути призначені під керівництвом медичного працівника.

Ліки можуть бути корисним засобом у боротьбі з панічними атаками у підлітків, особливо якщо вони використовуються разом із психотерапією. У деяких випадках можуть бути призначені ліки, які допоможуть полегшити симптоми панічних атак і запобігти їх повторенню. Однак прийом ліків завжди повинен призначати та контролювати медичний працівник. Важливо відзначити, що ліки не повинні бути єдиною формою лікування панічних атак. Хоча ліки можуть бути корисними для лікування симптомів, вони не усувають причини, що лежать в основі панічних атак, і не дають навичок подолання, необхідних для запобігання їх повторенню. Тому ліки часто використовуються в поєднанні з психотерапією, зокрема когнітивно-поведінковою терапією (КПТ), для забезпечення комплексного та цілісного підходу до лікування.

**Зміна способу життя.** Зохочення змін способу життя, таких як регулярні фізичні вправи, здорові харчові звички та методи боротьби зі стресом, такі як йога або медитація, можуть допомогти зменшити частоту та тяжкість нападів

паніки. Встановлено, що регулярні фізичні вправи ефективні для зменшення симптомів тривоги та депресії, які часто супроводжуються нападами паніки [3]. Вправи можуть допомогти регулювати настрій і сприяти розслабленню, а також можуть допомогти зміцнити впевненість і самооцінку. Здорові харчові звички також можуть мати позитивний вплив на психічне здоров'я, оскільки добре збалансована дієта може забезпечити організм поживними речовинами, необхідними для оптимальної роботи мозку [5].

Застосування таких методів управління стресом, як йога, медитація або майндфулнес, також може допомогти впоратися з нападами паніки. Ці методи можуть допомогти зменшити тривожність і сприяти розслабленню, а також можуть покращити загальне самопочуття. Дослідження показали, що регулярне використання цих методів може допомогти зменшити симптоми тривоги та депресії, а також покращити когнітивні функції [8].

**Участь сім'ї.** Підтримка сім'ї та участь у процесі лікування можуть бути корисними для юнаків, які переживають напади паніки. Це може включати сеанси сімейної терапії для покращення спілкування та зменшення стресових факторів у родині. Окрім сімейної терапії, члени сім'ї також можуть відігравати певну роль у заохоченні зміни здорового способу життя своїх підлітків. Заохочення до регулярних фізичних вправ, здорових звичок у харчуванні та прийомів боротьби зі стресом, таких як йога або уважність, може допомогти зменшити частоту та тяжкість нападів паніки.

**Поради щодо переживання панічної атаки у моменті.** Розпізнавання симптомів панічної атаки та знання того, як впоратися з нею в даний момент, може бути корисним для юнаків, які можуть зіткнутися з цим станом. Наступні рекомендації можуть бути окреслені в рамках виховної роботи у навчальних закладах, серед сімейних робіт та висвітлені на освітніх платформах для юнаків.

**А. Розпізнайте симптоми:** панічні атаки часто супроводжуються раптовими та інтенсивними відчуттями страху або тривоги, які можуть супроводжуватися такими фізичними симптомами, як пітливість, тремтіння, прискорене серцебиття та утруднене дихання. Важливо знати про ці симптоми, щоб ви могли розпізнати, коли у вас панічна атака.

**Б. Практикуйте глибоке дихання:** один із найефективніших способів впоратися з нападом паніки – глибоке дихання. Робіть повільні, глибокі вдихи через ніс і видих через рот. Зосередьтеся на своєму диханні і постарайтеся сповільнити його. Це може допомогти зменшити інтенсивність нападу паніки.

**В. Використовуйте позитивну саморозмову:** нагадуйте собі, що напад паніки пройде і що ви в безпеці. Використовуйте позитивні твердження, такі як «Я все контролюю» або «Я можу впоратися з цим», щоб допомогти собі заспокоїтися.

**Г. Використовуйте методи релаксації:** прогресивне розслаблення м'язів або вправи на візуалізацію можуть допомогти впоратися з панічним нападом. Спробуйте напружувати та розслабляти різні групи м'язів або візуалізувати себе в спокійній та мирній обстановці.

**Д. Зверніться за підтримкою:** Якщо вам важко впоратися з нападом паніки, може бути корисно звернутися за підтримкою до друга чи члена родини, якому ви довіряєте. Якщо напади паніки часті або сильні, подумайте про те, щоб поговорити з фахівцем із психічного здоров'я для додаткової підтримки.

Пам'ятайте, що під час нападу паніки відчувати страх або пригнічення – це нормально, але завдяки практиці та підтримці молоді люди можуть навчитися справлятися зі своїми симптомами та долати тривогу.

**Відомості про панічну атаку, яку потрібно знати тим, хто стикається із нею є такі:**

**ФАКТ 1.** Напади паніки – це реакція організму «бийся-біжи-замри». Ця реакція готує наше тіло до захисту (наприклад, наше серце б'ється швидше, щоб перекачувати кров до м'язів, щоб у нас було більше сили, щоб втекти або боротися з небезпекою). Однак іноді наш організм так реагує, коли реальної небезпеки немає.

**ФАКТ 2:** панічні атаки нешкідливі, хоча вони можуть бути дуже неприємними або страшними. Оскільки панічні атаки є «системою тривоги» організму, вони не призначені для того, щоб завдати вам шкоди. Вам може здатися, що ви вмираєте або сходите з розуму, але це не так. У вашому тілі були б такі ж відчуття, якби ви зіткнулися з реальною фізичною загрозою (наприклад, перед вами ведмідь).

**ФАКТ 3:** напади паніки короткочасні (зазвичай тривають лише 5-10 хвилин на піку інтенсивності), хоча іноді здається, що вони тривають вічно. Оскільки панічні атаки забирають багато енергії в організмі, вони швидко вичерпують ресурси. Ось чому вони тривають недовго. Насправді після цього ви можете відчувати себе виснаженим.

### **Профілактичні методи для юнаків, щоб уникнути панічних атак:**

- Вивчення методів управління стресом: навчання молодих людей таким технікам, як глибоке дихання, прогресивне розслаблення м'язів і візуалізація, може допомогти їм впоратися зі стресом і тривогою.
- Розвиток стійкості: заохочення людей юнацького віку до розвитку навичок подолання, таких як вирішення проблем і позитивна розмова з самим собою, може допомогти розвинути стійкість і зменшити ризик нападів паніки.
- Здоровий спосіб життя: заохочення юнаків до здорового способу життя, включаючи регулярні фізичні вправи, здорові харчові звички та достатній сон, може допомогти їм подолати стрес і зменшити ризик панічних атак.

- Пошук допомоги: заохочення молодих людей звертатися за допомогою, якщо вони відчують симптоми тривоги або панічних атак, може допомогти їм отримати необхідну підтримку на ранньому етапі.

### Висновки до розділу 3

На цьому етапі було проведено математично-статистичну обробку даних з метою визначення особливостей переживання панічної атаки у осіб юнацького віку.

Було з'ясовно наступне:

- Випробовувані із панічними атаками мають значно нижчий рівень самооцінки і домагань порівняно з контрольною групою. Це може свідчити про те, що люди, які переживають панічні атаки, можуть мати менш високу оцінку своєї власної особистості та своїх можливостей, що може бути пов'язано з тривогами, які вони переживають.
- Дослідницька група також має вищий рівень тривоги та депресії порівняно з контрольною групою. Тобто, ми бачимо взаємозв'язок між переживанням панічних атак та прояви тривожних та депресивних станів.
- Юнаки із панічними атаками також мають вищий рівень особистісної тривожності порівняно з контрольною групою, що може свідчити про характерні схильності людей до панічних атак.
- Дослідницька група також має меншу товариськість та нормативність порівняно з контрольною групою. Це може свідчити про те, що люди, які переживають панічні атаки, можуть бути менш схильні до соціальної взаємодії та відповідати на норми поведінки, що може впливати на їхню адаптацію в суспільстві.

Кореляційний аналіз показав наступні взаємозв'язки:

- Випробовувані, які мають вищу особистісну тривожність, менш схильні до товариськості. Це може бути пов'язано з тим, що люди з панічними атаками можуть бути боязливі і не відчувати себе комфортно у суспільних ситуаціях, що може призводити до їх ізоляції від інших людей.

- Депресія обернено корелює із нормативністю. Це може означати, що люди з панічними атаками, які страждають від депресії, можуть бути менш схильні до суспільних норм та очікувань. Це може бути пов'язано з тим, що вони можуть відчувати себе відокремленими від інших людей та суспільства, що може впливати на їхні думки та переконання.

Окрім того, на основі проведеного дослідження було сформульовано рекомендації для людей, які переживають панічні атаки. Було окреслено напрямок КПТ-терапії для роботи із панічними атаками у осіб юнацького віку. У випадку важких приступів панічних атак рекомендується консультація психіатра та прийом медикаментів.

## ВИСНОВКИ

У роботі було проведено аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури з теми панічних атак у осіб юнацького віку у ході якого було з'ясовано, що панічні атаки – це раптові та несподівані епізоди сильного страху та тривоги, що характеризуються прискореним серцебиттям, пітливістю, тремтінням, задишкою, болем у грудях, запамороченням і відчуттям приреченості або втрати контролю. Симптоми панічного нападу можуть відрізнятися від людини до людини.

Аналізуючи досвід дослідження панічних атак, ми вивчили зарубіжні та вітчизняні підходи і вирішили скористатися опитуванням, використовуючи стандартизовані методи. Ми використали такі методики: модифікацію Парафіяна Дембо-Рубінштейна для діагностики самооцінки, шкалу тривоги і депресії (HADS), шкалу тривожності Спілберга-Ханіна та методику багатофакторного дослідження особистості Кеттелла. Для збору даних ми використали соціальні мережі та інтернет-платформи із зручним і простим інтерфейсом для створення опитувань.

Аналіз емпіричних результатів показав, що люди, які переживають панічні атаки, мають низьку самооцінку і домагання порівняно з тими, хто не має таких атак. Це може бути наслідком тривог, які супроводжують панічні атаки, і які впливають на сприйняття власної особистості та можливостей. Крім того, у дослідницькій групі, що переживає панічні атаки, спостерігається вищий рівень тривоги та депресії. Це підтверджує зв'язок між панічними атаками та проявами тривожних та депресивних станів. Також, юнаки з панічними атаками мають вищий рівень особистісної тривожності, що може свідчити про їхню схильність до таких атак. Порівнюючи дослідницьку групу з контрольною, ми помітили, що люди з панічними атаками проявляють меншу товариську та

нормативність. Це може вказувати на їхню низьку схильність до соціальної взаємодії та відповідання нормам поведінки, що може ускладнювати їхню адаптацію в суспільстві. Під час кореляційного аналізу були виявлені такі залежності: випробовувані з вищою особистісною тривожністю проявляють меншу товариськість, що може бути пов'язано з їхньою боязливістю і незручністю у суспільних ситуаціях, що може призводити до їхньої ізоляції. Також, депресія відносно зворотно корелює з нормативністю, що означає, що люди з панічними атаками та депресією можуть менше враховувати суспільні норми та очікування. Це може бути наслідком відчуття відокремленості від інших людей та суспільства, що впливає на їхні думки та переконання.

Сформульовані рекомендації для осіб юнацького віку, що мають приступи панічних атак можуть бути окреслені в рамках виховної роботи у навчальних закладах, серед сімейних робіт та висвітлені на освітніх платформах для юнаків. Окрім того, були розроблені покрокові рекомендації для осіб юнацького віку, які включають: оцінку стану, психотерапію, когнітивну реструктуризацію, експозиційну терапію, процедури контролю дихання, розслаблення м'язів, заземлення, тренування усвідомленості.

### Список використаних джерел

1. Близнюкова, О. М. Особливості використання когнітивно-поведінкового підходу в процесі консультативної роботи з подолання панічних атак Сай МВ. Теоретико-методологічні проблеми практичної психології та її перспективи розвитку: Збірник доповідей Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції, присвяченої 125-річчю з Дня народження Жана Піаже.–Кропивницький, 2021. 227 с., 167.
2. Вовченко, М. М. Вплив любительських занять спортом на якість здоров'я.
3. Вовченко, О.А. (2022) *Панічні атаки у дітей та дорослих (воєнний та післявоєнний період)* Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, м. Київ, Україна.
4. Волкова, Т. А. Психологічне консультування клієнтів з панічними атаками. Редакційна колегія, 30.
5. Зубар Н. М. Основи фізфіології та гігієни харчування: Підручник. — К.: Центр учбо- вої літератури, 2010. 336 с.
6. Колесніченко Є. М. Особливості використання методів КПТ в молоді із невротичними станами: Магістерська робота: (053 «Психологія») / Є. М. Колесніченко / Український католицький університет. Кафедра клінічної психології; наук. кер: к. психол. н. Блозва П. І. – Львів: УКУ, 2021. – 85 с.
7. Куш, А. О., & Герасіна, С. В. (2019). ПАНІЧНІ АТАКИ: ПРИЧИНИ, ОЗНАКИ ПРОЯВУ ТА МЕТОДИ ТЕРАПІЇ І САМОДОПОМОГИ. Редакційна колегія, 79.
8. Марценюк, М. ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ В РОБОТІ З ДЕПРЕСІЄЮ. ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ Міжнародного науково-практичного семінару «ПСИХОЛОГІЧНІ ВИКЛИКИ ПАНДЕМІЇ COVID-19: УКРАЇНО-КАНАДІЙСЬКИЙ ДОСВІД» 26 квітня 2021 року, 67.
9. Орос М. М., Сабовчик А. Я. Панічний розлад: сучасні погляди на лікування. – Український медичний часопис. Т. 1. №2(130). – 2019. – С. 57-59.
10. Чайкіна, Н. О. (2022). Психологічні особливості психосаморегуляції

- особистості в ситуації панічної атаки. Editorial board, 526.
11. Штикер, А. С., & Стратій, Н. В. (2022). Панічні атаки: що це таке і що робити (Doctoral dissertation).
  12. Acarturk C. Cuijpers P. van Straten A. de Graaf R. & van Balkom A. J. (29).
  13. Psychological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Psychological Medicine* 39(2) 241-254.
  14. American Psychiatric Association. (213). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)* American Psychiatric Association.
  15. American Psychological Association. (22). Anxiety disorders. <https://www.apa.org/topics/anxiety-disorders>
  16. Bandelow B. & Michaelis S. (215). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 17(3) 327–335.
  17. Barlow D. H. & Craske M. G. (27). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide*. Oxford University Press.
  18. Barlow D. H. (24). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
  19. Bienvenu O. J. Hettema J. M. Neale M. C. Prescott C. A. & Kendler K. S. (21). Low extraversion and high neuroticism as indices of genetic and environmental risk for social phobia agoraphobia and animal phobia. *The American Journal of Psychiatry* 167(7) 962-969.
  20. Bourne E. J. (215). *The Anxiety and Phobia Workbook (6th ed.)*. New Harbinger Publications.
  21. Centers for Disease Control and Prevention. (22). *Suicide: Facts at a glance*.
  22. Craske M. G. & Stein M. B. (216). Anxiety. *The Lancet* 388(163) 348–359.
  23. Durlak J. A. Weissberg R. P. Dymnicki A. B. Taylor R. D. & Schellinger K. B. (211). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development* 82(1) 45-432.
  24. Erikson, E. H. (1968). On the nature of psycho-historical evidence: In search of Gandhi. *Daedalus*, 695-730.
  25. Freire R. C. & Shear M. K. (219). Panic disorder. *Current Psychiatry Reports*

- 21(7) 1-9. <https://doi.org/1.17/s1192-19-148-8>
26. Gorman J. M. (23). Panic and phobic anxiety: defining phenotypes for genetic studies. *American Journal of Psychiatry* 16(3) 427-429.
27. Hofmann S. G. & Smits J. A. (28). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry* 69(4) 621–632. <https://doi.org/1.488/jcp.v69n415>
28. Kessler R. C. Chiu W. T. Jin R. Ruscio A. M. Shear K. & Walters E. E. (26). The epidemiology of panic attacks panic disorder and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 63(4) 415-424. <https://doi.org/1.11/archpsyc.63.4.415>
29. Kushner, M. G., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical psychology review*, 20(2), 149-171.
30. Last C. G. (215). Separation anxiety disorder in children and adolescents.
31. Maron, E., Hettema, J. M., & Shlik, J. (2010). Advances in molecular genetics of panic disorder. *Molecular psychiatry*, 15(7), 681-701.
32. Nardi A. E. Valença A. M. Nascimento I. Mezzasalma M. A. Lopes F. L. & Zin W. A. (22). Caffeine and 35% carbon dioxide-enriched air: a model of panic attacks. *Journal of Psychopharmacology* 16(2) 173-177.
33. National Eating Disorders Association. (221). Eating disorders statistics. <https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics-research-eating-disorders>
34. National Eating Disorders Association. (n.d.). Get the facts on eating disorders. <https://www.nationaleatingdisorders.org/get-facts-eating-disorders>
35. National Institute of Mental Health. (216). Panic Disorder: When Fear Overwhelms. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/panic-disorder-when-fear-overwhelms/index.shtml>
36. National Institute of Mental Health. (221). Any anxiety disorder among children.
37. NIMH. (22). Panic disorder: When fear overwhelms. Retrieved from
38. Olatunji B. O. Cisler J. M. & Tolin D. F. (21). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 3(6) 633–643.

39. Otto M. W. Smits J. A. & Reese H. E. (24). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 65 34-41.
40. Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Sullivan, G., Rose, R. D., Edlund, M. J., Lang, A. J., ... & Stein, M. B. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *Jama*, 303(19), 1921-1928.
41. Rubin, K. H., Bukowski, W. M., & Bowker, J. C. (2015). Children in peer groups.
42. Scheuplein M. & Van Harmelen A. L. (222). The importance of friendships in reducing brain responses to stress in adolescents exposed to childhood adversity: a pre-registered systematic review. *Current Opinion in Psychology* 1131.
43. Simon N. M. Otto M. W. Wisniewski S. R. Fossey M. Sagduyu K. Frank E. ... & STEP-BD Investigators. (24). Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 5 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry* 161(12) 2222-2229.
44. Stein M. B. & Stein D. J. (28). Social anxiety disorder. *The lancet* 371(9618) 1115-1125.
45. Strine T. W. & Dhingra S. S. (29). Associations between frequent sleep insufficiency and health-related quality of life in US adults: results from the 28 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Sleep* 32(7) 85-858.
46. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (221). Results from the 22 National Survey on Drug Use and Health: Detailed tables.
47. Wehry A. M. Beesdo-Baum K. & Hennelly M. M. (215). Cognitive-behavioral therapy for adolescent anxiety: A meta-analysis of treatment outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

48. Wigfield, A., & Eccles, J. S. (2002). The development of competence beliefs, expectancies for success, and achievement values from childhood through adolescence. *Development of achievement motivation*, 91-120.
49. Zavala C. Huertas P. Suárez-Falcón J. C. & García-Montes J. M. (2019). Comorbidity in panic disorder: A review of the literature. *Psychiatric Quarterly*

## ДОДАТКИ

## ДОДАТОК А

## Критерії нормального розподілу

	Колмогорова-Смірнова <sup>а</sup>			Критерій Шапіро-Уїлка		
	Статистика	ст.св.	знач.	Статистика	ст.св.	знач.
вік	,217	60	,000	,850	60	,000
Рівень самооцінки	,246	60	,000	,850	60	,000
Рівень домагань	,117	60	,041	,948	60	,013
Тривога	,224	60	,000	,885	60	,000
Депресія	,249	60	,000	,888	60	,000
Особистісна тривожність	,089	60	,200*	,971	60	,158
самооцінка	,129	60	,014	,962	60	,059
товариськість	,171	60	,000	,942	60	,007
інтелект	,156	60	,001	,929	60	,002
емоційна стабільність	,126	60	,020	,942	60	,007
домінантність	,114	60	,052	,966	60	,096
експресивність	,159	60	,001	,955	60	,027
нормативність	,121	60	,029	,968	60	,115
сміливість	,128	60	,015	,970	60	,140
чутливість	,163	60	,000	,951	60	,018
підозрілість	,117	60	,039	,968	60	,114
мрійливість	,128	60	,016	,977	60	,304
дипломатичність	,188	60	,000	,943	60	,007
тривожність	,126	60	,019	,970	60	,142
радикалізм	,135	60	,008	,962	60	,056
нонконформізм	,164	60	,000	,958	60	,036
самоконтроль	,141	60	,004	,952	60	,020
напруженість	,139	60	,006	,969	60	,125

\*. Нижня границя значущості

а. Корекція значущості Лільєфорса

## ДОДАТОК Б

**Висновки з перевірки гіпотези про наявність різниці**

	Нульова гіпотеза	Критерій	Значущість	Рішення
1	Розподіл «рівень самооцінки» є однаковим для груп.	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,000	Нульова гіпотеза відхиляється.
2	Розподіл «рівень домагань» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,000	Нульова гіпотеза відхиляється.
3	Розподіл «тривога» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,000	Нульова гіпотеза відхиляється.
4	Розподіл «депресія» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,000	Нульова гіпотеза відхиляється.
5	Розподіл «особистісна тривожність» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,000	Нульова гіпотеза відхиляється.
6	Розподіл «самооцінка» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,186	Нульова гіпотеза відхиляється.
7	Розподіл «товариськість» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,032	Нульова гіпотеза відхиляється.
8	Розподіл «інтелект» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,453	Нульова гіпотеза відхиляється.
9	Розподіл «емоційна стабільність» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,346	Нульова гіпотеза відхиляється.
10	Розподіл «домінантність» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,676	Нульова гіпотеза відхиляється.
11	Розподіл «експресивність» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,256	Нульова гіпотеза відхиляється.
12	Розподіл «нормативність» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,030	Нульова гіпотеза відхиляється.
13	Розподіл «сміливість» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,782	Нульова гіпотеза відхиляється.
14	Розподіл «чутливість» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,892	Нульова гіпотеза відхиляється.

15	Розподіл «підозрілість» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,922	Нульова гіпотеза відхиляється.
16	Розподіл «мрійливість» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,834	Нульова гіпотеза відхиляється.
17	Розподіл «дипломатичність» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,874	Нульова гіпотеза відхиляється.
18	Розподіл «тривожність» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,560	Нульова гіпотеза відхиляється.
19	Розподіл «радикалізм» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,669	Нульова гіпотеза відхиляється.
20	Розподіл «нонконформізм» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,636	Нульова гіпотеза відхиляється.
21	Розподіл «самоконтроль» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,516	Нульова гіпотеза відхиляється.
22	Розподіл «напруженість» є однаковим для груп	Критерій U Манна-Уїтні для незалежних вибірок	,272	Нульова гіпотеза відхиляється.

## ДОДАТОК В

			Тривога	Депресія	Особистісна тривожність
Ро Спірмена	Тривога	Коефіцієнт кореляції	1,000	,772**	,492**
		Знач. (двостороння)	.	,000	,000
		N	60	60	60
	Депресія	Коефіцієнт кореляції	,772**	1,000	,513**
		Знач. (двостороння)	,000	.	,000
		N	60	60	60
	Особистісна тривожність	Коефіцієнт кореляції	,492**	,513**	1,000
		Знач. (двостороння)	,000	,000	.
		N	60	60	60
	товариськість	Коефіцієнт кореляції	-,193	-,241	-,288*
		Знач. (двостороння)	,139	,064	,026
		N	60	60	60
	інтелект	Коефіцієнт кореляції	,081	,101	-,057
		Знач. (двостороння)	,539	,443	,665
		N	60	60	60
	емоційна стабільність	Коефіцієнт кореляції	-,140	,040	-,096
		Знач. (двостороння)	,288	,764	,468
		N	60	60	60
	домінантність	Коефіцієнт кореляції	,034	,041	,047
		Знач. (двостороння)	,797	,755	,720
		N	60	60	60
експресивність	Коефіцієнт кореляції	-,143	-,209	-,160	
	Знач. (двостороння)	,275	,109	,221	
	N	60	60	60	
нормативність	Коефіцієнт кореляції	-,233	-,299*	-,149	
	Знач. (двостороння)	,073	,020	,255	
	N	60	60	60	
смівливість	Коефіцієнт кореляції	,021	,014	,094	

		Знач. (двостороння)	,875	,917	,476
		N	60	60	60
чутливість		Коефіцієнт кореляції	-,083	,002	-,065
		Знач. (двостороння)	,527	,990	,622
		N	60	60	60
підозрілість		Коефіцієнт кореляції	,110	-,102	-,010
		Знач. (двостороння)	,405	,437	,942
		N	60	60	60
мрійливість		Коефіцієнт кореляції	-,025	,038	,072
		Знач. (двостороння)	,849	,772	,586
		N	60	60	60
дипломатичність		Коефіцієнт кореляції	,058	-,032	-,099
		Знач. (двостороння)	,662	,806	,451
		N	60	60	60
тривожність		Коефіцієнт кореляції	,103	,004	-,041
		Знач. (двостороння)	,433	,976	,753
		N	60	60	60
радикалізм		Коефіцієнт кореляції	-,061	-,038	-,193
		Знач. (двостороння)	,646	,771	,140
		N	60	60	60
нонконформізм		Коефіцієнт кореляції	,138	,013	,034
		Знач. (двостороння)	,293	,922	,796
		N	60	60	60
самоконтроль		Коефіцієнт кореляції	,035	,066	,002
		Знач. (двостороння)	,791	,618	,990
		N	60	60	60
напруженість		Коефіцієнт кореляції	-,020	-,244	-,120
		Знач. (двостороння)	,881	,061	,359
		N	60	60	60
**. Кореляція значуща на рівні 0,01 (двостороння).					
*. Кореляція значуща на рівні 0,05 (двостороння).					