Уманський державний педагогічний університет

імені Павла Тичини

Факультет соціальної та психологічної освіти

Кафедра психології

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

освітній ступень бакалавр

на тему: **ДЕТЕРМІНАНТИ ПАНІЧНИХ РОЗЛАДІВ І ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ**

Виконала: студентка 4 курсу П42 групи
спеціальності 053 Психологія
освітня програма Психологія
Сокуренко Алевтина Вікторівна
Керівник:
кандидат психологічних наук, доцент
Ольховецький С.М.
Рецензент:
доктор психологічних наук, професор

ЗМІСТ

ВСТУП……... 3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПАНІЧНИХ РОЗЛАДІВ І ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ……..……5

1.1. Психологічна характеристика панічних розладів та тривожно-депресивних станів..……5

1.2. Детермінанти виникнення панічних і тривожно-депресивних станів…...11

1.3. Сучасні підходи до розуміння проблеми…….....11

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ…….……...22

2.1. Методика та організація дослідження панічних розладів і тривожно-депресивного

синдрому……....22

2.2. Аналіз результатів дослідження

2.3. Психопрофілактика, психоедукація та програма підтримки……...22

ВИСНОВКИ……..…22

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….……22

ДОДАТКИ…….……22

ВСТУП

Актуальність. У сучасному світі питання ментального здоров'я постає як одне з найбільш актуальних та складних у сфері психології. Стрімкі соціальні зміни, політичні конфлікти, воєнні дії, економічні кризи й інформаційне перевантаження значно впливають на людину, створюючи умови для збільшення кількості тривожних і депресивних розладів. За статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я, депресія вражає понад 280 мільйонів людей у світі, аа тривожні розлади спостерігаються приблизно у 264 мільйонів. Серед них особливу знагрозу становлять панічні атаки, що характеризуються раптовим відчуттям сильного страху та серйозно ускладнюють повсякденне життя.

Для України ця проблема має особливу гостроту. Війна, політична й економічна нестабільність, а також недостатній рівень психологічної підтримки населення спричинили збільшення кількості людей із психоемоційними розладами. Дослідження показують, що понад третина українців мають симптоматику, характерну для тривожно-депресивного спектру. При цьому у суспільстві все ще існують стереотипи й упереджене ставлення до ментальних захворювань, що стає бар'єром для своєчасного звернення по професійну допомогу.

Походження панічних та тривожно-депресивних розладів є багатофакторним. Вони виникають через взаємодію біологічних, психологічних і соціальних чинників, серед яких особливості функціонування нервової системи, пережиті в дитинстві травми, низька

самооцінка, схильність до тривожності та дефіцит соціальної підтримки. У науковій літературі особливу увагу приділяють ролі мислення, когнітивних процесів і міжособистісних відносин у розвитку та перебігу цих розладів.

Сучасна психологія наголошує на комплексному підході до подолання панічних та тривожно-депресивних станів. Найбільш дієвими визнані когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія та тілесно-орієнтовані методики. Важливе значення має психоедукація — процес поширення знань про природу симптомів і навчання людей технік самодопомоги. Усвідомлення власного стану стає першим кроком до зниження рівня тривожності й формування стратегій подолання.

Важливим засобом подолання стигматизації ментальних розладів є також популярна психологічна література. Зокрема, у книзі українського психотерапевта Володимира Станчишина «Стіна в моїй голові. Жити з тривожністю і депресією» (2021) доступно пояснюються складні психологічні процеси, наводяться приклади з практики та підкреслюється, що психічний розлад не є проявом слабкості, а вимагає розуміння та професійної допомоги. Автор зазначає, що депресія не минає завдяки порадам «візьми себе в руки», а панічні атаки не свідчать про «ненормальність» людини, а є сигналом перевантаження нервової системи.

Отже, вивчення причин виникнення панічних і тривожно-депресивних синдромів у теоретичному, так і у практичному аспектах є важливим. Отримані результати можуть бути застосовані у професійній діяльності психологів і педагогів та використовуватися в системі профілактики психічних розладів серед молоді й дорослого населення.

Мета дослідження – виявити та теоретично обґрунтувати детермінанти виникнення панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому, а також розробити й апробувати психопрофілактичні та психокорекційні заходи, спрямовані на їх подолання.

Об’єкт дослідження – психічні стани особистості, пов’язані з проявами тривоги, депресії та панічних реакцій.

Предмет дослідження – детермінанти виникнення панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому та психопрофілактичні й психокорекційні засоби їх подолання.

Відповідно до теми та мети визначено такі **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому в сучасній психологічній науці.
2. Охарактеризувати психологічні особливості прояву панічних розладів і тривожно-депресивних станів.
3. Визначити основні детермінанти виникнення панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому.
4. Провести емпіричне дослідження рівня прояву панічних і тривожно-депресивних станів у вибірці досліджуваних.
5. Розробити та обґрунтувати програму психопрофілактики, психоедукації та психологічної підтримки, спрямовану на подолання виявлених станів.

Методи дослідження. Методологічну основу дослідження склав комплекс теоретичних методів, спрямованих на вивчення міжособистісних відносин. Зокрема, Для розв’язання поставлених завдань було використано комплекс теоретичних методів (теоретичний аналіз та систематизація наукової психологічної літератури – для з’ясування сучасного стану вивчення панічних розладів та тривожно-депресивного синдрому, а також уточнення понятійно-категоріального апарату дослідження), емпіричних (госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), шкала депресії Бека (BDI), шкала тяжкості панічного розладу (PDSS) та опитувальник «Панічні атаки: діагностичний інвентар», а також методи кількісної та якісної обробки отриманих даних.

Експериментальна база дослідження. Для формування репрезентативної вибірки був застосований метод доступності та добровільної участі серед студентів Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини. Підсумкова вибірка складалася з 38 учасникі. Критерії включення

передбачали відповідність віковому діапазону 18–23 роки, навчання в Уманському державному педагогічному університеті імені Павла Тичини та добровільну згоду на участь у дослідженні. За гендерним розподілом вибірка включала 60% жінок та 40% чоловіків.

Теоретичне значення роботи полягає у систематизації та критичному аналізі наукових джерел, що стосуються панічних розладів та тривожно-депресивного синдрому, а також у створенні всебічного бачення досліджуваної проблеми. У ході аналізу було опрацьовано широкий масив наукової літератури, зокрема фахові статті, монографії та дисертаційні дослідження. Критерії включення джерел передбачали їх безпосереднє відношення до тематики панічних розладів, тривожно-депресивної симптоматики, а також наявність емпіричних даних або узагальнених теоретичних моделей

.

Публікації. Сокуренко А. В. Психологічні техніки самодопомоги при тривожно-депресивних станах у кризовий період. *Наука. Освіта. Молодь :* матеріали XIX Всеукр. наук. конф. студентів та молодих науковців (м. Умань, 5 травня 2026 р.). Умань, 2026.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПАНІЧНИХ РОЗЛАДІВ І ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ

1.1. Психологічна характеристика панічних розладів та тривожно-депресивних станів.

У сучасній психологічній науці панічні розлади (ПР) та тривожно-депресивні стани розглядаються як складні, багатофакторно зумовлені психічні явища, що формуються внаслідок взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників та суттєво обмежують повноцінне функціонування особистості в різних сферах життєдіяльності. Ці стани негативно впливають на емоційне благополуччя, когнітивні процеси, поведінкову активність і соціальну адаптацію, знижуючи якість життя та ефективність міжособистісної взаємодії. Центральним і найбільш інтенсивним проявом панічного розладу є панічна атака – раптовий, часто неочікуваний напад інтенсивного страху або внутрішнього дискомфорту, який досягає свого піку протягом короткого часу та супроводжується вираженими соматичними (тілесними) симптомами, такими як прискорене серцебиття, відчуття нестачі повітря, запаморочення, тремтіння, пітливість, а також суб'єктивним переживанням загрози життю, втрати контролю або страхом «божевілля». Водночас важливо зазначити, що подібні стани мають не лише фізіологічний, але й виражений психологічний зміст, оскільки супроводжуються специфічними когнітивними процесами, зокрема, гіперфокусом на внутрішніх відчуттях і формуванням стійкої очікувальної тривожності, що, у свою чергу, сприяє закріпленню патологічних реакцій і ускладнює процес подолання розладу.

Згідно з міжнародними стандартами та сучасними науковими підходами, представленими у працях **D. Barlow** та **M. Craske**, панічний розлад розглядається як складне психопатологічне явище, що виходить за межі окремих епізодів панічних атак і характеризується їх повторюваністю, а також формуванням так званого «страху очікування» Останній проявляється у постійному напруженому очікуванні нового нападу, що значно посилює загальний рівень тривожності та призводить до дезадаптації особистості [1; 3].

У структурі панічного розладу виокремлюють кілька взаємопов'язаних компонентів, які відображають багатовимірність цього порушення:

Фізіологічні симптоми: характеризуються раптовою активацією вегетативної нервової системи. Найбільш типовими є тахікардія, підвищене потовиділення, відчуття нестачі повітря або задишка, запаморочення, тремтіння, нудота, відчуття стискання в грудях. Ці симптоми часто інтерпретуються як ознаки серйозного соматичного захворювання (наприклад, інфаркту), що підсилює тривогу [5, с. 361].

Когнітивні компоненти: включають катастрофічні інтерпретації тілесних відчуттів. Найпоширенішими є страх смерті, страх втрати контролю над власною поведінкою, побоювання «збожеволіти» або втратити свідомість. Як підкреслює когнітивна теорія **A. Beck**, саме викривлені автоматичні думки та негативні переконання відіграють ключову роль у підтриманні панічних станів [2, с. 94].

***Емоційні прояви*:** домінуючим є інтенсивний страх або жах, що виникає раптово і досягає піку протягом кількох хвилин. Після завершення нападу часто спостерігається виснаження, почуття безпорадності та емоційна лабільність [12, с. 11].

***Поведінкові зміни*:** проявляються у формуванні уникальної поведінки. Особи починають уникати місць або ситуацій, де раніше виникали панічні атаки, що може призводити до розвитку агорафобії. Також спостерігається обмеження повсякденної активності, зниження соціальної взаємодії та залежність від «безпечних» умов [11, с. 79].

Міжнападний період: навіть за відсутності гострих симптомів зберігається підвищена тривожність, гіперчутливість до тілесних сигналів та постійний моніторинг свого стану, що підтримує патологічне коло «тривога – тілесні симптоми – катастрофічна інтерпретація – посилення тривоги» [8, с. 6].

Таким чином, панічний розлад є результатом взаємодії фізіологічних, когнітивних, емоційних і поведінкових чинників. Його перебіг має тенденцію до хронізації без належного психотерапевтичного або медикаментозного

втручання, що підкреслює важливість ранньої діагностики та комплексного підходу до лікування і психокорекції.

Паралельно з панічними розладами досить часто формується тривожно-депресивний синдром (ТДС), який розглядається як коморбідний психічний стан, що поєднує симптоматику тривоги (орієнтованої на очікування майбутньої загрози) та депресії (пов'язаної з переживанням втрати, безсилля та пригнічення). За даними сучасних досліджень (зокрема R. Kessler), така коморбідність є однією з найпоширеніших у структурі емоційних розладів і суттєво ускладнює як діагностику, так і подальшу психокорекцію [4, с. 67].

Психологічна специфіка тривожно-депресивного синдрому полягає передусім у глибоких порушеннях когнітивної сфери, які системно описані в межах когнітивної теорії A. Beck через так звану «когнітивну тріаду». Вона включає:

Негативне сприйняття власного «Я» – формується стійке відчуття меншовартості, некомпетентності, провини та самозвинувачення. Особа схильна інтерпретувати власні дії як неуспішні, навіть за наявності об'єктивних досягнень, що призводить до зниження самооцінки та формування внутрішнього конфлікту.

Негативне бачення навколишнього світу – соціальне середовище сприймається як вороже, несправедливе або таке, що не підтримує. У міжособистісних взаєминах домінує недовіра, очікування критики або відторгнення, що обмежує соціальну активність і сприяє ізоляції.

Песимістичний погляд на майбутнє – характеризується відчуттям безнадійності, відсутністю життєвих перспектив і віри у можливість позитивних змін. Це часто супроводжується зниженням мотивації до діяльності та уникненням планування майбутнього [2, с. 117].

Окрім когнітивних викривлень, у структурі ТДС спостерігається низка інших психологічних та поведінкових проявів:

Емоційні порушення – поєднання постійної тривоги з депресивним фоном настрою (смуток, апатія, дратівливість). Часто спостерігається емоційне виснаження та зниження здатності переживати позитивні емоції.

Соматичні симптоми – включають порушення сну (безсоння або гіперсомнія), зміни апетиту (зниження або переїдання), хронічну втому, головний біль, м'язову напругу. Ці прояви підсилюють суб'єктивне відчуття хвороби та знижують якість життя.

Поведінкові зміни – зниження активності, уникнення соціальних контактів, відмова від звичних видів діяльності. Особа може демонструвати пасивність, прокрастинацію та втрату інтересу до раніше значущих занять.

Мотиваційно-вольові порушення – труднощі з прийняттям рішень, зниження ініціативності, відчуття внутрішньої порожнечі та безсилля [2, с. 49].

Таким чином, тривожно-депресивний синдром є складним багатовимірним утворенням, у якому тривога та депресія взаємно підсилюють одна одну, формуючи замкнене патологічне коло. Це обумовлює необхідність комплексного підходу до його вивчення, діагностики та психокорекції, з урахуванням як когнітивних, так і емоційно-поведінкових механізмів.

Згідно з когнітивною моделлю R. Kessler, ключовим механізмом розвитку панічного розладу є катастрофічна інтерпретація тілесних відчуттів: нормальні або незначні фізіологічні зміни (наприклад, прискорене серцебиття чи запаморочення) помилково сприймаються як ознаки серйозної небезпеки (інфаркту, втрати контролю, «божевілля»). У результаті формується замкнене коло: тілесний симптом, катастрофічна думка, посилення тривоги , посилення фізіологічних реакцій , ще більша тривога [4, с. 68].

Психологічний профіль особистості з панічним розладом у межах цієї моделі характеризується такими особливостями:

Висока чутливість до тілесних відчуттів – людина надмірно фокусується на фізіологічних процесах, постійно «сканує» свій стан, помічає навіть мінімальні зміни та надає їм загрозливого значення. Така гіперувага підсилює тривогу та сприяє виникненню панічних реакцій.

Схильність до тривожного очікування («страх страху») – формується стійке побоювання повторення панічної атаки. Особа починає боятися не стільки зовнішніх обставин, скільки власних внутрішніх станів, що призводить до постійної напруженості та підвищеної готовності до «небезпеки».

Катастрофізація мислення – домінують автоматичні негативні думки, які перебільшують значущість і небезпеку тілесних симптомів («якщо серце б'ється швидко — це означає, що я помру»). Такі когнітивні викривлення підтримують і посилюють панічні реакції.

Обмежувальна (уникальна) поведінка – людина починає уникати ситуацій або місць, де відбувся перший або попередні напади (транспорт, черги, відкриті чи замкнені простори). Це тимчасово знижує тривогу, але в довгостроковій перспективі закріплює розлад і може призводити до розвитку агорафобії.

Залежність від «безпечних умов» – формується потреба перебувати поруч із близькими людьми, мати доступ до медичної допомоги або уникати перебування наодинці. Це створює ілюзію контролю, але підтримує патологічний механізм.

Зниження толерантності до невизначеності – будь-які незрозумілі або нові тілесні відчуття сприймаються як потенційно небезпечні, що ще більше підсилює тривожний фон [2, с. 69].

Згідно з когнітивною моделлю R. Kessler, ключовим механізмом розвитку панічного розладу є катастрофічна інтерпретація тілесних відчуттів: навіть незначні фізіологічні зміни сприймаються як загроза життю або психічній стабільності, що запускає «порочне коло» тривоги.

Таким чином, у межах когнітивної моделі R. Kessler панічний розлад підтримується взаємодією когнітивних викривлень, підвищеної тілесної чутливості та уникальної поведінки, що формує стійкий патологічний цикл і потребує цілеспрямованого психотерапевтичного втручання, зокрема методів когнітивно-поведінкової терапії.

Аналогічні висновки простежуються і в дослідженнях українських науковців. Так, у роботах Ю. О. Асєєвої, В. О. Корженко та А. М. Жук підкреслюється, що тривожні та панічні стани формуються внаслідок взаємодії когнітивних викривлень і підвищеної чутливості до стресових факторів, а інтерпретація внутрішніх відчуттів як загрозливих виступає важливим механізмом розвитку дезадаптивної поведінки [10; 19].

Крім того, за даними Н. О. Марути та співавторів, тривожно-депресивні розлади супроводжуються гіперфіксацією на соматичних симптомах і схильністю до їх катастрофізації, що зближує вітчизняні підходи з когнітивною моделлю панічного розладу . Українські дослідники також наголошують на ролі хронічного стресу та психотравмувальних чинників у посиленні тривожної симптоматики, що сприяє формуванню стійкого очікування небезпеки та підвищеної настороженості [23, с. 7].

Важливою теоретичною тезою, яка набуває популярності в сучасній практичній психології (зокрема у праці В. Станчишина), є розуміння панічної атаки не як «слабкості характеру» чи вияву психічної нестабільності, а як специфічної фізіологічної реакції нервової системи на тривале перевантаження. Психологічна характеристика цього стану базується на тому, що людина не здатна свідомо контролювати напад паніки так само, як вона не може довільно змінити ритм серцебиття чи роботу внутрішніх органів. Це автономна реакція організму на сприйняту загрозу, що запускає механізм «бий або біжи» [23, с. 7].

У контексті українського суспільства психологічна характеристика цих станів ускладнюється чинником соціальної стигматизації. Як зазначає В. Станчишин у праці «Стіна в моїй голові», психічні розлади досі

лишаються табуйованою темою. Це створює додатковий психологічний бар'єр («внутрішню стіну»), через який людина замість пошуку допомоги обирає шлях самоізоляції та сорому. Таким чином, психологічний портрет пацієнта часто включає не лише тривогу, а й глибоке відчуття провини за свій стан, що лише посилює депресивний компонент [23].

Отже, панічні та тривожно-депресивні стани є динамічними процесами, де фізіологічні збої тісно переплетені з деструктивними когнітивними схемами та соціокультурним контекстом, що потребує комплексного підходу до їх вивчення та корекції.

У контексті сучасних умов, зокрема воєнного стану, встановлено, що постійний вплив стресогенних факторів (небезпека, невизначеність, втрати) підсилює як тривожні, так і депресивні прояви, формуючи схильність до інтерпретації навіть нейтральних сигналів як загрозливих .

Відповідно, психологічний профіль особистості з панічним розладом включає:

Високу сензитивність до змін у власному тілі – надмірну увагу до соматичних відчуттів та їх гіперінтерпретацію;

Схильність до тривожного очікування («страх страху») – формування постійної готовності до повторення нападу;

Обмежувальну поведінку – уникнення ситуацій, які асоціюються з попереднім досвідом панічної атаки [35, с. 52].

Узагальнення теоретичних підходів до вивчення панічних розладів та тривожно-депресивного синдрому дає підстави розглядати їх як складні багатокомпонентні психічні стани, що виникають унаслідок взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Встановлено, що центральним проявом панічного розладу є панічна атака, яка супроводжується вираженими соматичними, емоційними, когнітивними та поведінковими симптомами і має тенденцію до повторюваності та хронізації за відсутності належної допомоги.

Доведено, що важливу роль у розвитку та підтриманні панічних станів відіграють когнітивні механізми, зокрема катастрофічна інтерпретація тілесних відчуттів, гіперфокус на внутрішніх станах та формування «страху очікування». У межах когнітивно-поведінкового підходу панічний розлад розглядається як результат замкненого патологічного кола, у якому взаємодіють фізіологічні реакції, деструктивні думки та уникальна поведінка.

З'ясовано, що тривожно-депресивний синдром є поширеним коморбідним станом, у структурі якого поєднуються симптоми тривоги та депресії. Його психологічна специфіка визначається порушеннями когнітивної сфери, що проявляються у вигляді негативної когнітивної тріади (негативне сприйняття себе, світу та майбутнього), а також румінацій, емоційного виснаження, зниження активності та мотивації.

Аналіз праць як зарубіжних, так і українських науковців засвідчив спільність підходів до розуміння природи цих розладів, зокрема акцент на ролі когнітивних викривлень, підвищеної тривожності, стресових і психотравмувальних факторів. Водночас у сучасних українських дослідженнях особлива увага приділяється впливу соціокультурного контексту, зокрема умов воєнного стану та проблеми стигматизації психічних розладів, що ускладнює своєчасне звернення за допомогою.

Отже, панічні розлади та тривожно-депресивні стани є динамічними системами, у яких взаємодіють когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні компоненти. Це зумовлює необхідність комплексного підходу до їх діагностики, профілактики та психокорекції, що враховує як індивідуально-психологічні особливості особистості, так і вплив зовнішнього середовища.

1.2. Детермінанти виникнення панічних і тривожно-депресивних станів

Проблема виникнення панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому посідає провідне місце у сучасній психологічній та клінічній науці, оскільки ці стани належать до найбільш поширених форм психоемоційних порушень і суттєво впливають на якість життя особистості, її соціальне функціонування та професійну реалізацію. Зростання кількості осіб із проявами тривоги, панічних атак і депресивних симптомів у глобальному та національному масштабах актуалізує необхідність глибокого аналізу причин їх виникнення, перебігу та механізмів розвитку.

Більшість сучасних дослідників дотримуються позиції, що панічні розлади та тривожно-депресивний синдром мають багатофакторну природу. Це означає, що їх формування не може бути пояснене дією одного окремого чинника, а є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних детермінант. Такий підхід відображає еволюцію наукових уявлень про психічні розлади – від одновимірних моделей до інтегративних концепцій, у межах яких людина розглядається як цілісна система, що функціонує у постійній взаємодії з навколишнім середовищем [40, с. 843].

Вивчення причинно-наслідкових зв’язків у виникненні панічних розладів (ПР) та тривожно-депресивного синдрому (ТДС) вимагає багаторівневого та міждисциплінарного аналізу. Сучасна психологічна наука, спираючись на досягнення нейробіології, психіатрії, когнітивної психології та соціальних наук, розглядає ці стани як результат взаємодії внутрішніх (ендогенних) і зовнішніх (екзогенних) чинників. При цьому кожен із зазначених факторів не діє ізольовано, а формує складну систему взаємозв’язків, у межах якої відбувається становлення дезадаптивних психоемоційних реакцій [34, с. 1].

Особливу увагу дослідники приділяють тому, що одні й ті самі зовнішні обставини можуть по-різному впливати на різних людей залежно від їх індивідуально-психологічних особливостей, життєвого досвіду, рівня стресостійкості та наявності або відсутності підтримуючого соціального

середовища. Це свідчить про те, що ключову роль відіграє не лише сам фактор впливу, а й спосіб його сприйняття, інтерпретації та переживання особистістю. Таким чином, суб'єктивний досвід людини стає важливим елементом у формуванні патологічних станів [33, с. 81].

Водночас сучасні наукові підходи наголошують на динамічному характері взаємодії детермінант. Біологічна вразливість може тривалий час залишатися латентною, проте активізується під впливом психологічного стресу або несприятливих соціальних умов. У свою чергу, тривалі психоемоційні перевантаження можуть призводити до змін у функціонуванні нервової системи, що ще більше підсилює схильність до тривожних і депресивних реакцій. Таким чином, формується замкнене коло взаємного підсилення факторів, яке сприяє закріпленню та хронізації розладів [24, с. 11].

Актуальність дослідження детермінант панічних і тривожно-депресивних станів особливо зростає в умовах сучасного соціального контексту, який характеризується високим рівнем стресогенності, невизначеності та нестабільності. Соціальні трансформації, кризові явища, інформаційне перевантаження та інші виклики сучасності створюють додаткове навантаження на психіку людини, що підвищує ризик виникнення дезадаптивних станів [17, с. 124].

Отже, аналіз детермінант виникнення панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому потребує комплексного підходу, який враховує взаємодію біологічних, психологічних і соціальних чинників. Саме такий підхід дозволяє більш повно зрозуміти природу цих розладів, визначити механізми їх формування та окреслити ефективні напрями профілактики й психокорекції.

Біологічні та генетичні детермінанти. Важливим фундаментом для розвитку тривожних станів є особливості функціонування нервової системи.

Дослідження вказують на роль спадковості: наявність подібних розладів у родичів першого ступеня спорідненості значно підвищує ризик

виникнення панічного розладу та депресії. Зокрема, у працях R. Kessler підкреслюється значущість генетичної схильності та сімейних факторів у розвитку емоційних розладів. Як зазначає Р. Кесслер, існує тісний зв'язок між нейробіологічними механізмами та розвитком тривожних і депресивних розладів, зокрема через порушення функціонування нейромедіаторних систем [4, с. 69]. Це підтверджує думку про те, що фізіологічна вразливість може виступати базою для формування зазначених станів.

Аналогічні висновки представлені у монографії В. М. Пашковського та співавторів, де зазначається, що коморбідність психічних розладів має виражений спадковий компонент і пов'язана з особливостями нейробіологічної регуляції [17, с. 76].

Фізіологічною основою панічної атаки є гіперчутливість структур мозку, зокрема мигдалеподібного тіла, що відповідає за реакцію страху та небезпеки. У працях D. Barlow та M. Craske підкреслюється роль дисфункції системи «боротьби або втечі» у формуванні панічних реакцій. системи та схильності до тривожних реакцій навіть за відсутності об'єктивної загрози. Так, на думку Д. Барлоу, тривожні розлади виникають унаслідок взаємодії біологічної вразливості та психологічного досвіду особистості, що формує специфічні патерни реагування на стресові ситуації [1, с. 45].

Дослідник підкреслює, що схильність до тривоги може мати спадковий характер, однак її прояв значною мірою залежить від індивідуального досвіду та умов середовища. Подібної точки зору дотримується М. Краске, яка вважає, що панічний розлад формується на основі підвищеної чутливості до фізіологічних змін в організмі. За її твердженням, навіть незначні тілесні відчуття можуть інтерпретуватися як загрозливі, що запускає механізм панічної атаки [3, с. 78].

Водночас українські дослідники (зокрема Н. О. Марута та співавтори) наголошують на порушенні нейромедіаторного балансу як важливому чиннику розвитку тривожно-депресивних станів [22, с. 27].

Панічний розлад часто розглядається як специфічна фізіологічна реакція на тривале перевантаження нервової системи, коли організм втрачає здатність до ефективної саморегуляції. У цьому контексті В. С. Чабан та О. О. Хаустова підкреслюють, що в умовах хронічного стресу (зокрема воєнного часу) відбувається виснаження адаптаційних ресурсів організму, що сприяє розвитку як панічних, так і тривожно-депресивних розладів [43, с. 212].

Крім того, за даними О. С. Аврамчук, важливу роль відіграє індивідуальна нейрофізіологічна вразливість, яка проявляється у підвищеній реактивності нервової системи та схильності до тривожних реакцій навіть за відсутності об’єктивної загрози. Разом із тим, як наголошує О. С. Аврамчук, біологічні фактори не є визначальними самі по собі, а реалізуються у взаємодії з психологічними та соціальними умовами [6, с. 112]. Такий підхід відповідає сучасному розумінню психічних розладів як результату комплексного впливу різних груп чинників.

Психологічні детермінанти. Психологічні чинники відіграють визначальну роль у трансформації стресових переживань у стійкі тривожні та депресивні розлади. Саме індивідуально-психологічні особливості особистості зумовлюють, чи буде реакція на стрес адаптивною, чи, навпаки, призведе до формування дезадаптивних психоемоційних станів. У сучасній психологічній науці доведено, що внутрішні когнітивні, емоційні та поведінкові механізми виступають ключовими посередниками між зовнішніми стресогенними впливами та розвитком панічних і тривожно-депресивних розладів [12, с. 63].

Когнітивні схеми та мисленнєві установки. Провідне місце серед психологічних детермінант займають когнітивні особливості особистості. Відповідно до когнітивної теорії А. Бека, основою тривожно-депресивних станів є дисфункціональні когнітивні схеми, що формуються під впливом життєвого досвіду та визначають спосіб інтерпретації подій. Людина починає сприймати себе як неспроможну, світ – як ворожий, а майбутнє – як

безнадійне, що отримало назву «когнітивної тріади». Такі установки сприяють закріпленню негативних емоційних станів, формують стійке відчуття тривоги та пригніченості, а також знижують здатність до конструктивного подолання труднощів [19, с. 97].

Катастрофізація та когнітивні викривлення. Важливим механізмом розвитку панічних станів є схильність до катастрофічного мислення, яку детально описує В. Грандт [14]. Особи з підвищеною тривожністю мають тенденцію перебільшувати значущість і небезпеку тілесних відчуттів, інтерпретуючи їх як ознаки серйозної загрози (наприклад, серцевого нападу або втрати контролю). Така інтерпретація запускає замкнене коло: фізіологічна реакція , тривожна думка , посилення емоційного напруження , загострення соматичних симптомів. Вітчизняні дослідники (зокрема М. Орос) також підкреслюють, що катастрофізація є одним із провідних когнітивних чинників, які підтримують панічні атаки та сприяють їх повторюваності [27, с. 1].

Особистісні риси та індивідуально-психологічні особливості. Значний вплив на формування тривожно-депресивних станів мають стійкі особистісні характеристики. До них належать підвищена емоційна чутливість, тривожність як риса особистості, низька стресостійкість, схильність до самозвинувачення, перфекціонізм, а також уникальна стратегія поведінки. Такі особи часто мають знижену толерантність до невизначеності, що посилює відчуття небезпеки навіть у відносно безпечних ситуаціях. За даними українських дослідників (зокрема О. С. Аврамчук), подібні риси формують психологічну вразливість, яка за наявності несприятливих умов може трансформуватися у клінічно значущі розлади [6, с. 141].

Досвід дитинства та особливості виховання. Важливим джерелом формування дезадаптивних психологічних установок є ранній життєвий досвід. Пережиті психотравмуючі події, дефіцит емоційної підтримки, надмірна критика або гіперопіка з боку батьків можуть сприяти формуванню небезпечної або тривожної моделі прив’язаності. Як зазначає В. Грандт, такі

фактори закладають основу для низької самооцінки, недовіри до світу та підвищеної тривожності у дорослому віці. У подальшому це може проявлятися у схильності до румінацій, самокритики та уникальної поведінки [14, с. 77].

Навчена безпорадність. Окремим психологічним механізмом є феномен навченої безпорадності, що виникає внаслідок тривалого досвіду неконтрольованих негативних подій. Як показує психологічний аналіз (Ю. Чистовська), повторювані невдачі формують переконання у власній неспроможності впливати на ситуацію, що призводить до пасивності, втрати мотивації та розвитку депресивних симптомів. У структурі тривожно-депресивного синдрому це проявляється у відчутті безсилля, апатії та відмові від активних дій [45, с. 231].

Емоційне виснаження та хронічний стрес. Важливим психологічним чинником є тривале перебування у стані емоційного напруження. За словами В. Станчишина, панічні атаки можна розглядати як реакцію перевантаженої нервової системи на хронічний стрес і емоційне виснаження. Ігнорування власного психоемоційного стану, накопичення негативних переживань та відсутність ефективних способів їх опрацювання призводять до порушення внутрішньої рівноваги та підвищують ризик розвитку тривожних і депресивних розладів [38, с. 113].

Психотравмуючі події. Значну роль у виникненні досліджуваних станів відіграють травматичні життєві події. Як підкреслює Д. Полякова, пережиті втрати, насильство, небезпечні або загрозливі ситуації можуть формувати стійкі дезадаптивні способи реагування, які у подальшому проявляються у вигляді тривожних і депресивних симптомів. Особливо вразливими є особи, які не мали можливості опрацювати травматичний досвід або отримати підтримку [32, с. 14].

Вплив сучасного соціального контексту (воєнний стан). У сучасних умовах важливим психологічним детермінантом є вплив тривалого стресу, пов’язаного з воєнними подіями. За даними О. С. Чабана, О. О. Хаустової та

інших дослідників, психічні розлади воєнного часу характеризуються підвищеним рівнем тривожності, емоційною нестабільністю, відчуттям небезпеки та невизначеності. Подібні висновки наводять В. О. Корженко та співавтори, які відзначають зростання поширеності тривожно-депресивних станів серед населення в умовах війни, що пов’язано з постійною психоемоційною напругою, втратами та порушенням базового відчуття безпеки [18; 43].

Отже, психологічні детермінанти панічних і тривожно-депресивних станів є багатовимірними та включають когнітивні викривлення, особистісні риси, ранній життєвий досвід, механізми безпорадності та вплив хронічного стресу. Їх взаємодія формує індивідуальну вразливість особистості до розвитку психоемоційних розладів і визначає специфіку їх перебігу, що необхідно враховувати у процесі психодіагностики та психокорекції.

Соціальні та екзогенні детермінанти. Вагоме місце у виникненні панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому посідають чинники зовнішнього середовища, які визначають соціальний контекст життєдіяльності особистості. У сучасних умовах ці детермінанти набувають особливої актуальності, оскільки характеризуються підвищеною інтенсивністю, тривалістю впливу та часто мають травмуючий характер. Соціальне середовище не лише виступає фоном для розвитку психічних станів, а й активно впливає на їх формування, перебіг і можливості подолання [44, с. 155].

Вплив війни та кризових умов. Одним із найпотужніших екзогенних чинників у сучасному українському суспільстві є воєнний стан і пов’язані з ним кризові обставини. Постійна загроза життю, переживання втрат, руйнування звичного способу життя, вимушене переміщення та невизначеність майбутнього формують стійкий стан хронічного стресу. Як зазначають О. С. Чабан, О. О. Хаустова та інші дослідники, психічні розлади воєнного часу характеризуються підвищеним рівнем тривоги, страху, емоційної нестабільності та виснаження адаптаційних ресурсів особистості.

У таких умовах навіть незначні стресори можуть виступати тригерами для розвитку панічних атак і депресивних реакцій [43, с. 86].

Інформаційне перевантаження та медіавплив. Суттєвим чинником сучасності є надмірний потік інформації, особливо негативного або тривожного змісту. Постійне перебування в інформаційному полі, насиченому новинами про небезпеку, втрати та загрози, формує стан так званої «інформаційної інтоксикації». Це призводить до підвищення базового рівня тривожності, формування відчуття небезпеки навіть за відсутності реальної загрози, а також сприяє розвитку емоційного виснаження. У результаті порушується здатність особистості до психологічної саморегуляції та адекватного сприйняття реальності [48, с. 1].

Соціальна підтримка та міжособистісні взаємини. Одним із ключових захисних факторів психічного здоров'я є наявність якісної соціальної підтримки. Водночас її дефіцит або низька якість виступають значущими детермінантами розвитку тривожно-депресивних станів. Як зазначає І. Гриник та Р. Хавула, психосоціальна дезадаптація, що виникає внаслідок ізоляції, самотності, порушення міжособистісних зв'язків та конфліктів, істотно підвищує ризик формування психічних розладів. Відсутність емоційної підтримки з боку близьких, відчуття неприйняття або нерозуміння посилюють переживання тривоги та сприяють поглибленню депресивної симптоматики [15, с. 51].

Стигматизація психічних розладів. Важливим соціальним бар'єром є поширені у суспільстві стереотипи та упередження щодо психічного здоров'я. Стигматизація формує у людини почуття сорому, провини та страху осуду, що перешкоджає своєчасному зверненню за професійною допомогою. Як підкреслює В. Станчишин, така «внутрішня стіна» змушує людину замикатися у власних переживаннях, посилює ізоляцію та сприяє хронізації розладів. У результаті психічні проблеми не лише не вирішуються, а й поглиблюються [38, с. 75].

Поведінкові чинники та соціальне навчання. Важливу роль у підтриманні тривожних станів відіграють поведінкові стратегії, що формуються у процесі взаємодії з середовищем. Як зазначають М. Орос та Т. Іваньо, уникнення ситуацій, які викликають тривогу, хоча й знижує напруження у короткостроковій перспективі, водночас закріплює страх і обмежує адаптаційні можливості особистості. Така стратегія формує замкнене коло: уникнення → тимчасове полегшення → посилення тривоги → ще більше уникнення. У довготривалій перспективі це призводить до звуження життєвого простору та соціальної активності [26, с. 1].

Феномен навченої безпорадності у соціальному контексті. Окрему увагу дослідники приділяють феномену вивченої безпорадності, який формується під впливом тривалих несприятливих життєвих обставин. За даними В. Федосєєва, систематичне переживання ситуацій, у яких особа не може вплинути на результат, призводить до формування переконання у власній безсилості. Це супроводжується зниженням активності, втратою мотивації, пасивністю та розвитком депресивних станів. У соціальному вимірі така безпорадність може посилюватися економічною нестабільністю, невизначеністю майбутнього та відсутністю контролю над життєвими обставинами [42, с. 18].

Соціально-економічні та життєві умови. Додатковими чинниками ризику є нестабільність матеріального становища, безробіття, погіршення житлових умов, вимушене переселення та інші соціальні труднощі. Вони створюють постійний фон напруження, який виснажує психологічні ресурси особистості та знижує її здатність до ефективного подолання стресу [39, с. 1].

Отже, соціальні та екзогенні детермінанти відіграють важливу роль у виникненні та підтриманні панічних і тривожно-депресивних станів. Вони взаємодіють із внутрішніми психологічними та біологічними чинниками, посилюючи індивідуальну вразливість особистості. Урахування впливу соціального середовища є необхідною умовою для розробки ефективних програм психопрофілактики, психологічної підтримки та психокорекції.

Коморбідність та взаємозв’язок детермінант панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому є одним із ключових аспектів їх наукового розуміння, оскільки ці стани рідко виникають під впливом одного ізольованого чинника. Сучасні дослідження свідчать про їх поліетіологічну природу, у межах якої біологічні, психологічні та соціальні фактори перебувають у постійній взаємодії, взаємно підсилюючи або модифікуючи вплив один одного. Такий підхід відповідає біопсихосоціальній моделі, яка розглядає психічні розлади як результат комплексного впливу внутрішніх і зовнішніх умов розвитку особистості [29, с. 1].

Зокрема, біологічні чинники можуть виступати первинним підґрунтям для формування патологічних станів, однак самі по собі вони не завжди зумовлюють розвиток розладу. Наприклад, наявність соматичних захворювань, зокрема порушень функціонування щитоподібної залози, серцево-судинної системи або нейроендокринної регуляції, може провокувати появу фізіологічних симптомів (тахікардії, слабкості, запаморочення), які сприймаються людиною як загрозливі. У цьому випадку біологічний фактор стає тригером, що запускає психологічну реакцію у вигляді тривоги. Подальший розвиток подій значною мірою залежить від особливостей когнітивної обробки цієї інформації: якщо людина схильна до катастрофізації та гіперінтерпретації тілесних відчуттів, формується стійкий тривожний стан, який може трансформуватися у панічний розлад [16, с. 184].

Водночас психологічні детермінанти виступають своєрідним «медіатором» між біологічною вразливістю та зовнішніми впливами. Негативні когнітивні схеми, сформовані внаслідок попереднього життєвого досвіду, низька самооцінка, схильність до румінацій, підвищена тривожність і труднощі емоційної регуляції сприяють тому, що навіть незначні стресові події можуть сприйматися як загрозливі. Це створює передумови для формування хронічного психоемоційного напруження. У такому стані будь-який додатковий стресор, зокрема соціального характеру, здатний

активізувати вже наявну вразливість і спричинити розвиток клінічно виражених симптомів [8, с. 44].

Соціальні чинники, у свою чергу, виступають як каталізатор або підсилювач патологічного процесу. Хронічний стрес, пов’язаний із несприятливими життєвими обставинами, міжособистісними конфліктами, соціальною нестабільністю чи травматичними подіями, знижує адаптаційні можливості організму та виснажує його ресурси. У сучасних умовах, зокрема в контексті воєнного стану, цей вплив значно посилюється, оскільки людина перебуває у стані постійної загрози та невизначеності. Така ситуація сприяє формуванню стійкого тривожного фону, який взаємодіє з індивідуальними психологічними особливостями та біологічною схильністю, утворюючи комплексний механізм розвитку розладів [20, с. 46].

Особливої уваги заслуговує феномен коморбідності, який проявляється у частому поєднанні панічного розладу з депресивними станами, соматичними захворюваннями та іншими тривожними розладами. Це пояснюється тим, що зазначені стани мають спільні патогенетичні механізми, зокрема порушення нейромедіаторного балансу, дисфункцію системи стресової відповіді, а також подібні когнітивні та поведінкові патерни. Внаслідок цього один розлад може виступати як фактор ризику для розвитку іншого, що значно ускладнює клінічну картину та потребує комплексного підходу до діагностики і лікування [20, с. 51].

Таким чином, розвиток панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому слід розглядати як результат складного кумулятивного ефекту, у межах якого зовнішні соціальні стресори виступають тригерами, що активують латентну біологічну схильність особистості через систему деструктивних когнітивних і емоційних механізмів. Взаємодія цих факторів має нелінійний характер: вони не лише підсумовуються, а й взаємно підсилюють один одного, формуючи складну динамічну систему, що визначає індивідуальну траєкторію розвитку розладу.

1.3. Сучасні підходи до розуміння проблеми

У сучасній психологічній і психіатричній науці проблема панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому розглядається в межах широкого спектра теоретико-методологічних підходів, кожен із яких акцентує увагу на певних аспектах їх етіології, патогенезу, клінічних проявів і шляхів подолання. Така багатовекторність наукового аналізу обумовлена складною природою цих розладів, що поєднують у собі як біологічні, так і психологічні та соціальні компоненти. Узагальнення різних підходів дозволяє сформувати цілісне, системне уявлення про механізми виникнення та підтримання панічних і тривожно-депресивних станів, а також визначити ефективні стратегії їх психокорекції.

Сучасна наукова парадигма характеризується переходом від вузькоспеціалізованого, симптомоорієнтованого аналізу до інтегративного біопсихосоціального підходу. У межах цього підходу психічні розлади розглядаються як результат складної взаємодії нейрофізіологічних процесів, когнітивних механізмів, емоційних переживань та соціального контексту. Особливої актуальності набувають дослідження, що аналізують формування панічних і тривожно-депресивних станів в умовах хронічного стресу, соціальної нестабільності та воєнних дій, де психіка людини функціонує в умовах тривалого напруження та невизначеності [21, с. 27].

Когнітивно-поведінковий підхід обґрунтовано вважається «золотим стандартом» у розумінні, діагностиці та психотерапії панічних і тривожно-депресивних розладів, що підтверджується значною кількістю емпіричних досліджень і практичних напрацювань у галузі клінічної психології. Його теоретико-методологічна основа базується на положенні про те, що емоційні порушення виникають не стільки внаслідок об’єктивних життєвих обставин, скільки через спосіб їх суб’єктивної інтерпретації, оцінювання та когнітивного опрацювання особистістю. Таким чином, у центрі уваги опиняється внутрішній психічний процес – система переконань, установок і

автоматичних думок, які визначають емоційні реакції та поведінкові стратегії людини [25, с. 57].

У межах когнітивної теорії А. Бека ключове місце посідає концепція «когнітивної тріади», яка відображає глибинну структуру депресивного та тривожного мислення. Вона включає негативне сприйняття власного «Я», песимістичне бачення навколишнього світу та безнадійний погляд на майбутнє. Сучасні інтерпретації цієї теорії значно розширюють її зміст, акцентуючи увагу на багаторівневій організації когнітивної сфери. Зокрема, виокремлюються автоматичні думки (швидкі, неусвідомлені оцінки ситуації), проміжні переконання (правила і установки типу «я повинен», «мені слід») та глибинні базові схеми (стійкі уявлення про себе і світ). Саме взаємодія цих рівнів формує індивідуальну вразливість до розвитку тривожно-депресивних станів [2, с. 315].

Особливе значення у сучасних когнітивних дослідженнях надається феномену румінацій – нав’язливого, повторюваного обдумування негативних подій, переживань або уявних загроз. Румінації виступають одним із ключових механізмів підтримання емоційного дистресу, оскільки вони не сприяють вирішенню проблеми, а лише поглиблюють переживання, посилюють тривогу і депресивний настрій. У контексті панічних розладів румінативні процеси можуть набувати форми постійного аналізу тілесних відчуттів, пошуку «симптомів хвороби» та прогнозування можливих негативних наслідків.

Вагомий внесок у розвиток когнітивно-поведінкового підходу зробив Д. Барлоу, який запропонував інтегративну модель панічного розладу як порушення системи емоційної регуляції. У його концепції панічна атака розглядається як «хибна тривога» – тобто активація еволюційно сформованих механізмів захисту («бий або біжи») за відсутності реальної зовнішньої загрози. Така реакція виникає внаслідок поєднання біологічної вразливості (підвищеної реактивності нервової системи) та психологічних чинників (схильності до тривожного сприйняття внутрішніх сигналів).

Барлоу підкреслює, що ключову роль відіграє не сам фізіологічний симптом, а його інтерпретація як небезпечного, що запускає ланцюг наростання тривоги [1].

У цьому контексті особливого значення набуває поняття інтероцептивної чутливості – здатності людини сприймати та усвідомлювати внутрішні тілесні процеси. У осіб із панічними розладами ця чутливість є надмірно підвищеною і супроводжується тенденцією до катастрофізації, тобто перебільшення значущості та небезпеки фізіологічних відчуттів. Це призводить до формування замкненого кола: тілесний симптом, тривожна інтерпретація , посилення фізіологічної реакції , ще більша тривога [1, с. 236].

Суттєвим доповненням до когнітивної моделі є поведінковий підхід, розвинений у працях М. Краске, яка акцентує увагу на ролі навчення та закріплення поведінкових реакцій. У сучасному розумінні панічного розладу уникальна поведінка розглядається як один із центральних механізмів його підтримання. Уникнення ситуацій, пов’язаних із попереднім досвідом панічної атаки (громадський транспорт, людні місця, відкриті простори), дозволяє тимчасово знизити рівень тривоги, проте водночас позбавляє людину можливості переконатися у відсутності реальної небезпеки. У результаті страх не зникає, а навпаки – закріплюється і генералізується на нові ситуації [3].

Особливе місце у когнітивно-поведінковій моделі посідає феномен «страху страху» (anticipatory anxiety), який полягає у постійному очікуванні повторення панічної атаки. З часом саме це очікування стає більш значущим джерелом тривоги, ніж реальні події. Людина починає боятися власних внутрішніх станів, що призводить до формування хронічної напруженості, гіперуваги до себе та зниження якості життя [3, с. 95].

Крім того, сучасні дослідження у межах когнітивно-поведінкового підходу підкреслюють роль поведінкових експериментів і експозиційних технік як ефективних методів подолання панічних і тривожних розладів.

Вони спрямовані на поступове зіткнення людини з об’єктами страху або тілесними відчуттями, що дозволяє змінити деструктивні переконання та сформувати новий адаптивний досвід.

Таким чином, когнітивно-поведінковий підхід пропонує цілісну модель розуміння панічних і тривожно-депресивних розладів, у якій ключову роль відіграють когнітивні викривлення, порушення емоційної регуляції та дезадаптивні поведінкові стратегії. Його ефективність обумовлена не лише теоретичною обґрунтованістю, а й практичною спрямованістю, що дозволяє розробляти конкретні психокорекційні інтервенції, спрямовані на зміну мислення, емоцій і поведінки особистості.

У межах українського наукового простору особливого значення набувають *феноменологічні та екзистенційні підходи*, які орієнтовані не лише на опис симптомів чи механізмів розладів, а передусім на глибинне розуміння внутрішнього світу людини, її унікального досвіду переживання тривоги, страху та депресії. На відміну від суто клінічних або медикалізованих моделей, що зосереджуються на діагностиці та класифікації розладів, ці підходи спрямовані на розкриття смислових структур психічного життя особистості, аналіз її ціннісних орієнтацій, життєвих сенсів і способів взаємодії зі світом.

Феноменологічна перспектива дозволяє розглядати панічні та тривожно-депресивні стани як специфічні форми суб’єктивного досвіду, що виникають у відповідь на порушення цілісності життєвого світу людини. У цьому контексті тривога постає не лише як симптом, а як екзистенційне переживання невизначеності, втрати опори та контролю над власним життям. Депресивні стани, у свою чергу, пов’язані з переживанням смислової порожнечі, втрати життєвих орієнтирів і зниженням відчуття значущості власного існування. Такий підхід дає змогу глибше зрозуміти внутрішню логіку переживань людини та уникнути їх редукції до суто симптоматичного рівня [7, с. 131].

У працях В. Станчишина панічні атаки інтерпретуються як своєрідний сигнал перевантаження нервової системи, що виникає внаслідок тривалого психоемоційного напруження, хронічного стресу та ігнорування власних внутрішніх потреб. Автор підкреслює, що паніка не є проявом «слабкості» чи «ненормальності», а навпаки – свідчить про перевищення адаптаційних можливостей організму. Така інтерпретація має важливе психотерапевтичне значення, оскільки сприяє зменшенню почуття провини, сорому та самозвинувачення у людини, яка переживає подібні стани [38, с. 42].

Особливу увагу В. Станчишин приділяє процесу дестигматизації психічних розладів. У сучасному українському суспільстві проблема стигматизації залишається надзвичайно актуальною, оскільки психічні труднощі часто сприймаються як ознака слабкості або соціальної неспроможності. Це призводить до того, що люди уникають звернення по допомогу, приховують свої переживання та ізолюються від соціального середовища. У цьому контексті концепція «внутрішніх стін» є метафоричним відображенням психологічних бар'єрів, які формуються під впливом страху осуду, нерозуміння та відторгнення. Ці «стіни» перешкоджають відкритому вираженню емоцій, ускладнюють комунікацію та блокують доступ до ресурсів підтримки [38, с. 56].

З екзистенційної точки зору, панічні та тривожно-депресивні стани можуть розглядатися як кризи смислу, що виникають у ситуаціях життєвих змін, втрат або невизначеності. У таких умовах людина стикається з фундаментальними питаннями буття: безпеки, контролю, свободи, відповідальності та сенсу життя. Панічна атака, у цьому розумінні, є не лише фізіологічною реакцією, а й проявом глибинної екзистенційної тривоги, пов'язаної з відчуттям втрати стабільності та передбачуваності світу.

Вагомий внесок у розвиток екзистенційно-орієнтованого підходу зробила І. Теркулова, яка акцентує увагу на понятті особистісної резистентності та життєстійкості як ключових ресурсів подолання кризових станів. У її концепції тривожно-депресивні стани розглядаються як

закономірна реакція психіки на порушення звичного життєвого укладу, втрату безпеки та руйнування базових життєвих орієнтирів. Особливої актуальності ці ідеї набувають у контексті воєнного часу, коли значна частина населення переживає хронічний стрес, втрати, вимушене переміщення та невизначеність майбутнього [41, с. 203].

У таких умовах тривога виступає як природна реакція на загрозу, тоді як депресія може бути наслідком виснаження адаптаційних ресурсів і тривалого перебування у стані безсилля. І. Теркулова підкреслює, що ключовим завданням психологічної допомоги є не лише зниження симптомів, а й відновлення здатності особистості до саморегуляції, осмислення пережитого досвіду та побудови нових життєвих стратегій. Важливим аспектом є також формування відчуття внутрішньої опори, що дозволяє людині зберігати психологічну рівновагу навіть у складних життєвих обставинах [41, с. 204].

Крім того, у межах феноменологічного підходу значна увага приділяється процесу усвідомлення та прийняття власних емоцій. Замість боротьби з тривогою чи депресією, людині пропонується навчитися розуміти їх як сигнали внутрішнього стану, що потребує уваги та турботи. Такий підхід сприяє розвитку емоційної компетентності, підвищенню рівня саморефлексії та формуванню більш гармонійних способів взаємодії із собою та світом.

Таким чином, феноменологічні та екзистенційні підходи в українській психології значно розширюють уявлення про панічні та тривожно-депресивні стани, виходячи за межі суто симптоматичного аналізу. Вони дозволяють розглядати ці стани як складні особистісні переживання, пов’язані з пошуком сенсу, адаптацією до змін і подоланням життєвих криз. Інтеграція цих підходів із клінічними та когнітивно-поведінковими моделями створює підґрунтя для більш глибокого розуміння проблеми та розробки ефективних стратегій психологічної допомоги.

Клініко-психологічний напрям сучасних досліджень розглядає панічні та тривожно-депресивні стани як складні мультикомпонентні явища, що формуються на перетині психічних і фізіологічних процесів, а тому потребують цілісного, інтегративного підходу до їх розуміння, діагностики та корекції. У межах цього підходу особлива увага приділяється взаємозв'язку функціонування центральної нервової системи, нейроендокринних механізмів, вегетативної регуляції та суб'єктивних психоемоційних переживань. Панічні атаки та тривожно-депресивні стани розглядаються не лише як психологічні феномени, а як системні реакції організму, що відображають порушення адаптаційних механізмів [28, с. 62].

Українські науковці, зокрема І. Савченко, М. Степова, Л. Мазур, наголошують на важливості врахування психосоматичних взаємозв'язків, підкреслюючи, що емоційні розлади часто проявляються через тілесні симптоми, які можуть домінувати у клінічній картині. У таких випадках пацієнти звертаються не до психологів чи психотерапевтів, а до лікарів соматичного профілю, скаржачись на серцево-судинні, дихальні, гастроентерологічні або неврологічні порушення. Типовими є скарги на тахікардію, біль у грудях, задишку, запаморочення, відчуття «клубка в горлі», слабкість, порушення сну. Водночас об'єктивні медичні обстеження часто не виявляють органічної патології, що свідчить про психогенний характер цих симптомівт [36, с. 25].

У цьому контексті особливого значення набуває поняття соматизації – процесу, при якому психічне напруження трансформується у тілесні прояви. Соматизація виступає своєрідним механізмом «перекладу» психологічного дистресу на мову тіла, що може ускладнювати своєчасне виявлення психічних розладів і затримувати надання адекватної допомоги. Це зумовлює необхідність підвищення рівня психологічної компетентності лікарів загальної практики та впровадження міждисциплінарної взаємодії між медичними й психологічними фахівцями [30, с. 1].

Центральним поняттям у клініко-психологічному аналізі є коморбідність – поєднання кількох розладів у межах однієї клінічної картини. У випадку панічних і тривожно-депресивних станів коморбідність є радше правилом, ніж винятком. Дослідження свідчать, що панічний розлад часто поєднується з депресивними епізодами, генералізованим тривожним розладом, фобіями, а також із соматичними захворюваннями, такими як серцево-судинні порушення, захворювання щитоподібної залози, хронічні больові синдроми. Така взаємодія ускладнює клінічну картину, знижує ефективність лікування та підвищує ризик хронізації стану [9, с. 108].

Важливо зазначити, що у випадках коморбідності відбувається взаємне підсилення симптомів: соматичні прояви підвищують рівень тривоги, а тривога, у свою чергу, посилює фізіологічні реакції організму. Це формує замкнене патологічне коло, у межах якого людина постійно перебуває у стані напруження та очікування погіршення свого стану. Саме тому клініко-психологічний підхід наполягає на необхідності комплексної діагностики, яка враховує як психічні, так і фізичні аспекти функціонування організму.

У сучасних умовах воєнного часу значного розвитку набули дослідження, присвячені розладам адаптації, які розглядаються як реакція психіки на тривалий вплив екстремальних стресових факторів. Постійна загроза життю, невизначеність майбутнього, втрати, вимушене переміщення, інформаційне перевантаження створюють умови хронічного стресу, що виснажує адаптаційні ресурси особистості. У цьому контексті панічні атаки виступають не ізольованим явищем, а одним із симптомів більш глибоких психотравматичних процесів [41, с. 207].

Особливу увагу в сучасних дослідженнях приділяють феноменам дереалізації та деперсоналізації, які часто супроводжують панічні стани. Дереалізація проявляється у відчутті нереальності навколишнього світу, його «віддаленості» або «спотвореності», тоді як деперсоналізація пов’язана з порушенням самосприйняття, відчуттям відчуженості від власного тіла чи психічних процесів. Хоча ці стани можуть викликати сильний страх і

дезорієнтацію, у клініко-психологічному контексті вони розглядаються як захисні механізми психіки, спрямовані на зниження інтенсивності емоційного переживання [35, с. 57].

Такі механізми дозволяють людині тимчасово дистанціюватися від надмірного психотравмуючого впливу, зберігаючи відносну стабільність психічного функціонування. Проте за тривалого існування вони можуть призводити до порушення цілісності особистості, зниження якості життя та ускладнення процесу адаптації.

Крім того, сучасні нейропсихологічні дослідження вказують на зміни у функціонуванні мозкових структур, відповідальних за емоційну регуляцію, зокрема мигдалеподібного тіла, гіпокампа та префронтальної кори. Порушення у взаємодії цих структур можуть зумовлювати підвищену тривожність, труднощі в контролі емоцій та схильність до катастрофічного мислення. Це ще раз підтверджує біопсихосоціальну природу панічних і тривожно-депресивних станів [32, с. 22].

Таким чином, клініко-психологічний та нейропсихологічний підходи дозволяють розглядати панічні та тривожно-депресивні стани як складні системні порушення, що охоплюють як психічну, так і соматичну сфери. Їх ефективне вивчення та подолання можливе лише за умови комплексного, міждисциплінарного підходу, який поєднує досягнення психології, медицини та нейронаук і враховує індивідуальні особливості кожної особистості та специфіку її життєвого контексту.

Сучасні підходи до подолання панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому характеризуються переходом від одновимірних моделей впливу до комплексних, інтегративних стратегій психореабілітації, що враховують біологічні, психологічні та соціальні аспекти функціонування особистості. У межах сучасної парадигми особлива увага приділяється не лише усуненню симптомів, але й відновленню цілісності психічного функціонування, підвищенню якості життя та розвитку адаптаційного потенціалу особистості [28, с. 66].

Психоедукація виступає фундаментальним і обов'язковим етапом психокорекційної роботи, оскільки забезпечує формування у людини науково обґрунтованого розуміння природи власних переживань. Як підкреслюють сучасні дослідники, інформування про механізми виникнення панічних атак (зокрема про роль вегетативної нервової системи та реакції «бий або біжи») сприяє зниженню рівня катастрофізації, зменшенню страху перед симптомами та поступовому відновленню суб'єктивного контролю над станом. Важливою складовою психоедукації є також формування навичок самоспостереження без оцінювання, що дозволяє зменшити гіперфокус на тілесних відчуттях і перервати патологічне коло тривоги [24, с. 72].

Комплексна терапія передбачає інтеграцію різних психотерапевтичних підходів, серед яких провідне місце займає когнітивно-поведінкова терапія як найбільш доказово ефективна при тривожних і депресивних розладах. Вона спрямована на виявлення та модифікацію деструктивних когнітивних схем, автоматичних негативних думок і поведінкових патернів уникнення. Разом із тим сучасна практика активно поєднує КПТ із методами арт-терапії, які дозволяють опрацьовувати емоційний досвід через символічні форми вираження; тілесно-орієнтованою терапією, що сприяє відновленню контакту з тілом і зниженню соматичного напруження; техніками релаксації та дихальними вправами, які регулюють фізіологічний рівень тривоги; а також практиками майндфулнес, спрямованими на розвиток усвідомленості та прийняття внутрішнього досвіду без надмірної ідентифікації з ним. Такий мультимодальний підхід дозволяє впливати на різні рівні функціонування психіки – когнітивний, емоційний, поведінковий і соматичний [20, с. 49].

Окремого значення набуває психосоціальна підтримка як важливий фактор стабілізації психічного стану. У цьому контексті підкреслюється роль значущого соціального оточення, включаючи сім'ю, друзів, освітнє середовище та професійні спільноти. Формування безпечного психологічного простору, зниження рівня стигматизації психічних розладів і розвиток культури відкритого обговорення емоційних труднощів є ключовими

умовами ефективної реабілітації. У закладах освіти це може реалізовуватися через впровадження програм психічного здоров'я, тренінгів емоційної компетентності, систем психологічного супроводу здобувачів освіти та моніторингу їх психоемоційного стану [23, с. 12].

Важливим напрямом сучасної допомоги є розвиток навичок саморегуляції та стресостійкості. До таких навичок належать техніки емоційної регуляції, управління увагою, когнітивної реструктуризації, формування адаптивних копінг-стратегій. Особлива увага приділяється підвищенню толерантності до невизначеності, що є критично важливим у контексті тривожних розладів, а також розвитку здатності до гнучкого реагування на змінні життєві обставини [27, с. 1].

Не менш значущим є використання стандартизованих психодіагностичних інструментів, які забезпечують об'єктивність і надійність оцінки психічного стану. Зокрема, широко застосовуються шкала депресії Бека (BDI), госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), а також шкала тяжкості панічного розладу (PDSS). Використання цих методик дозволяє не лише виявляти рівень вираженості симптомів, але й відстежувати динаміку змін у процесі психотерапії, що є важливим для оцінки її ефективності та корекції індивідуальних програм допомоги.

У сучасних умовах, особливо в контексті воєнного стану, значного поширення набувають програми кризової психологічної допомоги та психосоціальної підтримки, орієнтовані на роботу з травматичним досвідом. Вони включають як індивідуальні, так і групові форми роботи, спрямовані на відновлення почуття безпеки, стабілізацію емоційного стану та інтеграцію травматичних переживань у життєвий досвід особистості [17, с. 142].

Таким чином, сучасні підходи до подолання панічних і тривожно-депресивних станів базуються на принципах комплексності, індивідуалізації та наукової обґрунтованості. Вони передбачають поєднання психоедукації, психотерапії, соціальної підтримки та психодіагностики, що забезпечує не

лише зниження симптоматики, але й відновлення психологічного благополуччя, особистісного розвитку та ефективної соціальної адаптації.

У результаті теоретичного аналізу проблеми панічних розладів та тривожно-депресивного синдрому встановлено, що зазначені психічні стани є складними, багатовимірними утвореннями, які формуються під впливом взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Їх дослідження вимагає системного підходу, що дозволяє врахувати як внутрішні механізми функціонування психіки, так і зовнішні умови життєдіяльності особистості.

З'ясовано, що панічний розлад характеризується не лише наявністю повторюваних панічних атак, але й формуванням стійкої очікувальної тривожності («страху страху»), яка підтримує патологічне коло взаємодії соматичних, когнітивних, емоційних і поведінкових компонентів. Ключову роль у його розвитку відіграють катастрофічні інтерпретації тілесних відчуттів, підвищена інтероцептивна чутливість та уникальна поведінка. Водночас тривожно-депресивний синдром постає як коморбідний стан, що поєднує симптоми тривоги й депресії та супроводжується глибокими порушеннями когнітивної сфери, зокрема негативними уявленнями про себе, світ і майбутнє, румінаціями, емоційним виснаженням і зниженням мотиваційно-вольової активності.

У ході аналізу детермінант встановлено, що виникнення панічних і тривожно-депресивних станів обумовлюється сукупністю чинників. Біологічні передумови включають генетичну схильність, особливості функціонування нервової системи та нейрофізіологічні механізми реагування на стрес. Психологічні детермінанти представлені когнітивними викривленнями, негативними схемами мислення, особистісними рисами, досвідом психотравмуючих подій і феноменом навченої безпорадності. Соціальні чинники охоплюють вплив кризових умов, зокрема воєнного стану, інформаційне перевантаження, дефіцит соціальної підтримки та стигматизацію психічних розладів. Визначено, що саме взаємодія цих

факторів формує кумулятивний ефект, який призводить до розвитку та закріплення дезадаптивних психічних станів.

Узагальнення сучасних наукових підходів дозволило встановити, що дослідження панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому здійснюється в межах різних теоретико-методологічних парадигм. Провідну роль відіграє когнітивно-поведінковий підхід, який обґрунтовує вирішальне значення інтерпретації подій і внутрішніх станів у формуванні емоційних порушень. Водночас феноменологічні та екзистенційні концепції акцентують увагу на суб'єктивному досвіді особистості, її смисложиттєвих орієнтаціях і процесах адаптації в умовах стресу. Клініко-психологічний напрям підкреслює тісний зв'язок між психічними та соматичними процесами, а також важливість урахування коморбідності при діагностиці та корекції цих станів.

Встановлено, що сучасні підходи до подолання панічних і тривожно-депресивних розладів базуються на принципах комплексності та мультимодальності. Вони передбачають поєднання психоедукації, когнітивно-поведінкової терапії, інших психотерапевтичних методів, розвитку навичок саморегуляції, а також забезпечення соціальної підтримки. Важливе значення має використання стандартизованих психодіагностичних інструментів, які дозволяють об'єктивно оцінити рівень тривоги та депресії й відстежувати динаміку змін у процесі психокорекції.

Отже, проведений теоретичний аналіз підтверджує, що панічні розлади та тривожно-депресивний синдром є результатом складної взаємодії різнорівневих детермінант і характеризуються багатовимірною структурою проявів. Це зумовлює необхідність інтегрованого підходу до їх вивчення, діагностики та психокорекції, що стане підґрунтям для подальшого емпіричного дослідження, представленого у наступному розділі.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методика та організація дослідження панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому

Емпіричне дослідження панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому проводилося з метою виявлення рівня прояву тривожних, депресивних і панічних симптомів у досліджуваних, а також встановлення взаємозв'язків між ними.

Дослідження було організовано на базі Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини. У вибірку увійшли здобувачі вищої освіти віком від 18 до 23 років. Загальна кількість респондентів становила 38 осіб. Вибірка була сформована за принципом доступності та добровільної участі.

Організація дослідження передбачала декілька етапів:

1. Підготовчий етап – визначення мети, завдань, добір психодіагностичного інструментарію.
2. Діагностичний етап – проведення тестування за допомогою обраних методик.
3. Аналітичний етап – обробка та інтерпретація отриманих результатів.

Для досягнення мети дослідження було використано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють всебічно оцінити прояви тривоги, депресії та панічних станів.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS), розроблена А. Зігмондом і Р. Снейтом, є одним із найбільш валідних і широко застосовуваних психодіагностичних інструментів для виявлення тривожних і депресивних станів як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях [5]. Її популярність зумовлена поєднанням високої психометричної надійності, чутливості до змін емоційного стану та зручності у використанні в різних умовах, зокрема в медичних закладах, освітньому середовищі та під час масових скринінгових обстежень.

Методика складається з 14 тверджень, які структурно поділяються на дві рівнозначні підшкали: 7 пунктів спрямовані на оцінку рівня тривоги (HADS-A), а ще 7 – на визначення рівня депресії (HADS-D). Така побудова дозволяє диференційовано аналізувати два взаємопов’язані, але психологічно відмінні компоненти емоційних розладів. Кожне твердження передбачає чотири варіанти відповіді, що оцінюються за шкалою від 0 до 3 балів залежно від інтенсивності прояву симптомів. Максимальна кількість балів за кожною підшкалою становить 21, що забезпечує достатню градацію для виявлення навіть незначних змін у психоемоційному стані.

Важливою методологічною особливістю HADS є її спрямованість переважно на психологічні та когнітивно-емоційні прояви тривоги і депресії, із мінімальним урахуванням соматичних симптомів. Такий підхід дозволяє уникнути змішування психічних і фізіологічних показників, що особливо актуально при обстеженні осіб із соматичними захворюваннями, у яких тілесні симптоми можуть не бути безпосереднім відображенням психічного стану. Завдяки цьому шкала забезпечує більш точну оцінку саме емоційного компоненту розладів, що підвищує її діагностичну цінність [5].

Інтерпретація результатів здійснюється на основі сумарних балів за кожною підшкалою. Значення в межах 0–7 балів свідчать про відсутність клінічно значущих проявів тривоги чи депресії та розглядаються як норма. Показники в діапазоні 8–10 балів інтерпретуються як субклінічно виражений рівень, що може вказувати на наявність початкових або прихованих симптомів і потребує подальшого спостереження. Рівень 11–21 бал розцінюється як клінічно виражений і свідчить про високу ймовірність наявності тривожного або депресивного розладу, що потребує поглибленої діагностики та психологічного або психотерапевтичного втручання.

Суттєвою перевагою HADS є її універсальність і можливість застосування у різних вікових і соціальних групах, включаючи студентську молодь, пацієнтів медичних установ та осіб, які перебувають у стресових або кризових умовах. Крім того, методика є чутливою до динаміки змін, що дозволяє використовувати її не лише для первинного скринінгу, але й для моніторингу ефективності психокорекційних або психотерапевтичних заходів.

У сучасних умовах, зокрема в контексті підвищеного рівня психоемоційного навантаження, пов’язаного з воєнними подіями та соціальною нестабільністю, HADS набуває особливої актуальності як швидкий і надійний інструмент раннього виявлення тривожно-депресивних проявів. Її використання дозволяє своєчасно ідентифікувати осіб із ризиком розвитку психічних розладів, що створює підґрунтя для організації ефективної психологічної допомоги та профілактичних заходів.

Отже, госпітальна шкала тривоги і депресії є ефективним, науково обґрунтованим інструментом психодіагностики, який поєднує простоту застосування з високою інформативністю та дозволяє здійснювати комплексну оцінку емоційного стану особистості в умовах як клінічної, так і неклінічної практики [34].

Шкала депресії Бека (BDI)

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory – BDI) є однією з найбільш авторитетних, валідних і широко застосовуваних психодіагностичних методик для кількісної та якісної оцінки депресивних проявів. Вона була розроблена Аароном Беком у межах когнітивної теорії депресії, яка розглядає депресивні стани як результат деструктивних когнітивних процесів, зокрема негативних автоматичних думок, глибинних переконань і дисфункціональних схем мислення [2]. Саме тому дана методика не лише фіксує рівень симптоматики, але й відображає специфіку когнітивних викривлень, що лежать в основі депресивного переживання.

Структурно BDI складається з 21 групи тверджень, кожна з яких відповідає певному симптому депресії та охоплює широкий спектр її проявів: емоційних (смуток, відчуття безнадійності), когнітивних (самокритика, почуття провини, негативне сприйняття себе), мотиваційних (зниження активності, втрата інтересу до діяльності), а також соматичних (порушення сну, апетиту, втомлюваність). У межах кожної групи респондент обирає один із чотирьох варіантів відповіді, що найбільш точно відображає його стан протягом останнього періоду (зазвичай двох тижнів). Така градація дозволяє фіксувати не лише наявність симптомів, але й ступінь їх вираженості.

Кожна відповідь оцінюється в діапазоні від 0 до 3 балів, що дає можливість отримати сумарний показник, який відображає загальний рівень депресивних проявів. Максимальна кількість балів становить 63, що забезпечує достатню диференціацію результатів і дозволяє виявляти як легкі, так і глибокі форми депресії.

Інтерпретація результатів здійснюється відповідно до встановлених діагностичних меж: показники в межах 0–13 балів свідчать про відсутність або мінімальний рівень депресії; 14–19 балів вказують на легкий рівень депресивних проявів, який може мати ситуативний характер; 20–28 балів відповідають помірному рівню, що супроводжується більш вираженими емоційними та когнітивними порушеннями; показники 29 балів і вище

свідчать про наявність вираженої депресії, яка потребує професійного психологічного або психотерапевтичного втручання.

Важливою перевагою шкали Бека є її здатність відображати внутрішню структуру депресивного стану. Як зазначає автор методики, отримані результати дозволяють не лише визначити інтенсивність симптомів, але й виявити домінуючі когнітивні викривлення, такі як негативне самосприйняття, схильність до самозвинувачення, песимістичне бачення майбутнього та зниження віри у власні можливості [2, с. 47]. Це має важливе значення для планування психокорекційної роботи, зокрема в межах когнітивно-поведінкової терапії.

Методика також характеризується високою чутливістю до динаміки психічного стану, що робить її ефективним інструментом не лише для первинної діагностики, але й для оцінки результативності психотерапевтичного впливу. Регулярне застосування BDI у процесі психологічного супроводу дозволяє відстежувати зміни в емоційному стані особистості, коригувати індивідуальні програми допомоги та оцінювати ефективність обраних методів втручання [33].

Додатковою перевагою є універсальність шкали, яка дозволяє застосовувати її як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях, а також у роботі з різними категоріями населення, зокрема студентською молоддю. Водночас слід враховувати, що BDI містить соматичні показники, тому при інтерпретації результатів у осіб із хронічними захворюваннями необхідно здійснювати комплексний аналіз із урахуванням медичного стану.

У сучасних умовах підвищеного психоемоційного навантаження, пов’язаного зі стресом, соціальною нестабільністю та воєнними подіями, використання шкали Бека набуває особливої актуальності. Вона дозволяє своєчасно виявляти депресивні тенденції, навіть на ранніх етапах їх розвитку, що створює передумови для ефективної профілактики та надання психологічної допомоги.

Отже, шкала депресії Бека є науково обґрунтованим, інформативним і практично зручним інструментом психодіагностики, який забезпечує глибоке розуміння структури депресивних станів та виступає важливою складовою комплексного підходу до їх виявлення, оцінки та подолання.

Шкала тяжкості панічного розладу (PDSS)

Шкала тяжкості панічного розладу (Panic Disorder Severity Scale – PDSS) є спеціалізованим психодіагностичним інструментом, розробленим для комплексної оцінки вираженості симптомів панічного розладу та ступеня їх впливу на життєдіяльність особистості [47]. На відміну від загальних опитувальників тривоги, дана методика має чітко спрямований характер і дозволяє глибоко проаналізувати специфічні прояви саме панічної симптоматики, що робить її особливо цінною у клінічній практиці та наукових дослідженнях.

Структурно шкала включає 7 ключових показників, які охоплюють як безпосередні прояви панічних атак, так і їх психологічні та поведінкові наслідки. Зокрема, оцінюються частота виникнення панічних атак, що дозволяє визначити регулярність і повторюваність нападів; інтенсивність дистресу під час панічних епізодів, яка відображає суб'єктивний рівень страждання; ступінь тривожного очікування (anticipatory anxiety), тобто страху перед можливістю виникнення нової атаки; рівень уникальної поведінки, пов'язаної з прагненням уникнути ситуацій, які асоціюються з попереднім досвідом паніки; а також вплив симптомів на повсякденне функціонування, включаючи соціальну активність, професійну діяльність і загальну якість життя.

Кожен із зазначених показників оцінюється за п'ятибальною шкалою від 0 до 4 балів, де 0 означає відсутність симптомів або їх мінімальну вираженість, а 4 – максимальний рівень прояву. Така система оцінювання забезпечує достатню чутливість до змін стану та дозволяє отримати узагальнений кількісний показник тяжкості панічного розладу. Максимальна

сума балів становить 28, що дає змогу диференціювати різні рівні вираженості розладу.

Інтерпретація результатів базується на сумарному показнику: значення в межах 0–7 балів свідчать про легкий рівень панічного розладу, який може мати ситуативний характер і незначно впливати на повсякденне функціонування; 8–15 балів відповідають помірному рівню, що супроводжується більш вираженою тривожністю, формуванням уникальної поведінки та частковим порушенням соціальної активності; показники 16 балів і вище свідчать про тяжкий (виражений) панічний розлад, який суттєво обмежує життєдіяльність особистості та потребує комплексного психотерапевтичного втручання.

Суттєвою перевагою PDSS є її здатність поєднувати оцінку як кількісних (частота, інтенсивність), так і якісних (вплив на функціонування, поведінкові зміни) характеристик панічного розладу. Це дозволяє не лише констатувати наявність симптомів, але й визначити їх значущість для повсякденного життя людини, що є критично важливим у контексті клінічної діагностики та планування індивідуальної стратегії допомоги [39].

Методика також широко використовується для моніторингу динаміки стану в процесі психотерапії, зокрема в межах когнітивно-поведінкових інтервенцій. Зменшення показників за шкалою свідчить про ефективність терапевтичного впливу, зниження частоти панічних атак, зменшення рівня тривожного очікування та поступове відновлення соціального функціонування.

У сучасних умовах підвищеного психоемоційного навантаження, пов’язаного зі стресом, кризовими ситуаціями та воєнними подіями, застосування PDSS набуває особливої актуальності. Вона дозволяє своєчасно виявляти не лише наявність панічних симптомів, але й ступінь їх впливу на адаптаційні можливості особистості, що створює підґрунтя для своєчасного втручання та запобігання хронізації розладу.

Отже, шкала тяжкості панічного розладу є ефективним, валідним і практично орієнтованим інструментом психодіагностики, який забезпечує комплексну оцінку панічної симптоматики та виступає важливою складовою сучасного підходу до діагностики, моніторингу та психокорекції панічних розладів.

Опитувальник «Панічні атаки: діагностичний інвентар»

Опитувальник «Панічні атаки: діагностичний інвентар» є сучасним психодіагностичним інструментом, розробленим у межах когнітивно-поведінкового підходу. Його метою є виявлення наявності та специфіки панічних атак, а також пов’язаних із ними когнітивних і поведінкових особливостей [31].

Методика містить низку запитань, спрямованих на:

- виявлення частоти та умов виникнення панічних атак;
- аналіз типових симптомів (серцебиття, задишка, запаморочення тощо);
- визначення тригерів;
- оцінку страху повторення нападу;
- виявлення уникальної поведінки.

Особливістю опитувальника є його спрямованість на комплексний аналіз панічного досвіду особистості, що дозволяє виявити не лише симптоми, а й механізми їх підтримання.

Як зазначають фахівці когнітивно-поведінкової терапії, важливим компонентом панічного розладу є саме страх перед повторенням нападу («страх страху»), який підтримує тривожність і обмежує поведінку людини [31].

Узагальнюючи використаний методичний інструментарій, слід підкреслити, що поєднання стандартизованих психодіагностичних методик (HADS, BDI, PDSS та діагностичного інвентарю панічних атак) забезпечує цілісний, багатовимірний аналіз психоемоційного стану особистості та відповідає сучасним вимогам до наукових досліджень у галузі психології.

Застосування госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) дозволило отримати валідну інформацію щодо рівня тривожних і депресивних проявів без впливу соматичних факторів, що є особливо важливим у дослідженні осіб із психосоматичними скаргами. Це забезпечило більш точну диференціацію емоційних порушень та дозволило уникнути гіпердіагностики, пов'язаної з фізіологічними симптомами.

Використання шкали депресії Бека (BDI) сприяло глибшому аналізу структури депресивного стану, зокрема виявленню когнітивних викривлень, негативних автоматичних думок та особливостей самооцінки досліджуваних. Завдяки високій чутливості методики до змін емоційного стану стало можливим не лише визначити рівень депресії, а й оцінити динаміку змін у процесі психологічного втручання.

Шкала тяжкості панічного розладу (PDSS), у свою чергу, дозволила комплексно оцінити специфічні прояви панічного розладу, включаючи як частотні характеристики панічних атак, так і їх вплив на повсякденне функціонування особистості. Вона дала змогу виявити рівень дезадаптації, пов'язаний із тривожним очікуванням та уникальною поведінкою, що є ключовими механізмами підтримання панічного розладу.

Додаткове використання діагностичного інвентарю панічних атак забезпечило деталізацію симптоматики, дозволило проаналізувати індивідуальні особливості перебігу панічних епізодів та уточнити клініко-психологічний профіль досліджуваних.

Таким чином, комплексне застосування зазначених методик дозволило:

• всебічно та диференційовано оцінити рівень тривоги і депресії;

• визначити ступінь вираженості панічних симптомів та їх вплив на життєдіяльність;

• виявити когнітивні, емоційні та поведінкові особливості особистості;

• простежити взаємозв'язок між різними компонентами психічного стану;

• підвищити надійність, валідність і об’єктивність отриманих результатів дослідження.

2.2. Аналіз результатів дослідження

У дослідженні взяли участь 38 студентів Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини віком 18–23 роки. Метою емпіричного етапу було виявлення рівня тривоги, депресії та панічних проявів, а також аналіз їх взаємозв’язку.

Метою емпіричного етапу було виявлення рівня тривоги, депресії та панічних проявів у студентської молоді, а також подальший аналіз їх взаємозв’язку з метою визначення можливих психологічних закономірностей та особливостей коморбідного перебігу зазначених станів.

На першому етапі практичного дослідження нами було проведено скринінгову оцінку психоемоційного стану студентів за допомогою Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS). Вибір даного інструментарію зумовлений його високою валідністю при виявленні симптомів тривоги та депресії в умовах загальнопсихологічного обстеження. Методика дозволяє диференціювати нормальний стан психіки від субклінічних та клінічно виражених проявів, що є критично важливим для первинної діагностики тривожно-депресивного синдрому.

Аналіз отриманих даних дав змогу визначити загальні тенденції поширеності емоційних порушень у дослідженій групі. Кількісні та відсоткові показники розподілу респондентів за рівнями вираженості тривожних і депресивних симптомів систематизовано та представлено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1. Рівень тривоги та депресії за методикою HADS (n = 38)

Рівень	Тривога (осіб)	Тривога (%)	Депресія (осіб)	Депресія (%)
Норма	14	36,8%	18	47,4%
Субклінічний рівень	13	34,2%	11	28,9%

Рівень	Тривога (осіб)	Тривога (%)	Депресія (осіб)	Депресія (%)
Клінічно виражений рівень	11	29,0%	9	23,7%

Аналіз отриманих результатів свідчить, що лише 36,8% студентів мають нормальний рівень тривоги, тоді як у 63,2% спостерігаються підвищені показники (субклінічні та клінічні). Це вказує на значне поширення тривожних проявів серед студентської молоді.

Щодо депресії, то нормальні показники виявлено у 47,4% респондентів, тоді як у 52,6% зафіксовано підвищений рівень депресивних проявів. Отримані дані підтверджують тенденцію до зростання емоційного напруження серед молоді.

Наступним етапом нашого емпіричного дослідження став аналіз інтенсивності депресивної симптоматики серед респондентів. Для отримання об'єктивних даних було використано Шкалу депресії Бека (BDI), яка дозволяє не лише констатувати наявність депресивного стану, а й диференціювати його за ступенем вираженості: від мінімальних проявів, що знаходяться в межах норми, до важких клінічних станів.

Оцінка результатів за цією методикою є важливою для розуміння загального психоемоційного фону студентів, оскільки депресивні прояви часто виступають коморбідними (супутніми) компонентами панічного розладу. Узагальнені кількісні та відсоткові показники розподілу рівнів депресії у вибірці представлено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2. Рівень депресії за шкалою Бека (n = 38)

Рівень депресії	Кількість осіб	%
Мінімальний	12	31,6%
Легкий	10	26,3%
Помірний	9	23,7%
Високий	7	18,4%

Як видно з таблиці, лише 31,6% студентів мають мінімальні прояви депресії. У той же час у 68,4% респондентів виявлено різні ступені депресивних станів, серед яких переважають легкий і помірний рівні.

Важливо зазначити, що 18,4% досліджуваних мають високий рівень депресії, що може свідчити про наявність серйозних психологічних труднощів і потребує уваги фахівців.

Центральним аспектом нашого практичного етапу роботи стало вивчення специфіки та інтенсивності панічних проявів у студентської молоді. Для цього було використано Шкалу тяжкості панічного розладу (PDSS), яка дозволяє оцінити не лише частоту панічних атак, а й ступінь деміфологізації страху, уникаючу поведінку та рівень дезорганізації повсякденної діяльності, спричинений очікуванням нападу. Розподіл досліджуваних за рівнями тяжкості панічних проявів відображено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3. Рівень панічних проявів за шкалою PDSS (n = 38)

Рівень	Кількість осіб	%
Низький	16	42,1%
Помірний	13	34,2%
Високий	9	23,7%

Аналіз результатів показує, що у 57,9% студентів виявлено помірний або високий рівень панічних проявів. Це свідчить про досить значне поширення симптомів панічного спектра серед досліджуваних.

Особливу увагу привертає група (23,7%) із високим рівнем, що може вказувати на наявність регулярних панічних атак або вираженого страху їх повторення.

Для того, щоб логічно завершити діагностичний блок вашого дослідження, перед таблицею 2.4 варто додати вступ, який пояснює перехід від загальних показників тяжкості до аналізу конкретних якісних характеристик і поведінкових проявів паніки.

Ось пропонований варіант тексту:

«Окрім визначення загального рівня тяжкості розладу, принципово важливим для нашого дослідження став аналіз якісних характеристик панічних станів та їхнього впливу на повсякденне функціонування особистості. З цією метою було використано опитувальник «Панічні атаки: діагностичний інвентар», який дозволив деталізувати частоту нападів,

наявність когнітивних компонентів (таких як страх очікування) та специфічних поведінкових реакцій.

Виявлення цих особливостей є ключовим для розуміння механізмів закріплення панічного розладу, зокрема ролі уникальної поведінки у формуванні «замкненого кола» тривоги. Узагальнені результати аналізу відповідей респондентів щодо поширеності окремих симптомів та супутніх станів наведено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4. Поширеність симптомів панічних атак (n = 38)

Показник	Кількість осіб	%
Наявність панічних атак (періодично)	15	39,5%
Часті панічні атаки	8	21,1%
Страх повторення нападу	20	52,6%
Уникальна поведінка	17	44,7%

Отримані результати свідчать, що майже 60,6% студентів мають досвід панічних атак (епізодичних або частих). При цьому у більш ніж половини (52,6%) спостерігається страх повторення нападу, що є ключовим механізмом підтримання панічного розладу.

Уникальна поведінка виявлена у 44,7% респондентів, що проявляється у свідомому уникненні ситуацій, які можуть викликати тривогу або панічні стани.

Синтез та узагальнення отриманих результатів емпіричного дослідження дозволяють констатувати складну психоемоційну ситуацію у студентському середовищі. Статистичні дані свідчать, що переважна більшість респондентів (63,2%) перебуває у стані підвищеної тривожності, що виходить за межі адаптивної норми. Ця тенденція тісно корелює з поширеністю депресивних проявів, які, залежно від інструментарію діагностики, фіксуються у діапазоні від 52,6% до 68,4% опитаних. Такий високий відсоток вказує на формування стійкого тривожно-депресивного фону, який може суттєво знижувати когнітивні можливості студентів, їхню мотивацію до навчання та загальну якість життя.

Особливої уваги заслуговує той факт, що понад половина досліджуваних (57,9%) мають чітко виражені панічні прояви. Глибокий аналіз структури цих розладів показує, що проблема не обмежується лише епізодичними нападами паніки; значна частина студентства потерпає від когнітивних та поведінкових ускладнень, зокрема страху очікування повторення нападу та формування стійкої уникальної поведінки. Це створює передумови для соціальної ізоляції та професійної дезадаптації майбутніх фахівців. Виявлена симптоматика підтверджує, що панічні розлади та тривожно-депресивний синдром серед молоді є не поодинокими випадками, а системною проблемою, що вимагає негайного втручання. Отримані результати стають емпіричним підґрунтям для розробки та впровадження комплексних програм психопрофілактики, психоедукації та системи тривалої психологічної підтримки, спрямованих на стабілізацію ментального здоров'я студентської молоді.

2.3. Психопрофілактика, психоедукація та програма підтримки

Результати проведеного емпіричного дослідження засвідчили наявність у значної частини студентів підвищеного рівня тривоги, депресивних проявів та симптомів панічних атак, що зумовлює необхідність розробки та впровадження комплексної програми психопрофілактики, психоедукації та психологічної підтримки.

Як зазначають сучасні дослідники, ефективна робота з тривожно-депресивними станами передбачає поєднання психоедукації, розвитку навичок саморегуляції та формування адаптивних когнітивно-поведінкових стратегій [25, с. 42; 40].

Високі показники тривожності, депресивної симптоматики та специфічних панічних проявів, виявлені у студентів під час емпіричного дослідження, обумовлюють необхідність систематизації методів психологічної допомоги. З огляду на виявлені дефіцити саморегуляції

респондентів, нами було сформовано та адаптовано комплексну програму психопрофілактики, психоедукації та психологічної підтримки.

Дана програма не є автономною авторською розробкою, а являє собою синтез та адаптацію науково-доказових методів когнітивно-поведінкового підходу, що зарекомендували себе як найбільш ефективні у роботі з тривожними та панічними розладами. Адаптація програми здійснювалася з урахуванням результатів нашого діагностичного зрізу, зокрема з фокусом на подолання страху очікування нападу та корекцію уникальної поведінки, що є домінуючими серед опитаних студентів.

Метою представленої програми є зниження рівня емоційної напруги та панічних симптомів шляхом формування у студентів навичок психологічної стійкості, самодопомоги та підвищення рівня когнітивної обізнаності щодо природи власного стану.

Теоретико-методологічною основою для формування змісту програми слугували:

- класичні положення когнітивно-поведінкового підходу (А. Бек, Дж. Бек), спрямовані на роботу з дисфункціональними переконаннями;
- сучасні протоколи психоедукації (В. Станчишин, О. Чабан), що акцентують увагу на демістифікації симптомів паніки;
- техніки стрес-менеджменту та емоційної саморегуляції, адаптовані для використання в освітньому процесі.

Нижче наведено структуру та змістове наповнення програми, зміст якої дібрано відповідно до виявлених у ході дослідження потреб студентської молоді.

Зміст програми структуровано за трьома взаємодоповнюючими блоками, кожен з яких спрямований на опрацювання конкретних аспектів тривожно-панічної симптоматики, виявленої під час дослідження.

Завдання програми:

- підвищення рівня психоедукації щодо тривоги, депресії та панічних атак;

- формування навичок розпізнавання власних емоційних станів;
- зниження рівня катастрофізації та негативних когнітивних установок;
- розвиток навичок емоційної саморегуляції;
- подолання уникальної поведінки;
- формування адаптивних стратегій подолання стресу.

Структура програми розрахована на 6–8 занять тривалістю 60–90 хвилин і включає три основні блоки:

Психоедукаційний блок

Перший етап програми має фундаментальне значення, оскільки його метою є формування у студентів цілісної та науково обґрунтованої системи знань про етіологію тривоги, депресії та специфічні механізми виникнення панічних атак. Робота в межах цього блоку базується на принципі демістифікації страху: переведення ірраціональних побоювань у площину раціонального розуміння фізіологічних процесів.

Центральне місце займає вивчення нейрофізіологічних механізмів стресу, зокрема реакції «бий або біжи». Студенти дізнаються, як симпатична нервова система активує викид адреналіну, що призводить до прискореного серцебиття, задишки та запаморочення – симптомів, які під час панічної атаки помилково сприймаються як загроза життю. Важливим елементом є детальне роз’яснення концепції «порочного кола паніки», де первинний тілесний сигнал через катастрофічну інтерпретацію («зі мною стається щось жахливе») веде до посилення страху, що, у свою чергу, ще більше стимулює фізіологічні симптоми.

Основний акцент під час занять робиться на тому, що панічна атака, попри її суб’єктивно важкий емоційний супровід, є безпечним для організму станом і результатом специфічної «помилкової тривоги» мозку на сигнали стресу. Для реалізації цього блоку використовуються методи інтерактивних міні-лекцій, групових дискусій та спільного аналізу типових життєвих сценаріїв. Це дозволяє респондентам об’єктивізувати свій стан,

дистанціюватися від страху та значно знизити рівень когнітивної невизначеності. Розуміння того, що відбувається з тілом і психікою, стає першим кроком до відновлення самоконтролю та готовності до подальшої корекційної роботи.

Когнітивно-поведінковий блок

Другий блок програми є центральним у структурі психологічної підтримки та присвячений безпосередній корекції негативних мисленнєвих установок і трансформації дезадаптивних поведінкових реакцій. Робота в цьому напрямі базується на фундаментальному положенні про те, що не сама ситуація викликає тривогу, а те, як людина її інтерпретує. У межах блоку студенти опановують техніки ідентифікації та моніторингу «автоматичних думок» – миттєвих оціночних суджень, що виникають у відповідь на зовнішні події або внутрішні відчуття і провокують різке зростання тривоги.

Ключова увага приділяється процесу когнітивної реструктуризації. Студенти вчаться піддавати сумніву власні ірраціональні переконання, перевіряти їх на відповідність реальності та замінювати катастрофічні сценарії («я помру», «я збожеволію», «це серцевий напад») на більш адаптивні та логічно обґрунтовані твердження. Це дозволяє розірвати когнітивний компонент панічного циклу, де спотворене сприйняття симптомів посилює страх.

Поведінковий аспект блоку спрямований на подолання уникальної поведінки, яка була зафіксована у значної частини досліджуваної вибірки (44,7%). Робота включає елементи експозиції – поступового та контрольованого зіткнення з ситуаціями або відчуттями, яких студент раніше намагався уникати через страх паніки. Через поведінкові експерименти студенти на практиці переконуються у безпечності своїх фізіологічних реакцій, що призводить до згасання тривоги. Такий підхід дозволяє крок за кроком відновлювати відчуття контролю над власним життям, підвищувати самооцінку та розширювати межі соціальної і академічної активності, які раніше були обмежені панічним розладом.

Блок розвитку навичок саморегуляції

Завершальний етап програми спрямований на формування стійкого інструментарію емоційної стабілізації та опанування методів вольового керування фізіологічними проявами стресу. Оскільки панічні атаки супроводжуються вираженою вегетативною симптоматикою, критично важливим є оволодіння техніками, що дозволяють перехоплювати контроль над тілесними реакціями. У межах цього блоку студенти вивчають та детально відпрацьовують специфічні дихальні вправи, зокрема діафрагмальне дихання та техніку «4–7–8», які базуються на активації парасимпатичної нервової системи, що сприяє природному зниженню частоти серцевих скорочень та нормалізації артеріального тиску.

Особлива увага приділяється методу прогресивної м’язової релаксації за Е. Джекобсоном. Ця техніка дозволяє студентам усвідомити зв’язок між ментальною напругою та м’язовими затисками, навчаючи їх досягати глибокого розслаблення через контраст між напруженням і релаксацією. Додатковим інструментом виступають техніки «заземлення» (наприклад, метод «5-4-3-2-1»), що допомагають переключити увагу з внутрішніх тривожних переживань на зовнішні сенсорні стимули, фокусуючи особистість на об’єктивній реальності «тут і тепер».

Такий підхід дозволяє трансформувати роль студента з пасивного «об’єкта» впливу паніки на активного суб’єкта, який володіє засобами самодопомоги. Сформовані в ході занять навички саморегуляції стають базовим внутрішнім ресурсом, що забезпечує тривалий терапевтичний ефект, сприяє самостійному подоланню тривожних станів у майбутньому та мінімізує ризик рецидивів панічних нападів у стресових ситуаціях.

Очікувані результати реалізації програми

Впровадження адаптованої програми психологічної підтримки спрямоване на досягнення комплексних позитивних змін у ментальному здоров’ї та соціальному функціонуванні студентів. На основі структури програми передбачається досягнення таких результатів:

Психоемоційна стабілізація – суттєве зниження загального рівня тривожності (як ситуативної, так і особистісної) та мінімізація інтенсивності депресивних проявів; зменшення частоти, тривалості та суб'єктивної тяжкості панічних атак за рахунок розуміння їхньої природи та зниження страху перед симптомами; зниження рівня емоційної напруги та відчуття безпорадності перед обличчям стресових чинників.

Когнітивна трансформація – оволодіння навичками ідентифікації та корекції негативних автоматичних думок і катастрофічних сценаріїв; підвищення рівня психологічної грамотності (психоедукації) щодо механізмів роботи психіки в умовах стресу; трансформація сприйняття панічних симптомів з «небезпечних для життя» на «керовані фізіологічні реакції», що веде до зниження тривоги очікування («страху страху»).

Поведінкова адаптація та саморегуляція – формування стійких навичок емоційної саморегуляції (дихальні техніки, релаксація, заземлення), які студенти зможуть автономно застосовувати у кризових ситуаціях; подолання уникальної поведінки: відновлення здатності відвідувати місця або займатися діяльністю, які раніше провокували страх, що значно розширює соціальну та академічну активність особистості; розвиток адаптивних стратегій подолання стресу (копінг-стратегій), що сприяє підвищенню загальної психологічної стійкості (резильєнтності) до майбутніх життєвих викликів.

Соціально-академічний ефект – покращення концентрації уваги та когнітивної працездатності, що позитивно позначається на результатах навчання; відновлення відчуття самоконтролю та впевненості у власних силах, що сприяє гармонізації міжособистісних стосунків у студентському середовищі.

Оцінка результативності впровадженої програми є критично важливим етапом, що дозволяє визначити рівень досягнення поставленої мети та обґрунтувати доцільність обраних методів підтримки. Для отримання об'єктивної картини змін ми передбачаємо використання комплексного підходу, що поєднує кількісні та якісні показники:

Психодіагностичний моніторинг (кількісний аналіз): Основним інструментом перевірки ефективності є процедура ретестування – повторного застосування діагностичного інструментарію, використаного на констатувальному етапі дослідження (шкали HADS, BDI та PDSS). Це дозволяє провести порівняльний аналіз результатів «до» та «після» участі у програмі. Статистично значуще зниження балів за шкалами тривоги, депресії та інтенсивності панічних атак свідчитиме про успішність корекційного впливу та стабілізацію психоемоційного стану студентів.

Суб'єктивна оцінка та самозвіт респондентів: Важливим доповненням до тестів є збір якісних даних через анкетування зворотного зв'язку або структуроване інтерв'ю після завершення програми. Це дозволяє оцінити, як самі студенти сприймають зміни у своєму стані, наскільки корисними та доступними для них виявилися запропоновані техніки саморегуляції, а також чи з'явилося у них відчуття більшої впевненості у контролі над симптомами паніки.

Поведінкові індикатори та якісний аналіз: Ефективність програми оцінюється також через спостереження за реальними змінами у життєдіяльності учасників. Ключовими критеріями тут виступають:

- зменшення частоти або повна відсутність епізодів уникальної поведінки (наприклад, студент почав відвідувати лекції або громадські місця, яких раніше уникав);
- активне застосування опанованих технік (дихання, релаксації) у моменти виникнення стресових ситуацій;
- підвищення загальної соціальної та академічної активності.

Як зазначають дослідники, такий комплексний підхід до моніторингу результатів дозволяє не лише констатувати формальні зміни в цифрах, а й глибше зрозуміти динаміку психологічного відновлення особистості та ефективність когнітивно-поведінкових втручань у довгостроковій перспективі

Таким чином, сформована програма є логічною та професійною відповіддю на виявлені в ході емпіричного дослідження запити студентської молоді. Вона спрямована на суттєве зниження частоти панічних атак, подолання деструктивної уникальної поведінки та зміцнення загальної психологічної резильєнтності особистості. Впровадження цієї програми у практику психологічної служби вищого навчального закладу може стати дієвим механізмом збереження ментального здоров'я майбутніх фахівців та запобігання професійній дезадаптації.

ВИСНОВКИ

У межах кваліфікаційної роботи проведено комплексне теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення психологічних особливостей панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому в студентському середовищі. Реалізація мети дослідження та послідовне вирішення поставлених завдань дозволили сформулювати такі підсумкові положення.

Проаналізовано та систематизовано теоретичні підходи до вивчення генезису панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому в сучасній психологічній науці. Встановлено, що дослідження цих станів здійснюється в межах декількох ключових парадигм: психодинамічної (фокус на внутрішньоособистісних конфліктах), клініко-психологічної (аналіз симптомокомплексів) та когнітивно-поведінкової, де панічний розлад

розглядається як наслідок дисфункціональної інтерпретації соматичних відчуттів. З’ясовано, що найбільш методологічно обґрунтованим у роботі зі студентською молоддю є біопсихосоціальний підхід, який дозволяє розглядати тривожно-депресивну симптоматику як результат складної взаємодії біологічної схильності, індивідуально-психологічних особливостей особистості (рівень лабільності, тип мислення) та макросоціальних чинників стресогенного характеру. Теоретичний аналіз дозволив визначити, що детермінанти досліджуваних розладів мають кумулятивний характер, де когнітивні викривлення (катастрофізація, надконтроль) виступають основними медіаторами закріплення панічної симптоматики, що й лягло в основу подальшого емпіричного пошуку та розробки програми підтримки.

Здійснено змістовну характеристику психологічних особливостей прояву панічних розладів і тривожно-депресивних станів у студентської молоді. Встановлено, що панічні розлади характеризуються не лише раптовими нападами інтенсивного страху, що супроводжуються вираженою вегетативною симптоматикою (тахікардія, задишка, запаморочення), а й формуванням стійкої «тривоги очікування». Цей страх перед повторенням нападу стає домінантним чинником, що дезорганізує повсякденну діяльність студента. Виявлено, що тривожно-депресивні стани виявляються через складне поєднання емоційної лабільності, ангедонії та зниження загального життєвого тонусу. Ключовими психологічними медіаторами цих станів виступають когнітивні викривлення, зокрема катастрофізація (схильність сприймати нейтральні події як загрозливі) та негативна самооцінка. Визначено, що провідною поведінковою особливістю досліджуваних станів є уникальна поведінка, яка замикає «порочне коло» розладу: уникаючи ситуацій, що провокують тривогу, особистість втрачає можливість отримати досвід їх безпечного подолання. Це призводить до зниження здатності до емоційної саморегуляції та відчуття втрати контролю над власним життям, що стає підґрунтям для хроніфікації тривожно-депресивної симптоматики в студентському середовищі.

Визначено та систематизовано основні детермінанти виникнення панічних розладів і тривожно-депресивного синдрому у студентської молоді, де провідну роль відіграє синергетична взаємодія біологічних, психологічних та соціальних чинників. З'ясовано, що біологічна детермінація зумовлена специфікою нейрофізіологічної реактивності та гіперактивністю лімбічної системи, що виявляється у підвищеній вегетативній чутливості до стресових подразників. Психологічний рівень детермінації охоплює комплекс індивідуальних особливостей, таких як когнітивна вразливість, схильність до румінацій та перфекціонізму, низька толерантність до невизначеності, а також дефіцит навичок емоційної саморегуляції. Соціальний контекст виникнення цих станів суттєво обтяжений умовами воєнного стану, соціальною нестабільністю та високим академічним навантаженням, що в поєднанні з психотравмуючим досвідом минулого та недостатньою соціальною підтримкою створює передумови для декомпенсації психічних станів. Встановлено, що в сучасних кризових реаліях ці чинники резонують між собою, трансформуючи епізодичну тривогу у стійкі панічні прояви та тривожно-депресивну симптоматику як форму неадаптивної відповіді особистості на тривалий стрес.

Здійснено та узагальнено результати емпіричного дослідження рівнів прояву панічних і тривожно-депресивних станів у студентському середовищі на базі Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини (n = 38). У ході діагностики встановлено критично високу поширеність психоемоційної напруги серед респондентів, де лише 36,8% вибірки демонструють показники в межах адаптивної норми, тоді як переважна більшість (63,2%) мають підвищений рівень тривожності. Депресивна симптоматика різного ступеня вираженості фіксується у понад половини опитаних, варіюючись від 52,6% до 68,4% залежно від діагностичного інструментарію, що вказує на формування стійкого тривожно-депресивного фону серед молоді. Особливу занепокоєність викликає факт наявності чітко виражених панічних симптомів у 57,9%

студентів, що супроводжуються вторинними когнітивними ускладненнями. Зокрема, у значної кількості досліджуваних спостерігається інтенсивна тривога очікування нападу та виражена тенденція до унікальної поведінки, що призводить до самоізоляції та зниження академічної успішності. Отримані кількісні та якісні дані емпірично підтверджують гостру актуальність проблеми психічного здоров'я студентської молоді та свідчать про те, що тривожно-панічні прояви стали системним викликом, який потребує негайного впровадження спеціалізованих заходів психологічної корекції та підтримки.

Сформовано та теоретично обґрунтовано комплексну програму психопрофілактики, психоедукації та психологічної підтримки, яка виступає логічним практичним інструментом нівелювання виявлених у студентів панічних і тривожно-депресивних станів. Зміст програми базується на інтеграції методів когнітивно-поведінкового підходу та технік емоційної саморегуляції, що реалізуються через послідовне впровадження трьох функціональних блоків. Психоедукаційний блок забезпечує підвищення когнітивної обізнаності студентів щодо фізіологічної та психологічної природи паніки, що сприяє демістифікації страху та зниженню тривоги очікування. Когнітивно-поведінковий блок спрямований на трансформацію деструктивних мисленнєвих паттернів, зокрема катастрофізації, та поступову десенсибілізацію уникальної поведінки, тоді як регуляційний блок забезпечує опанування практичного інструментарію самодопомоги у кризових ситуаціях. Програма характеризується практичною орієнтованістю та гнучкістю, що дозволяє не лише знизити актуальний рівень тривожності та депресивних проявів, а й сформувати у студентів стійкі адаптивні стратегії подолання стресу. Очікується, що реалізація цієї програми в освітньому середовищі сприятиме зміцненню психологічної резильєнтності особистості, відновленню відчуття самоконтролю та суттєвому покращенню загальної якості життя і академічної успішності студентської молоді.

Отже, результати дослідження підтверджують, що панічні розлади та тривожно-депресивний синдром є поширеним явищем серед студентської молоді та потребують своєчасної діагностики, профілактики і психологічної підтримки. Реалізація розробленої програми може виступати ефективним засобом попередження та корекції зазначених станів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Barlow D. H. Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2002. 704 p. https://www.researchgate.net/publication/247331781_704_ppDH_Barlow_Anxiety_and_Its_Disorders_The_Nature_and_Treatment_of_Anxiety_and_Panic_2nd_Edition_The_Guilford_Press_New_York_2002

2. Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F., Emery G., DeRubeis R. J., Hollon S. D. Cognitive Therapy of Depression. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2024. 512 p. https://psycnet.apa.org/record/2024-87597-000

3. Craske M. G. Panic Disorder and Agoraphobia. Oxford : Oxford University Press, 2017. 288 p. (Series: Treatments That Work). https://psycnet.apa.org/record/2014-05860-001

4. Kessler R. C. The Epidemiology of Major Depressive Disorder and Panic Disorder. World Psychiatry. 2003. Vol. 2, no. 2. P. 66–75. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12813115/

5. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6880820/

6. Аврамчук О. С. Патогенетична діагностика та комплексна психокорекція коморбідностей непсихотичного спектра в осіб з соціальним тривожним розладом : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2024. 450 с. https://psychology-naes-ua.institute/userfiles/files/%D0%90%D0%B2%D1%80.pdf

7. Актуальні проблеми клінічної психології, психотерапії та психологічного консультування – матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції (17–18 жовтня, Київський національний університет ім. Тараса Шевченка, м. Київ). Суми : Університетська книга. 2023. 214 с. https://clinicpsy.knu.ua/wp-content/uploads/2023/11

8. /2023.pdf

9. Актуальні проблеми практичної психології : зб. наук. пр. Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. (м. Одеса, 19 травня 2023 р.) / Пд.-укр. нац. пед. ун-т ім. К. Д. Ушинського [та ін.]. Одеса, 2023. http://www.dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/18513/1/Actual%20problems%20of%20practical%20psychology.pdf

10. Архітектура безпеки: організація безпечного освітнього середовища : посібник для практичних психологів / уклад.: М. Кулик, Г. Бойко, О. Савицька ; ЮНЕСКО. Париж : ЮНЕСКО, 2025. 196 с. https://ukraine.un.org/sites/default/files/2025-11/Psychologist%27s%20book_wth_cover.pdf

11. Асєєва Ю. О., Христофорова В. С. Теоретичні основи дослідження тривожно-панічних розладів і дереалізації в умовах воєнних дій. *Габітус*. 2025. Вип. 75. С. 217–222. https://habitus.od.ua/journals/2025/75-2025/part_2/40.pdf

12. Галич М., Галич Я. Детермінанти появи й особливості виявів психічних поведінкових порушень в умовах воєнного стану. Юридична психологія. 2023. № 1 (32). С. 8–16. https://psychped.navs.edu.ua/index.php/psychped/article/view/1569/1561

13. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). Український вісник психоневрології. 2008. Т. 26, Вип. 1. № 94. С. 62–65. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2018_26_1_15.

14. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS): (автори Zigmond A.S. і Snaith R.P.) https://endocrin.clinic/gospitalna-shkala-trivogi-i-depresii/

15. Грандт В. В. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник для здобувачів ступеня вищої освіти магістра спеціальності «Психологія» освітньопрофесійної програми «Психологія». Запоріжжя : Запорізький національний університет, 2024. 107 с. https://dspace.znu.edu.ua/jspui/bitstream/12345/24033/1/0059933.pdf

16. Гриник І.Я., Хавула Р.М. Основи клінічної психології: тексти лекцій / І.Я. Гриник, Р.М. Хавула. Дрогобич: Видавничий відділ ДДПУ імені Івана Франка. 2016. 84 https://www.dkpp.com.ua/wp-content/uploads/2019/11/Klinich_K_Lekc.doc

17. Дзеружинська Н., Косова О. Особливості тривожно-депресивних розладів у осіб інволюційного віку в сучасних умовах. Психосоматична медицина та загальна практика. 2025. Т. 10, № 2. https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/610

18. Коморбідність психічних розладів та неврологічної патології : монографія / В. М. Пашковський, О. С. Юрценюк, І. І. Кричун та ін. ; за ред. В. М. Пашковського. Чернівці, 2025. 413 с. https://emed.library.gov.ua/wp-

content/uploads/tainacan-items/8476/161286/Monohrafiia-Komorbidnist-psykhichnykh-rozladiv-ta-nevrolohichnoi-patolohii.pdf

19. Корженко В. О., Жук А. М., Асєєва Ю. О. Тривожно-депресивні розлади та їх вплив на ментальне здоров'я в умовах війни. *Ментальне здоров'я*. 2024. № 2. https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh/article/view/21/19

20. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика / Під ред. проф. Л. М. Юр'євої. К.: Видавництво ТОВ «Галерея Принт», 2017. 174 с. https://repo.dma.dp.ua/4062/1/Кризові%20стани%20в%20сучасних%20умовах.pdf

21. Купко Н. Практичне керівництво з лікування гострих психіатричних кризових станів у закладах первинної медичної допомоги. НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2023. № 10 (146). С. 45–51. URL: https://neuronews.com.ua/ua/archive/2023/10%28146%29/pages-45-51/praktichne-kerivnictvo-z-likuvannya-gostrih-psihiatrichnih-krizovih-staniv-u-zakladah-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi

22. Купко Н. Скринінг та діагностика депресії в умовах первинної ланки охорони здоров'я. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2019. № 9 (110). С. 24–28. URL: http://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/9%28110%29/pages-24-28/skrining-ta-diagnostika-depresiyi-v-umovah-pervinnoyi-lanki-ohoroni-zdorov-ya

23. Марута Н. О., Федченко В. Ю. Тривожно-депресивні порушення в структурі розладів адаптації (клініка, діагностика, терапія). Family Medicine. 2020. № 10. С. 23–30.

24. Марута Н.О., Семикіна О.Є., Панько Т.В. та Федченко В.Ю. Терапія рекурентних депресивних розладів з урахуванням спадкових, фармакогенетичних та соціальних факторів. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. № 19. 2022. С. 7-13. file:///C:/Users/KTRoom/Downloads/1343-2310-PB.pdf

25. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні:

організаційні, правові, клінічні аспекти», 23 лютого 2024 року. [Текст] / ПДМУ; [ред..кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін..]. - Полтава, 2024. - 180 с https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/439404d4-d641-4e5a-81cf-8c5194c72b04/content

26. Методичні рекомендації з психосоціальної підтримки та супроводу у громадах: особливості надання психосоціальних послуг під час війни : посібник / уклад.: С. Бужинська, Л. Кондрацька, Л. Сухарєва та ін. ; МБФ «Карітас України». Київ : Карітас України, 2024. 98 с. URL: https://caritas.ua/wp-content/uploads/posib.pdf

27. Орос М. М., Іваньо Т. В. Панічний і генералізований тривожний розлади. У страху очі великі? *Здоров'я України*. 2018. 27 груд. URL: https://health-ua.com/article/40964-panchnyj--generalzovanij-trivozhnij-rozladi-U-strahu-och-velik

28. Орос М. М., Сабовчик А. Я. Панічний розлад: сучасні погляди на лікування : вебсайт. *Mozok.ua*. URL: https://mozok.ua/anxietydisorder/article/3183-panchnij-rozlad-suchasn-poglyadi-na-lkuvannya

29. Особистість у кризових умовах та екстремальних ситуаціях життя : колективна монографія / Ун-т економіки та права «КРОК», Ін-т управління природними ресурсами. Івано-Франківськ : НАІР, 2024. 228 с. https://kikpip.cnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/94/2025/02/kolektyvna-monohrafiia-iupr-z-ekstremalnoi-psykholohii-2024.pdf

30. Панічний розлад та як із ним впоратися / Міністерство охорони здоров'я України : офіц. вебсайт. URL: https://moz.gov.ua/uk/panichnij-rozlad-ta-jak-iz-nim-vporatisja

31. Панічні атаки: алгоритм дій / Міністерство охорони здоров'я України : офіц. вебсайт. URL: https://moz.gov.ua/uk/panichni-ataki-algoritm-dij

32. Панічні атаки: діагностичний інвентар (опитувальник) / Платформа КПТ-терапевтів. URL: https://cbt-therapist.net/panic-ataks-inventory https://cbt-therapist.net/panic-ataks-inventory

33. Полякова Д. С. Панічна атака чи панічний розлад? Не забувайте про панічний розлад «без страху»! *Український медичний часопис*. 2024. С. 10-22. URL: https://umj.com.ua/uk/publikatsia-258621-panichna-ataka-chi-panichnij-rozlad-ne-zabuvajte-pro-panichnij-rozlad-bez-strahu

34. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. 2-ге видання, виправлене і доповнене. К.: Видавничий дім Медкнига, 2019. 112 с. https://www.researchgate.net/profile/O-Khaustova/publication/351086530_Prakticna_psihosomatika_diagnosticni_skali_Navcalnij_posibnik/links/6096883a92851c490fc3f737/Prakticna-psihosomatika-diagnosticni-skali-Navcalnij-posibnik.pdf

35. Психіатрія: Курс лекцій: Навч. посібник / В. С. Бітенський, П. І. Горячев, Е. В. Мельник та ін.; За ред. В. С. Бітенського. Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. 354 с. https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/1237/BitenskiyPsihiatriya.pdf?sequence=1

36. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / Уклад. О. Ю. Овчаренко. К. : Університет «Украї- на», 2023. 266 с. https://uu.edu.ua/upload/Nauka/naukovi_vydannia/psihologija_stresy_2023_compressed.pdf

37. Савченко І. П., Степова М. В., Мазур Л. М. Вивчення тривожно-депресивних розладів та оцінка якості життя у хворих на тиреопатію. *Медсестринство*. 2019. № 1. С. 24–26. file:///C:/Users/KTRoom/Downloads/kovbasyuk_i,+24-26.pdf

38. Сонник Г. Т., Напрєєнко О. К., Скрипніков А. М. Психіатрія : підручник. Київ : Здоров'я, 2003. 432 с.

https://library.nusta.edu.ua/depository/Оцифровані%20документи/Психіатрія.%20Сонник%20Г.Т..pdf

39. Станчишин В. Стіни в моїй голові. Жити з тривожністю і депресією : [книга]. Київ : Віхола, 2020. 192 с. (Серія «Лабораторія змін»). https://ua-read.com.ua/knigi/stiny-v-moyij-golovi/

40. Стеценко С. П., Полюх В. В. Робота з особами, які перебувають у стані панічної атаки. Дніпропетровський державний університет внутрішніх справ : репозитарій. URL: http://er.dduvs.edu.ua/bitstream/123456789/10059/1/8.pdf

41. Сябренко Г. П., Срібна О. В. Психологічний зміст комплексної програми профілактики та корекції панічних розладів. Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»). 2023. № 15 (33). С. 843–851. file:///C:/Users/KTRoom/Downloads/maxim,+73.pdf

42. Теркулова І. В., Литвиненко О. О., Миколенко Н. В. Психологічні прояви стресу, депресії та тривоги у внутрішньо переміщених осіб. Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія. 2025. № 2. С. 200–208. https://journals.spu.sumy.ua/index.php/psy/article/view/896/846

43. Федосєєв, В. А. Основи неврозології та психіатрії: навч. посіб. Х. : Нац. аерокосм. ун-т ім. М. Є. Жуковського «Харк. авіац. ін-т», 2015. 79 с. https://psychology.karazin.ua/dist2020/materialy/FedoseevNevr.pdf

44. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу : монографія. Київ : Медкнига, 2023. 450 с. http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/11213/1/Психічні%20розладу%20воєнного%20часу.pdf

45. Чередниченко Т. В. Теоретичний аспект систематизації тривожно-фобічних розладів. Вісник Національного університету оборони України. 2021. № 6 (64). С. 154–163. https://visnyk.nuou.org.ua/article/view/251267/249338

46. Чистовська Ю. Ю. Психологічний аналіз вивченої безпорадності. Габітус. 2020. № 3 (18). С. 230–233. DOI: https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.36.38.

47. Шкала депресії Бека (BDI) https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2701-shkala-depres-beka

48. Шкала тяжкості панічного розладу (PDSS) https://www.eztests.xyz/tests/panic_pdss/

49. Що таке панічні атаки? Розуміння тригерів є першим кроком на шляху допомоги вашій дитині подолати цей стан : вебсайт. ЮНІСЕФ Україна. URL: https://www.unicef.org/ukraine/stories/what-are-panic-attacks

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Рекомендації щодо застосування шкали. Для детальнішої діагностики та відстеження динаміки стану пацієнта рекомендується використовувати чутливіші методики, такі як «Шкала депресії Гамільтона», «Шкала Монтгомері – Асберга для оцінки депресії», «Опитувальник депресії Бека» і т.д.

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 наскільки 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

14. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- або телепрограми
Часто
Скоріше часто
Іноді
Дуже рідко

ДОДАТОК 2

Шкала депресії Бека (BDI)

Інструкція

Цей опитувальник складається з 21 пункту, кожен з яких містить кілька варіантів тверджень. Будь ласка, уважно прочитайте всі варіанти відповідей

до кожного пункту і виберіть один з них, який найкраще описує Ваше самопочуття протягом останніх двох тижнів, включаючи сьогоднішній день. Натисніть (клікніть) на вибраному твердженні. Переконайтеся, що Ви не пропустили жодного пункту.

1.

Мені не сумно
Значну частину часу мені сумно
Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим
Я відчуваю нестерпний сум та тугу

2.

Я не вважаю, що заслуговую покарання
Я допускаю, що заслуговую покарання
Я вважаю, що маю бути покараний
Я відчуваю, що доля карає мене

3.

Я спокійно думаю про майбутнє
Думки про майбутнє викликають в мене занепокоєння більше, ніж раніше
Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися
Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити

4.

Я не відчуваю себе невдахою
В минулому я мав би менше зазнавати невдач
Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.
Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)

5.

Я в основному задоволений тим, ким я є.
Я втратив впевненість у собі
Я розчарований в собі
Я не люблю себе

6.

Я отримую задоволення від улюблених занять і речей
Я не отримую такого задоволення, як раніше від улюблених занять та речей
Я отримую дуже мало задоволення від того, що зазвичай мене тішило
Я не можу отримати задоволення від того, що зазвичай мене тішило

7.

Я критикую і звинувачую себе не більше, ніж зазвичай
Я більш критичний до себе, ніж зазвичай

Я критикую себе за всі свої помилки
Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається

8.
Я не відчуваю відчуття провини
Я відчуваю почуття провини за багато речей, зроблених мною
Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини
Мене мучить постійне відчуття провини

9.
У мене не виникає думок про самогубство
У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього
Я хочу вмерти і планую самогубство
Якщо б була нагода, я б зробив самогубство

10.
Я не більш неспокійний або збуджений, ніж зазвичай
Я відчуваю більше занепокоєння і збудження, ніж зазвичай
Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що мені важко сидіти спокійно
Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що змушений весь час рухатися або щось робити

11.
Я не плачу більш часто, ніж звичайно
Я плачу частіше, ніж звичайно
Я пла́чу кожен день по кожному незначному приводу
Я хочу плакати, але не можу

12.
Я не втратив цікавості до інших людей і занять
Люди і речі цікавлять мене менше, ніж раніше.
Я значною мірою втратив цікавість до інших людей і занять
Мене важко чимось зацікавити

13.
Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно
Я дратуюся легше, ніж звичайно
Я дратуюся значно легше, ніж звичайно
Я постійно відчуваю роздратування

14.
Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення
Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень
Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення
Я не в стані приймати жодних рішень

15.
Мій апетит не змінився
Мій апетит дещо знижений у порівнянні зі звичайним
Мій апетит дещо підвищений в порівнянні зі звичайним
Мій апетит значно знижений в порівнянні з минулим
Мій апетит значно підвищений в порівнянні з минулим
У мене зовсім нема апетиту
Я постійно хочу їсти

16.
Я не відчуваю себе нікчемним
Я не відчуваю себе таким же цінним і корисним, як завжди
Я відчуваю себе менш цінним, ніж інші
Я відчуваю себе повністю нікчемним

17.
Я так само добре можу зосередитися, як завжди
Я не можу так само добре зосередитися, як завжди
Мені важко довго утримувати увагу на чому-небудь
Я не можу зосередитися ні на чому

18.
Я так само енергійний, як зазвичай
У мене менше енергії, ніж зазвичай
У мене недостатньо енергії, щоб зробити багато чого з того, що потрібно
У мене немає сил ні на що

19.
Я втомлююся не більш, ніж зазвичай
Я втомлююся значно легше, ніж раніше
Через втому я не можу виконувати багато звичних для мене справа
Через втому я не можу виконувати більшість звичних для мене справа

20.
Я сплю так само, як завжди
Я сплю дещо більше, ніж зазвичай
Я сплю дещо менше, ніж зазвичай
Я сплю значно більше, ніж зазвичай
Я сплю значно менше, ніж зазвичай
Я сплю більшу частину дня
Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути

21.
Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився

Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно
Мій інтерес до статевого життя значно зменшився
Я повністю втратив інтерес до статевого життя

ДОДАТОК 3

Шкала тяжкості панічного розладу (PDSS)

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

Відсутність паніки чи епізодів обмежених симптомів
Легка форма: немає повних нападів паніки та не більше 1 нападу з обмеженими симптомами на день.
Помірна: 1 або 2 повні панічні атаки та/або кілька атак з обмеженими симптомами на день.
Тяжка: більше 2 повних нападів, але в середньому не більше 1/день.
Екстремальна: повні панічні атаки відбувалися більш ніж один раз на день, 4 або більше днів.

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

Зовсім не тривожними (відсутність паніки чи обмежених симптомів протягом останнього тижня)
Легко тривожними (не надто інтенсивними)
Помірно тривожними (інтенсивними, але керованими)
Сильно тривожними (дуже інтенсивними)
Надзвичайно тривожними (надзвичайний дистрес під час усіх нападів)

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

Ніколи
Іноді
Часто
Дуже часто
Майже постійно

4. Чи були протягом минулого тижня будь-які місця чи ситуації (наприклад, громадський транспорт, кінотеатри, натовпи, мости, тунелі, торгові центри, перебування на самоті), яких ви уникали або боялися (відчували дискомфорт, хотіли уникати або піти), через страх перед панічної

атакою? Чи є інші ситуації, яких ви б уникали або боялися з тієї ж причини, якби вони виникли протягом тижня? Якщо так, будь ласка, оцініть свій рівень страху та уникнення минулого тижня.

Відсутність страху чи уникнення

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

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

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

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

5. Чи були протягом минулого тижня якісь дії (наприклад, фізичні навантаження, сексуальні стосунки, прийняття гарячого душу або ванни, пиття кави, перегляд захоплюючого або страшного фільму), яких ви уникали або боялися (через незручність, уникнення або бажання зупинитися), тому що вони викликали фізичні відчуття, подібні до тих, які ви відчуваєте під час панічних атак, або які ви боялися, що можуть спровокувати напад паніки? Чи є якісь інші заходи, яких ви б уникали або боялися, якби вони з'явилися протягом тижня з цієї ж причини? Якщо так, будь ласка, оцініть свій рівень страху та уникнення цих дій минулого тижня.

Відсутність страху або уникнення ситуацій чи діяльності через тривожні фізичні відчуття

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

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

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

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

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

Ніякого втручання в роботу чи домашні обов’язки
Незначне втручання у роботу чи домашні обов'язки, я міг робити майже все, що планував
Значні перешкоди у роботі чи домашніх обов'язках, але я все одно встигаю робити те, що мені потрібне.
Значні порушення у роботі чи домашніх обов'язках; було багато важливих речей, які я не міг зробити через ці проблеми
Надзвичайне порушення працездатності, таке, що я, по суті, не міг виконувати будь-які робочі чи домашні обов’язки

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

Ніякого втручання
Невелике втручання в соціальну діяльність, я міг би робити майже все, що планував.
Значні перешкоди у громадській діяльності, але я міг би досягти більшості речей, якби доклав зусиль.
Істотні порушення соціальної діяльності; є багато соціальних речей, які я не міг зробити через ці проблеми
Надзвичайне порушення, яке позбавляє працездатності, таке, що я майже нічого не міг зробити в громадських справах

ДОДАТОК 4

Опитувальник «Панічні атаки: діагностичний інвентар»

Інструкція. Читайте кожне твердження і вирішуйте, чи згодні Ви з ним або не згодні, натискаючи на: «Так» або «Ні». Уважно прочитайте всі твердження і дайте відповідь на них. Поставтеся до роботи серйозно і уважно, так як недбалість і прагнення спотворити результат призводить до недостовірності дослідження Після заповнення опитувальника натисніть на кнопку Обробити.

Тест

1. Запитання щодо тривоги.
а) чи відчували Ви приступи (атаки) раптової тривоги, страху або жаху протягом останніх 4 тижнів?

Так

Ні

(при відповіді "Так" продовжуйте відповідати на запитання)

b) чи були у Вас подібні приступи коли-небудь раніше?

Так

Ні

c) чи виникають деякі з цих приступів несподівано, в ситуаціях, де Ви не відчували занепокоєння або дискомфорту?

Так

Ні

d) чи маєте Ви острах приступу або його наслідків?

Так

Ні

2. Під час Вашого останнього приступу (атаки) чи Ви відчували:

a) поверхневе, прискорене дихання

Так

Ні

b) серцебиття, пульсацію, перебої в роботі серця або відчуття його зупинки

Так

Ні

c) біль або дискомфорт у лівій половині грудної клітини

Так

Ні

d) пітливість

Так

Ні

e) відчуття нестачі повітря, задишку

Так

Ні

f) хвилі жару або холоду

Так

Ні

g) нудоту, дискомфорт в шлунку, пронос або позиви до нього

Так

Ні

h) запаморочення, нестійкість, туман в голові або переднепритомний стан

Так

Ні

i) відчуття поколювання або оніміння в тілі або кінцівках

Так

Ні

j) тремтіння в тілі, кінцівках, посмикування або стягування тіла (кінцівок)

Так

Ні

k) страх смерті або незворотних наслідків нападу?

Так
Ні