

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ, ПСИХОЛОГІЇ ТА
БЕЗПЕКИ

Кафедра загальної та соціальної психології

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ З ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ

Кваліфікаційна робота

здобувачки другого

(магістерського) рівня

вищої освіти

спеціальності 053 Психологія

Олени ЯГОДЗІНСЬКОЇ

Науковий керівник:

завідувач кафедри загальної та

соціальної психології, доктор

психологічних наук, професор

Зоряна КОВАЛЬЧУК

Рецензент

кандидат психологічних наук,

доцент

Олена ВАВРИНІВ

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

«___» _____ 2026 р., протокол № _____

Завідувач кафедри загальної та соціальної психології

доктор психологічних наук, професор

_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

АНОТАЦІЯ

Ягодзінська О. Психологічні особливості осіб з панічними атаками.

У роботі досліджено психологічні особливості осіб з панічними атаками як складного психофізіологічного феномену, що формується внаслідок взаємодії когнітивних, емоційних та поведінкових чинників. Здійснено теоретичний аналіз наукових підходів до розуміння природи панічних атак, їх клінічних проявів та психологічних механізмів виникнення.

У межах емпіричного дослідження виявлено, що для осіб з панічними атаками характерні підвищений рівень тривожності, схильність до катастрофічного мислення, гіперфокус на тілесних відчуттях, труднощі емоційної регуляції та тенденція до унікальної поведінки. Встановлено взаємозв'язок між когнітивними спотвореннями, емоційною напруженістю та формуванням панічних станів.

Обґрунтовано напрями психологічної допомоги, спрямовані на корекцію когнітивних інтерпретацій, розвиток навичок емоційної саморегуляції, зниження тривожності та підвищення психологічної стійкості.

Ключові слова: панічні атаки, тривожність, емоційна регуляція, когнітивні спотворення, психологічні особливості, психологічна допомога.

ABSTRACT

Yagodzinska O. Psychological characteristics of individuals with panic attacks.

The paper investigates the psychological characteristics of individuals with panic attacks as a complex psychophysiological phenomenon that is formed as a result of the interaction of cognitive, emotional and behavioral factors. A theoretical analysis of scientific approaches to understanding the nature of panic attacks, their clinical manifestations and psychological mechanisms of occurrence is carried out.

Within the framework of the empirical study, it was found that individuals with panic attacks are characterized by an increased level of anxiety, a tendency to catastrophic thinking, hyperfocus on bodily sensations, difficulties in emotional regulation and a tendency to unique behavior. The relationship between cognitive distortions, emotional tension and the formation of panic states is established.

The directions of psychological assistance aimed at correcting cognitive interpretations, developing emotional self-regulation skills, reducing anxiety and increasing psychological stability are substantiated.

Keywords: panic attacks, anxiety, emotional regulation, cognitive distortions, psychological characteristics, psychological help.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ З ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ	
1.1. Поняття панічних атак в науковій літературі	12
1.2. Клінічні прояви та когнітивні розлади в осіб з панічними атаками	16
1.3. Психологічні особливості осіб з панічними атаками	24
Висновки до Розділу 1	32
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ З ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ	
2.1. Обґрунтування та опис дослідження	34
2.2. Аналіз результатів дослідження	39
2.3. Особливості та алгоритми консультування клієнтів з панічними атаками	49
Висновки до Розділу 2.	51
ВИСНОВКИ	53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	

ВСТУП

Актуальність дослідження зумовлена зростанням поширеності тривожних розладів у сучасному суспільстві та значним впливом панічних атак на психічне здоров'я, соціальне функціонування і якість життя людини. У сучасних умовах соціальної нестабільності, інформаційного перевантаження, економічної невизначеності та хронічного стресу значно збільшується кількість осіб, які переживають інтенсивні тривожні стани. Одним із найяскравіших проявів таких станів є панічні атаки — раптові епізоди сильного страху або дискомфорту, що супроводжуються вираженими соматичними, когнітивними та емоційними симптомами.

За даними сучасних досліджень у галузі клінічної та медичної психології, панічні атаки розглядаються як складний психофізіологічний феномен, що формується внаслідок взаємодії біологічних, когнітивних, емоційних і соціальних чинників. Вони можуть проявлятися у вигляді відчуття нестачі повітря, серцебиття, запаморочення, тремтіння, страху втрати контролю або страху смерті. Такі стани часто призводять до формування унікальної поведінки, обмеження соціальної активності та зниження рівня психологічного благополуччя. У довготривалій перспективі панічні атаки можуть сприяти розвитку генералізованої тривоги, депресивних станів, соматоформних розладів та інших психоемоційних порушень.

Особливу актуальність проблема панічних атак набуває у контексті сучасних соціальних умов, коли значна частина населення перебуває під впливом тривалого психоемоційного напруження. Тривала дія стресових факторів, пов'язаних із воєнними подіями, вимушеною міграцією, соціальною невизначеністю та зміною життєвих обставин, підвищує рівень тривожності та емоційної вразливості людей. У таких умовах панічні атаки можуть виступати одним із проявів психічної дезадаптації, що потребує поглибленого психологічного аналізу та своєчасної

допомоги.

Науковий інтерес до проблеми панічних атак пояснюється також тим, що цей феномен поєднує в собі різні рівні психічного функціонування. Панічні стани тісно пов'язані з особливостями емоційної регуляції, когнітивними установками, типами інтерпретації тілесних відчуттів, особливостями самосприйняття та рівнем тривожності особистості. Дослідження психологічних особливостей осіб, які переживають панічні атаки, дозволяє глибше зрозуміти механізми формування цих станів, виявити фактори ризику та окреслити можливі напрями психологічної допомоги.

У сучасній психологічній науці проблема панічних атак досліджується у межах різних теоретичних підходів – когнітивно-поведінкового, психодинамічного, нейропсихологічного та інтегративного. У когнітивних моделях значна увага приділяється катастрофічним інтерпретаціям тілесних відчуттів і формуванню так званого «тривожного кола», коли фізіологічні реакції організму сприймаються як ознака небезпеки, що посилює тривогу та провокує нові панічні епізоди [3]. Психодинамічні підходи розглядають панічні атаки як прояв внутрішніх конфліктів, пов'язаних із пригніченими емоціями, страхом втрати контролю або переживанням безпорадності. Нейропсихологічні дослідження акцентують увагу на ролі особливостей функціонування нервової системи, механізмах регуляції страху та реакціях організму на стрес [5].

Попри значну кількість досліджень у цій сфері, питання психологічних особливостей осіб із панічними атаками залишається недостатньо вивченим у контексті поєднання індивідуально-психологічних характеристик, емоційної регуляції, особливостей самосприйняття та поведінкових стратегій подолання тривоги. Особливо важливим є дослідження тих психологічних чинників, які можуть сприяти виникненню або підтриманню панічних станів, оскільки їхнє виявлення створює основу для розроблення ефективних профілактичних та

корекційних програм [6].

Актуальність теми зумовлена також практичними потребами психологічної допомоги. Особи, які переживають панічні атаки, часто звертаються по допомогу до лікарів різних спеціальностей, оскільки інтенсивність соматичних симптомів може створювати враження серйозного фізичного захворювання. У багатьох випадках це призводить до тривалого пошуку медичних причин стану без врахування психологічних чинників. Тому дослідження психологічних особливостей таких осіб має важливе значення для підвищення ефективності психодіагностики, психотерапевтичної допомоги та психологічної профілактики.

Таким чином, дослідження психологічних особливостей осіб з панічними атаками є актуальним як у науковому, так і в практичному аспектах. Воно сприяє поглибленню розуміння психологічних механізмів виникнення панічних станів, визначенню індивідуально-психологічних чинників їх формування та розробленню ефективних стратегій психологічної підтримки і корекції. Саме тому вивчення цієї проблеми має важливе значення для розвитку сучасної психологічної науки та практики психологічної допомоги.

Метою нашого дослідження є розкрити сутність проблеми психологічних особливостей осіб з панічними атаками та показати напрями консультативної роботи з ними.

Об'єктом нашого дослідження є особа з панічними атаками.

Предметом нашого дослідження – психологічні особливості осіб з панічними атаками.

Завданнями нашого дослідження є:

1. Проаналізувати літературу з даної тематики.
2. Виокремити психологічні особливості осіб з панічними атаками.
3. Емпірично дослідити психологічні особливості осіб з панічними атаками.

4. Окреслити особливості консультування осіб з панічними атаками.

Теоретико-методологічну основу нашого дослідження становлять праці праці вітчизняних та зарубіжних учених, присвячені вивченню природи тривоги, панічних станів, механізмів емоційної регуляції та психологічних особливостей функціонування особистості у станах підвищеної тривожності. У дослідженні використано положення сучасної клінічної, медичної та особистісної психології, що розглядають панічні напади як складний багаторівневий феномен, який формується внаслідок взаємодії когнітивних, емоційних, поведінкових та психофізіологічних чинників.

Теоретичне підґрунтя дослідження складають наукові положення щодо природи тривоги та страху, представлені у працях Sigmund Freud, який розглядав тривогу як сигнал небезпеки, що мобілізує психічні механізми захисту та регуляції поведінки. Подальший розвиток уявлень про тривожні стани пов'язаний із працями Karen Horney, яка описувала базову тривогу як переживання внутрішньої небезпеки та втрати психологічної безпеки у взаємодії зі світом. Значний внесок у розуміння механізмів тривоги зробив Rollo May, який підкреслював екзистенційний характер тривожних переживань та їхній зв'язок із переживанням невизначеності, відповідальності та загрози цілісності особистості.

Важливе значення для дослідження панічних атак мають когнітивні теорії тривожних розладів. У межах когнітивного підходу Aaron T. Beck розглядав тривожні стани як результат специфічних когнітивних схем і катастрофічних інтерпретацій подій та тілесних відчуттів. У свою чергу, David M. Clark запропонував когнітивну модель панічних атак, відповідно до якої панічні епізоди виникають унаслідок катастрофічної інтерпретації нормальних фізіологічних реакцій організму. Згідно з цією моделлю, підвищена увага до тілесних відчуттів та їхнє сприйняття як сигналу небезпеки формують так зване «тривожне коло», яке підтримує і посилює панічний стан.

Методологічно важливими для нашого дослідження є також наукові положення щодо емоційної регуляції та психологічної стійкості особистості. Значний внесок у розроблення проблеми емоційної регуляції зробив James J. Gross, який розглядав регуляцію емоцій як систему психологічних процесів, спрямованих на контроль інтенсивності, тривалості та проявів емоційних реакцій. Дослідження механізмів психологічної адаптації до стресу представлені у працях Richard S. Lazarus, який розробив транзакційну модель стресу та копіngu, що пояснює індивідуальні відмінності у переживанні стресових ситуацій та способах їх подолання.

У вітчизняній психологічній науці проблеми тривожності, емоційної регуляції та психологічної адаптації особистості досліджувалися у працях С. Максименка, О. Чебикіна, Т. Титаренко, Н. Пов'якель, В. Москальця та інших учених. У їхніх дослідженнях особлива увага приділяється психологічним механізмам емоційної саморегуляції, ролі особистісних ресурсів у подоланні стресових станів, а також впливу психоемоційної напруженості на психологічне благополуччя особистості.

Таким чином, теоретико-методологічна база дослідження поєднує положення психодинамічного, когнітивного та стресово-адаптаційного підходів до розуміння тривожних станів. Інтеграція цих наукових підходів дозволяє розглядати панічні атаки як складний психологічний феномен, що формується на перетині особистісних особливостей, когнітивних інтерпретацій, емоційної регуляції та психофізіологічних реакцій організму. Такий підхід створює методологічні передумови для комплексного дослідження психологічних особливостей осіб, які переживають панічні атаки, та для визначення напрямів психологічної допомоги у подоланні цих станів.

З метою виконання завдань нашого дослідження ми використали наступні методи: *теоретичні* – аналіз, синтез, порівняння, індукція, дедукція, теоретичне

моделювання; *емпіричні* – шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП), тест життєстійкості (ТЖС) С. Мадді (1984), методика «Діагностики рівня емоційного вигорання» В.В. Бойко (окремі діагностичні шкали), клінічне інтерв'ю, *методи математистики*.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає у можливості використання отриманих теоретичних узагальнень та емпіричних даних у практиці психологічної допомоги особам, які переживають панічні атаки. Виявлені психологічні особливості осіб із панічними станами можуть бути використані для удосконалення психодіагностичної роботи, раннього виявлення підвищеної тривожності, а також для визначення індивідуальних чинників ризику розвитку панічних атак. Результати дослідження можуть бути застосовані у практиці роботи практичних психологів, психотерапевтів, консультантів та фахівців у сфері психологічного супроводу для розроблення та впровадження програм психологічної підтримки осіб із тривожними та панічними станами. Отримані дані можуть сприяти підвищенню ефективності психологічної допомоги шляхом урахування індивідуально-психологічних характеристик, особливостей емоційної регуляції, рівня тривожності та специфіки когнітивних інтерпретацій тілесних відчуттів у таких осіб.

Практична значущість роботи також полягає у можливості використання її результатів для створення профілактичних програм, спрямованих на формування навичок емоційної саморегуляції, зниження рівня тривожності, підвищення психологічної стійкості та розвитку адаптивних копінг-стратегій. Розроблені рекомендації можуть бути застосовані у психологічному консультуванні, індивідуальній та груповій психотерапії, а також у програмах психологічної просвіти.

Крім того, результати дослідження можуть бути використані у навчальному процесі підготовки майбутніх психологів, соціальних працівників та фахівців допоміжних професій, зокрема під час викладання дисциплін «Клінічна психологія», «Психологія стресу», «Психологічне консультування», «Психологія емоційних станів». Отримані матеріали можуть слугувати основою для подальших наукових досліджень, спрямованих на поглиблене вивчення механізмів виникнення панічних атак та розроблення ефективних методів психологічної корекції й психотерапевтичної допомоги.

Структурою нашої роботи є вступ, два розділи, висновки до розділів, загальні висновки та список літератури.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ З ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ

1.1. Поняття панічних атак в науковій літературі

Проблема панічних атак у сучасній психологічній та клінічній науці привертає значну увагу дослідників, оскільки цей феномен поєднує у собі складну взаємодію психічних, емоційних, когнітивних і фізіологічних процесів. Панічні атаки належать до групи тривожних розладів і характеризуються раптовими епізодами інтенсивного страху або сильного внутрішнього дискомфорту, що супроводжуються вираженими соматичними проявами та суб'єктивним відчуттям загрози. У науковій літературі цей стан розглядається не лише як клінічний симптом, а як складний психологічний феномен, що пов'язаний із особливостями емоційної регуляції, когнітивними інтерпретаціями тілесних відчуттів, індивідуальними психологічними характеристиками та досвідом переживання стресу.

Зростання інтересу до дослідження панічних атак пов'язане також із поширеністю цього явища у сучасному суспільстві. Інтенсивний темп життя, підвищений рівень соціальної напруженості, хронічний стрес та інформаційне перевантаження створюють умови, у яких зростає частота тривожних розладів та різних форм панічних станів. У зв'язку з цим дослідження природи панічних атак, їх психологічних механізмів та проявів набуває важливого значення як для теоретичного розвитку психологічної науки, так і для практики психологічної допомоги [10].

У наукових джерелах панічні атаки описуються з позицій різних теоретичних підходів, зокрема психодинамічного, когнітивно-поведінкового, біопсихосоціального та нейропсихологічного. Кожен із цих підходів акцентує увагу на різних аспектах виникнення і розвитку панічних станів: ролі внутрішніх

психологічних конфліктів, особливостях когнітивної обробки інформації, впливі біологічних факторів, а також значенні соціального середовища та життєвого досвіду особистості. У межах цих підходів панічні атаки розглядаються як результат складної взаємодії психічних і фізіологічних процесів, що формуються у відповідь на переживання загрози або інтенсивного стресу [5].

У сучасній психології панічні атаки також аналізуються у контексті ширшого феномену тривожності та емоційної регуляції. Вони розглядаються як специфічна форма реакції організму на переживання небезпеки, що може виникати як у реальних, так і в уявних ситуаціях загрози. У цьому сенсі панічна атака виступає проявом порушення механізмів регуляції тривоги, коли нормальні фізіологічні реакції організму інтерпретуються людиною як небезпечні або загрозливі [14].

Отже, аналіз поняття панічних атак у науковій літературі дозволяє глибше зрозуміти природу цього психологічного феномену, визначити його основні характеристики та механізми формування, а також окреслити теоретичні підходи, у межах яких досліджується ця проблема. Це створює підґрунтя для подальшого розгляду різних наукових трактувань панічних атак і систематизації сучасних уявлень про їх психологічну сутність.

Історія наукового дослідження панічних атак пов'язана із загальним розвитком уявлень про тривогу, страх та невротичні розлади у психіатрії та психології. Хоча сам термін «панічна атака» з'явився відносно пізно – у другій половині XX століття, опис симптомів, подібних до сучасного розуміння панічних станів, зустрічається у медичних і психологічних працях ще наприкінці XIX століття [17].

Перші систематичні описи станів, які сьогодні можна інтерпретувати як панічні атаки, з'явилися у клінічній психіатрії кінця XIX століття. Німецький психіатр Emil Kraepelin у своїй класифікації психічних розладів описував так звані «тривожні напади» (Angstanfälle), що характеризувалися раптовими епізодами

інтенсивного страху, серцебиття, задишки та відчуття загрози. У працях Крепеліна ці стани розглядалися як частина невротичних і тривожних розладів, що супроводжуються вираженими соматичними симптомами [30].

Важливий внесок у розуміння механізмів тривожних станів зробив Sigmund Freud. У праці «Про невроз тривоги» він описав напади раптового страху, що супроводжувалися фізіологічними реакціями – серцебиттям, тремтінням, запамороченням, відчуттям задухи. Фройд розглядав ці стани як прояв невротичної тривоги, пов'язаної з внутрішніми психічними конфліктами та порушенням регуляції емоцій [33].

У першій половині ХХ століття проблема інтенсивної тривоги та нападів страху досліджувалася також у межах психоаналітичної та екзистенційної психології. Karen Horney описувала тривогу як фундаментальний емоційний стан, що виникає у відповідь на переживання внутрішньої небезпеки та втрати безпеки у взаємодії зі світом. Rollo May розглядав тривогу як універсальне переживання, пов'язане з невизначеністю та загрозою для цілісності особистості.

Однак саме у другій половині ХХ століття панічні атаки почали розглядатися як окремий клінічний феномен. Значний внесок у дослідження цього явища зробив американський психіатр Donald F. Klein, який у 1960-х роках звернув увагу на специфічну групу пацієнтів із повторюваними нападами інтенсивної паніки. У своїх дослідженнях він довів, що такі стани мають власні клінічні особливості та відрізняються від інших форм тривожних розладів. Праці Кляйна стали одним із підґрунтів для подальшого виділення панічного розладу як окремої діагностичної категорії [27].

Подальший розвиток досліджень панічних атак відбувався у межах когнітивної психології. Важливу роль у цьому напрямі відіграли роботи David M. Clark, який у 1980-х роках запропонував когнітивну модель панічних атак. Згідно з цією моделлю, панічний напад виникає тоді, коли людина катастрофічно

інтерпретує нормальні тілесні відчуття (наприклад, прискорене серцебиття чи запаморочення) як ознаку серйозної небезпеки для життя. Така інтерпретація запускає «порочне коло тривоги», що посилює фізіологічні симптоми та призводить до розвитку панічної атаки [29].

Когнітивний підхід до вивчення панічних атак також активно розвивав Aaron T. Beck, який підкреслював роль когнітивних схем, переконань і способів інтерпретації подій у формуванні тривожних станів. У його працях панічні атаки розглядаються як результат взаємодії когнітивних спотворень, підвищеної чутливості до тілесних сигналів і негативних очікувань щодо можливих наслідків цих симптомів.

У сучасній психології та психіатрії панічні атаки розглядаються у межах біопсихосоціальної моделі, яка враховує комплексний вплив біологічних, психологічних та соціальних чинників. Дослідження нейробіологічних механізмів тривоги, когнітивних процесів інтерпретації загрози та особливостей емоційної регуляції дозволили значно розширити уявлення про природу панічних станів та розробити ефективні методи психологічної і психотерапевтичної допомоги.

Отже, історія дослідження панічних атак демонструє поступовий перехід від загального опису тривожних станів у клінічній психіатрії XIX століття до сучасного комплексного розуміння цього феномену як багатовимірного психофізіологічного процесу, що включає когнітивні, емоційні та біологічні механізми.

Епідеміологічні дослідження, проведені до запровадження стандартизованих діагностичних критеріїв психічних розладів, засвідчили, що поширеність тривожних розладів у загальній популяції становила приблизно від 2,0 до 4,7 %. Подальші статистичні дані свідчать, що панічні атаки, визначені відповідно до критеріїв DSM-III, фіксуються приблизно у 3 % населення, тоді як серед осіб, які вперше звертаються за первинною медичною допомогою, цей показник може

зростати до 6 % [24].

За іншими статистичними оцінками, упродовж життя від 1,5 до 4 % дорослого населення переживають епізоди панічних атак. Серед пацієнтів, які звертаються до лікарів первинної ланки медичної допомоги, частка осіб із такими станами може досягати близько 6 % [10]. Це свідчить про досить значну поширеність панічних нападів у клінічній практиці та їхню актуальність для системи медико-психологічної допомоги.

Результати спеціальних епідеміологічних досліджень, у яких вибірки сягали приблизно 80 осіб, показали, що найчастіше панічні атаки виникають у віковому діапазоні від 25 до 64 років, причому найбільша поширеність спостерігається у групі 25–44 роки. Натомість серед осіб старших за 65 років подібні стани фіксуються значно рідше. Панічні атаки у літньому віці зазвичай характеризуються меншою кількістю симптомів: під час нападу можуть проявлятися лише два-чотири симптоми, однак емоційні переживання при цьому залишаються достатньо інтенсивними.

Аналіз клінічних характеристик пацієнтів похилого віку з панічними атаками свідчить, що для них часто притаманний збережений рівень фізичного, інтелектуального та емоційного функціонування, що може виступати однією з передумов виникнення таких станів у старшому віці. У ряді випадків виявляється, що панічні атаки у літньому віці є повторним проявом або загостренням подібних епізодів, які виникали у пацієнтів у молодші роки.

Статистичні дані також демонструють гендерні відмінності у поширеності панічних атак: ці стани частіше спостерігаються у жінок, ніж у чоловіків. Дослідники пояснюють таку тенденцію впливом гормональних особливостей, а також низкою психосоціальних факторів, що можуть підвищувати вразливість до тривожних розладів [7].

1.2. Клінічні прояви та когнітивні розлади в осіб з панічними атаками

Панічні атаки характеризуються раптовими епізодами інтенсивного страху або сильного внутрішнього дискомфорту, які супроводжуються комплексом соматичних, емоційних і когнітивних симптомів. У сучасній клінічній психології та психіатрії панічна атака розглядається як короткочасний, але дуже інтенсивний психофізіологічний стан, що зазвичай досягає піку протягом кількох хвилин і може супроводжуватися відчуттям загрози життю або втрати контролю. Особливістю цього стану є поєднання фізіологічних реакцій організму з вираженими когнітивними та емоційними переживаннями, які взаємно підсилюють одне одного.

До найбільш поширених клінічних проявів панічних атак належать соматичні симптоми, пов'язані з активацією вегетативної нервової системи. Серед них часто спостерігаються прискорене серцебиття, відчуття нестачі повітря або задухи, тремтіння, пітливість, запаморочення, відчуття нестійкості, нудота, поколювання або оніміння в різних частинах тіла, а також відчуття стискання або болю у грудній клітці. У деяких випадках виникає відчуття нереальності навколишнього середовища (дереалізація) або відчуження від власного тіла чи психічних процесів (деперсоналізація). Такі симптоми можуть створювати у людини враження серйозної фізичної небезпеки, що часто призводить до повторних звернень за медичною допомогою [7].

Поряд із соматичними проявами важливу роль у структурі панічної атаки відіграють емоційні переживання. Найчастіше це інтенсивний страх, почуття безпорадності, переживання втрати контролю над власним станом або страх смерті. Такі переживання мають надзвичайно сильний суб'єктивний характер і можуть сприйматися людиною як безпосередня загроза життю. Саме емоційний компонент панічної атаки нерідко стає центральним фактором, що підтримує подальший розвиток тривожних станів.

Значне місце у структурі панічних атак посідають когнітивні порушення, пов'язані з особливостями інтерпретації тілесних відчуттів і ситуацій. У когнітивних моделях тривожних розладів підкреслюється, що люди з панічними атаками схильні до катастрофічної інтерпретації нормальних фізіологічних реакцій організму. Зокрема, прискорене серцебиття може сприйматися як ознака серцевого нападу, запаморочення — як передвісник втрати свідомості, а відчуття нестачі повітря — як загроза задущення. Такі інтерпретації посилюють відчуття небезпеки та запускають так зване «порочне коло тривоги», у якому страх посилює фізіологічні реакції, а фізіологічні симптоми, у свою чергу, підсилюють страх.

Когнітивні особливості осіб із панічними атаками також проявляються у підвищеній увазі до тілесних сигналів та внутрішніх переживань. Така гіперчутливість до фізичних відчуттів призводить до постійного моніторингу стану організму і може формувати очікування повторного нападу. Унаслідок цього навіть незначні зміни фізичного самопочуття можуть інтерпретуватися як початок нової панічної атаки, що посилює тривожність і сприяє закріпленню патологічних реакцій [8].

Окрім катастрофічних інтерпретацій тілесних відчуттів, у осіб із панічними атаками часто спостерігаються інші когнітивні порушення. До них належать труднощі концентрації уваги, зниження здатності до логічного аналізу ситуації під час нападу, підвищена схильність до негативного прогнозування та очікування небезпеки. У міжнападковий період можуть формуватися стійкі тривожні переконання щодо власного здоров'я, безпеки або здатності контролювати власний стан.

У результаті повторюваних панічних епізодів у багатьох людей формується так звана «тривога очікування» — постійне побоювання виникнення нового нападу. Це може призводити до формування поведінки уникнення, коли людина починає уникати певних місць або ситуацій, які асоціюються з попереднім

досвідом панічних атак. У довготривалій перспективі такі поведінкові зміни можуть суттєво обмежувати соціальну активність, професійну діяльність і повсякденне функціонування особистості [8].

Отже, клінічні прояви панічних атак мають комплексний характер і включають соматичні, емоційні та когнітивні компоненти, які взаємодіють між собою та формують цілісну структуру панічного стану. Розуміння цих проявів має важливе значення для психологічної діагностики та розроблення ефективних методів психологічної і психотерапевтичної допомоги особам, які переживають панічні атаки.

Панічні атаки супроводжуються не лише емоційними переживаннями інтенсивного страху, а й широким спектром фізіологічних і неврологічних проявів, що виникають унаслідок активації вегетативної нервової системи та змін у регуляції психофізіологічних процесів. У сучасній науковій літературі функціонально-неврологічні симптоми панічних атак розглядаються як результат складної взаємодії між центральною нервовою системою, автономною регуляцією організму та психологічними механізмами переживання загрози. Ці симптоми мають функціональний характер, оскільки виникають без органічних ушкоджень нервової системи, але можуть проявлятися досить інтенсивно та викликати значний суб'єктивний дискомфорт [15].

Однією з основних особливостей панічних атак є активація симпатичного відділу вегетативної нервової системи, що відповідає за мобілізацію організму у відповідь на небезпеку. У результаті цього активується так звана реакція «боротьби або втечі», яка супроводжується низкою фізіологічних змін: прискоренням серцевого ритму, підвищенням артеріального тиску, посиленням дихання, м'язовою напругою та збільшенням рівня адреналіну в крові. Такі реакції є природними механізмами адаптації до стресу, однак у випадку панічної атаки вони виникають без реальної загрози та сприймаються людиною як небезпечні або

неконтрольовані.

До функціонально-неврологічних симптомів панічних атак належать запаморочення, відчуття нестійкості або «порожнечі» в голові, порушення рівноваги, тремтіння в кінцівках, оніміння або поколювання в різних частинах тіла (парестезії), а також відчуття слабкості або напруження у м'язах. Такі симптоми пов'язані з порушенням регуляції дихання, змінами у кровообігу та підвищеною активністю нервової системи. Зокрема, під час панічної атаки часто виникає гіпервентиляція – прискорене поверхневе дихання, що призводить до зниження рівня вуглекислого газу в крові. Це, у свою чергу, може викликати запаморочення, відчуття нереальності, поколювання у кінцівках і навіть короточасні порушення координації рухів [14].

Ще одним характерним проявом є порушення сприйняття власного тіла та навколишньої реальності. Деякі люди під час панічної атаки переживають стан деперсоналізації – відчуття відчуження від власних думок, емоцій або тіла. Іншим проявом може бути дереалізація, коли навколишній світ сприймається як нереальний, віддалений або змінений. Ці симптоми мають функціональний характер і пов'язані з тимчасовими змінами у роботі нервової системи під впливом сильного емоційного напруження.

У ряді випадків функціонально-неврологічні симптоми можуть проявлятися у вигляді тимчасових труднощів із концентрацією уваги, відчуття сплутаності думок або зниження здатності до логічного аналізу ситуації. Такі когнітивні порушення зумовлені надмірною активацією системи реагування на загрозу, коли значна частина психічних ресурсів спрямовується на обробку сигналів небезпеки. У результаті цього знижується ефективність інших когнітивних процесів, зокрема уваги, пам'яті та мислення [17].

Важливою особливістю функціонально-неврологічних симптомів панічних атак є те, що вони можуть сприйматися людиною як ознаки серйозного

неврологічного або соматичного захворювання. Саме тому особи з панічними атаками часто звертаються до лікарів різних спеціальностей – кардіологів, неврологів або терапевтів – у пошуках медичного пояснення свого стану. Однак у більшості випадків медичні обстеження не виявляють органічної патології, що підтверджує функціональний характер цих симптомів.

Таким чином, функціонально-неврологічні симптоми панічних атак є важливим компонентом клінічної картини цього стану. Вони відображають складну взаємодію психічних і фізіологічних процесів та свідчать про тісний зв'язок між емоційною регуляцією, роботою нервової системи та суб'єктивним переживанням тривоги. Розуміння механізмів формування таких симптомів має важливе значення для психологічної діагностики, психотерапевтичної роботи та розроблення ефективних методів психологічної допомоги особам, які переживають панічні атаки.

Однією з поширених особливостей панічних атак є формування фобічних проявів, які виникають унаслідок повторюваного досвіду інтенсивної тривоги та страху. Фобічні напади при панічних атаках пов'язані з формуванням стійких страхів перед певними ситуаціями, місцями або обставинами, які асоціюються з попереднім досвідом панічного епізоду або можуть сприйматися як потенційно небезпечні. У психологічній та клінічній літературі такі страхи розглядаються як вторинний наслідок панічних атак, що формується в процесі когнітивного узагальнення та умовного закріплення тривожної реакції [20].

Фобічні прояви у осіб з панічними атаками часто виникають після першого або кількох нападів, коли людина починає пов'язувати певні обставини із можливістю повторного переживання паніки. Наприклад, якщо панічна атака сталася у транспорті, у громадському місці або в ситуації великого скупчення людей, у подальшому ці умови можуть викликати сильну тривогу або страх. У результаті формується очікування небезпеки, яке призводить до виникнення

фобічних реакцій ще до фактичного розвитку панічної атаки.

Одним із найбільш поширених фобічних проявів при панічних атаках є агорафобія – страх перебування у відкритих просторах або у місцях, де, на думку людини, буде складно отримати допомогу у разі виникнення панічного нападу. Особи з агорафобічними проявами можуть уникати громадського транспорту, торговельних центрів, великих площ, черг або інших ситуацій, у яких вони відчують втрату контролю над обставинами. У деяких випадках унікальна поведінка може поступово розширюватися, що призводить до значного обмеження соціальної активності та повсякденного функціонування [19].

Фобічні напади також можуть проявлятися у вигляді страху замкнених просторів, страху перебування на самоті, страху втрати контролю над власною поведінкою або страху фізичного нездужання у присутності інших людей. У психологічному плані такі страхи підтримуються механізмом тривожного очікування. Людина починає постійно прогнозувати можливість повторного нападу, що призводить до підвищеної напруженості та формування стійких тривожних установок.

Важливу роль у формуванні фобічних нападів відіграють когнітивні процеси інтерпретації власного досвіду. Особи з панічними атаками часто схильні переоцінювати ймовірність небезпеки та недооцінювати власні можливості справлятися зі складними ситуаціями. Унаслідок цього формується так зване «коло страху», у якому тривожне очікування провокує фізіологічні реакції організму, що, у свою чергу, підтверджує для людини реальність загрози.

Фобічні прояви можуть значно ускладнювати перебіг панічного розладу, оскільки уникання певних ситуацій тимчасово знижує тривогу, але водночас закріплює страх і перешкоджає формуванню адаптивних стратегій подолання тривожних станів. У довготривалій перспективі це може призводити до соціальної ізоляції, обмеження професійної діяльності та зниження якості життя [8].

Отже, фобічні напади при панічних атаках є важливим психологічним компонентом цього розладу. Вони формуються внаслідок поєднання емоційних переживань страху, когнітивних інтерпретацій небезпеки та поведінкових стратегій уникання. Розуміння механізмів формування фобічних проявів має важливе значення для психологічної діагностики та розроблення ефективних психотерапевтичних підходів до подолання панічних атак і пов'язаних із ними тривожних станів.

У структурі тривожних і панічних розладів інколи спостерігаються так звані конверсійні прояви, які в психологічній і клінічній літературі розглядаються як функціональні симптоми, що виникають унаслідок трансформації інтенсивного емоційного напруження у тілесні реакції. Поняття конверсії пов'язане з психодинамічними уявленнями про механізми психологічного захисту, коли внутрішній конфлікт або сильне афективне переживання проявляється через соматичні або неврологічні симптоми без органічного ушкодження нервової системи.

Перші систематичні описи подібних явищ з'явилися у працях Sigmund Freud, який розглядав конверсійні симптоми як результат перенесення психічного конфлікту на тілесний рівень. На його думку, у ситуаціях сильного емоційного напруження психіка може «перекладати» психологічний конфлікт у фізичний симптом, що тимчасово знижує внутрішню напругу. У сучасній психології такі прояви розглядаються ширше – як результат складної взаємодії емоційних, когнітивних та нейрофізіологічних процесів.

Конверсійні напади при панічних атаках можуть проявлятися у вигляді тимчасових функціональних порушень рухової або сенсорної сфери. До таких симптомів належать відчуття слабкості або оніміння в кінцівках, порушення координації рухів, тремтіння, тимчасова втрата голосу, труднощі з мовленням, а також короткочасні порушення чутливості. У деяких випадках можуть виникати

псевдосудомні реакції або епізоди різкого м'язового напруження, що нагадують неврологічні розлади, однак не мають органічного підґрунтя.

Особливістю конверсійних проявів є їхній функціональний характер. Медичні обстеження зазвичай не виявляють структурних змін у нервовій системі, що підтверджує психологічну природу таких симптомів. Вони виникають переважно у ситуаціях інтенсивного емоційного напруження, конфлікту або сильного страху і можуть супроводжуватися відчуттям втрати контролю над власним тілом [11].

У контексті панічних атак конверсійні симптоми часто пов'язані з надмірною активацією нервової системи та порушенням регуляції емоційних реакцій. Під час нападу різко підвищується рівень тривоги, що призводить до зміни тону м'язів, порушення дихання та координації рухів. У поєднанні з катастрофічними інтерпретаціями власного стану ці фізичні реакції можуть сприйматися як ознаки серйозного неврологічного захворювання, що ще більше посилює страх і сприяє закріпленню симптомів.

Важливим психологічним механізмом у формуванні конверсійних нападів є також підвищена увага до тілесних відчуттів. Особи з панічними атаками часто перебувають у стані постійного моніторингу свого фізичного самопочуття. Унаслідок цього навіть незначні фізіологічні зміни можуть інтерпретуватися як небезпечні та викликати додаткове емоційне напруження, що підсилює функціональні прояви [9].

У поведінковому плані конверсійні симптоми можуть призводити до формування унікальної поведінки, коли людина починає уникати ситуацій, пов'язаних із можливістю виникнення подібних станів. Це може обмежувати соціальну активність, професійну діяльність та повсякденне функціонування. У деяких випадках повторювані конверсійні напади формують у людини стійке переконання щодо власної фізичної вразливості або серйозного захворювання, що

ускладнює процес психологічної допомоги.

Отже, конверсійні напади при панічних атаках є проявом функціональних психофізіологічних реакцій, що виникають унаслідок інтенсивного емоційного напруження та порушення механізмів регуляції тривоги. Вони відображають тісний взаємозв'язок між психічними переживаннями та тілесними реакціями організму. Розуміння психологічних механізмів формування таких симптомів має важливе значення для диференційної діагностики та розроблення ефективних психотерапевтичних підходів до допомоги особам, які переживають панічні атаки.

1.3. Психологічні особливості осіб з панічними атаками

Особи, які переживають панічні атаки, характеризуються певним комплексом психологічних особливостей, що проявляються у сфері емоційної регуляції, когнітивних процесів, особистісних установок та поведінкових стратегій реагування на стрес. У сучасних психологічних дослідженнях панічні атаки розглядаються не лише як епізодичні напади інтенсивного страху, а як стан, пов'язаний з особливостями сприйняття загрози, інтерпретації тілесних сигналів та здатності до емоційної саморегуляції.

Однією з характерних психологічних особливостей осіб із панічними атаками є підвищений рівень тривожності. Такі люди часто демонструють підвищену чутливість до потенційних загроз, схильність до очікування небезпеки та труднощі у контролі тривожних переживань. Тривожність може проявлятися як у вигляді постійної внутрішньої напруженості, так і у формі так званої тривоги очікування, коли людина перебуває у стані постійного передбачення можливого повторного панічного нападу. Це призводить до формування підвищеної настороженості щодо власного фізичного та емоційного стану [3].

Ще однією важливою психологічною характеристикою є особливості

когнітивної обробки інформації. Особи з панічними атаками часто схильні до катастрофічного мислення, тобто інтерпретації нейтральних або незначних тілесних відчуттів як ознак серйозної небезпеки. Наприклад, прискорене серцебиття може сприйматися як передвісник серцевого нападу, запаморочення — як загроза втрати свідомості, а утруднене дихання — як небезпека задушення. Такі інтерпретації посилюють тривогу та запускають механізм самопідсилення панічного стану.

Для осіб із панічними атаками також характерна підвищена концентрація уваги на внутрішніх тілесних відчуттях. Така гіперчутливість до фізіологічних сигналів організму призводить до постійного самоспостереження, коли людина уважно відстежує будь-які зміни у власному самопочутті. У результаті навіть незначні фізіологічні реакції можуть сприйматися як сигнал небезпеки, що сприяє посиленню тривоги та розвитку нових панічних епізодів.

У структурі особистості осіб із панічними атаками нерідко спостерігаються труднощі емоційної регуляції. Вони можуть проявлятися у підвищеній емоційній чутливості, схильності до внутрішнього напруження, труднощах у вираженні негативних емоцій та тенденції до їхнього пригнічення. У деяких випадках такі люди намагаються контролювати свої емоції надмірно жорстко, що, навпаки, призводить до накопичення напруження та підвищує ризик розвитку панічних станів [8].

Ще однією характерною особливістю є зниження відчуття контролю над власним станом. Особи з панічними атаками часто переживають відчуття безпорадності перед раптовими нападами тривоги, що може призводити до формування переконання про власну вразливість або неспроможність впоратися зі складними ситуаціями. Це, у свою чергу, підсилює тривожні переживання та сприяє формуванню унікальної поведінки.

У поведінковій сфері панічні атаки нерідко супроводжуються тенденцією до

уникання ситуацій, які асоціюються з можливістю виникнення нападу. Людина може починати уникати громадських місць, поїздки у транспорті, великих скупчень людей або інших умов, які викликають у неї відчуття небезпеки. У довготривалій перспективі така поведінка може призводити до обмеження соціальної активності, зниження професійної ефективності та погіршення якості життя [11].

Окрему увагу дослідники приділяють також особливостям самосприйняття осіб із панічними атаками. У деяких випадках у них формується підвищена самокритичність, зниження впевненості у власних можливостях та відчуття втрати внутрішньої опори. Переживання повторюваних панічних нападів може впливати на образ «Я» та формувати у людини переконання про власну психологічну нестійкість або фізичну вразливість.

Таким чином, психологічні особливості осіб з панічними атаками включають комплекс взаємопов'язаних характеристик, серед яких підвищена тривожність, схильність до катастрофічного мислення, гіперфокус на тілесних відчуттях, труднощі емоційної регуляції та формування унікальної поведінки. Розуміння цих особливостей має важливе значення для психологічної діагностики та розроблення ефективних програм психологічної допомоги, спрямованих на формування адаптивних стратегій подолання тривоги та відновлення психологічної стабільності особистості.

Вегетативний криз може виникнути майже у будь-якої людини, однак зазвичай для цього потрібна дія надзвичайно інтенсивних фізичних або емоційних перевантажень, наприклад стихійних лих, катастроф чи інших ситуацій, що становлять реальну загрозу життю. У подібних умовах такі стани, як правило, мають одноразовий характер. Водночас постає питання, чому вегетативні кризи з'являються і у звичайних життєвих ситуаціях та з яких причин вони можуть повторюватися. Поряд із біологічними передумовами значну, а інколи й провідну роль у цьому процесі відіграють психологічні чинники.

Клінічні спостереження свідчать, що подібні стани можуть виникати навіть у відносно гармонійних особистостей, якщо для них характерні окремі риси чутливості, підвищеної тривожності, демонстративності або схильності до субдепресивних переживань. Проте значно частіше вегетативні кризи спостерігаються у тих осіб, у яких зазначені характеристики набувають вираженого характеру та досягають рівня акцентуацій [24].

Дослідження показують, що перед появою перших вегетативних кризів нерідко спостерігається зростання кількості значущих життєвих подій, причому переважно тих, які пов'язані з переживанням дистресу. Важливою є також специфіка цих подій. Великі втрати не завжди безпосередньо провокують кризу, однак можуть сприяти подальшому розвитку депресивних станів. Натомість більш значущими для виникнення вегетативних кризів часто є ситуації загрози — як реальної, так і уявної. До них можуть належати ризик втрати близьких стосунків, розлучення, серйозне захворювання дитини, негативний вплив медичної інформації або інші переживання, що формують відчуття небезпеки. У випадках, коли загроза має суб'єктивний характер, особливого значення набувають індивідуальні психологічні особливості людини. Деякі дослідники підкреслюють, що саме підвищена тривожність, постійне очікування небезпеки та переживання власної неспроможності впоратися зі стресом можуть відігравати ключову роль у формуванні таких станів. У подібних умовах високий рівень психосоціального напруження знижує ефективність адаптаційних механізмів подолання стресу.

Таким чином, поєднання інтенсивності стресових впливів, їхніх специфічних характеристик та індивідуально-психологічних особливостей особистості створює передумови для виникнення вегетативно-судинних кризів. Особливу роль у цьому процесі можуть відігравати внутрішні психологічні конфлікти. Якщо людина переживає тривалий внутрішній конфлікт, зовнішня стресова подія може виступити своєрідним пусковим механізмом, який призводить до його загострення

і, як наслідок, до прояву кризового стану. Серед типових конфліктних ситуацій дослідники відзначають суперечність між сильними внутрішніми потягами та соціальними нормами, між агресивними імпульсами та вимогами соціального середовища, між потребою у близьких емоційних стосунках і труднощами їх формування. За наявності тривалого конфлікту навіть додатковий неспецифічний стрес може стати чинником, що провокує маніфестацію вегетативного кризу.

Розглядаючи психологічні механізми виникнення таких станів, дослідники також звертають увагу на когнітивні процеси. Експериментальні дані свідчать, що емоційно-афективний компонент кризу може бути вторинним щодо первинних фізіологічних змін. Наприклад, встановлено, що присутність лікаря або відчуття безпеки можуть значно зменшувати або навіть запобігати виникненню страху під час експериментального моделювання кризових станів. Крім того, результати окремих досліджень демонструють, що психотерапевтичний вплив без застосування медикаментозних засобів здатний блокувати появу експериментально індукованих кризів [25].

Серед основних когнітивних факторів, які беруть участь у формуванні вегетативного кризу, дослідники виділяють пам'ять про попередній досвід подібних станів, очікування небезпечної ситуації, суб'єктивну оцінку зовнішніх подій і власних тілесних відчуттів, а також переживання безпорадності, невизначеності та втрати контролю над ситуацією. Саме ці фактори можуть сприяти переходу фізіологічної активації організму у повноцінний кризовий стан.

Поєднуючи психологічні та фізіологічні аспекти патогенезу вегетативного кризу, дослідники пропонують кілька можливих моделей його виникнення. У першій моделі розвиток кризу розглядається як послідовність: стресова подія → тривожна реакція → активація вегетативної нервової системи → криз. Друга модель включає додаткову ланку гіпервентиляції: стрес → тривога → гіпервентиляція → вегетативна активація → криз. У третій моделі пусковим

механізмом виступає кульмінація внутрішнього психологічного конфлікту, що спричиняє тривожну реакцію та подальшу вегетативну активацію. Четверта модель пов'язує виникнення кризи з актуалізацією ранніх дитячих патернів страху, які активують вегетативні реакції організму.

У всіх цих моделях важливу роль відіграють когнітивні механізми, які беруть участь у переході фізіологічної активації до повноцінного кризового стану. Водночас питання про те, що є первинним у формуванні вегетативних кризів – фізіологічні зміни чи емоційні переживання – залишається дискусійним. Одні дослідники вважають, що первинними є фізіологічні порушення, які згодом інтерпретуються особистістю і формують емоційно-афективну реакцію. Інші підкреслюють, що саме афективний стан виступає початковим фактором, який супроводжується вираженими вегетативними проявами та визначає клінічну картину кризи.

Вегетативний криз потенційно може виникнути майже у кожної людини, однак зазвичай для його появи необхідні надзвичайно інтенсивні фізичні або емоційні перевантаження, пов'язані із ситуаціями прямої загрози життю — наприклад стихійними лихами, техногенними катастрофами чи іншими екстремальними подіями. У подібних випадках такі реакції переважно мають епізодичний, одноразовий характер. Водночас постає питання, чому подібні кризи інколи виникають і в умовах звичайного повсякденного життя та чому в окремих людей вони повторюються. Поряд із біологічними передумовами значну, а подекуди й визначальну роль у цьому процесі відіграють психологічні чинники.

Клінічні спостереження свідчать, що вегетативні кризи можуть з'являтися навіть у загалом гармонійних особистостях, якщо їм притаманні окремі риси підвищеної сенситивності, тривожності, демонстративності або схильності до субдепресивних переживань. Проте значно частіше подібні стани фіксуються у тих осіб, у яких ці характеристики мають виражений характер і набувають рівня

акцентуйованих особистісних рис [21].

Дослідження показують, що перед першими проявами вегетативних кризів зазвичай спостерігається зростання кількості значущих життєвих подій, причому переважно тих, що супроводжуються дистресом. При цьому масштабні втрати не завжди безпосередньо пов'язані з появою самого кризу, хоча можуть сприяти розвитку вторинних депресивних станів. Натомість більш суттєве значення мають ситуації переживання загрози — як реальної, так і уявної. До них належать, наприклад, ризик втрати важливих стосунків, розлучення, тяжка хвороба дитини, негативні медичні повідомлення або інші обставини, що формують відчуття небезпеки. У випадках, коли загроза має переважно суб'єктивний характер, особливу роль відіграють індивідуально-психологічні особливості особистості. Деякі дослідники вважають, що саме підвищена тривожність, постійне очікування небезпеки та переживання власної неспроможності впоратися зі стресом (феномен набутої безпорадності) можуть виступати провідними чинниками формування кризових станів. За умов високого психосоціального напруження ефективність психологічних механізмів подолання стресу значно знижується [27].

Отже, поєднання інтенсивності стресових впливів, їхніх специфічних характеристик та особистісних властивостей людини відіграє важливу роль у виникненні вегетативно-судинних кризів. Особливе значення можуть мати і внутрішні психологічні конфлікти. За наявності такого конфлікту зовнішня стресова подія здатна стати пусковим механізмом його загострення, що, своєю чергою, може призвести до маніфестації кризового стану. Серед типових конфліктів дослідники відзначають суперечності між інтенсивними внутрішніми потягами (у тому числі сексуальними) і соціальними нормами, між агресивними імпульсами та вимогами соціального середовища, а також між потребою у близьких емоційних зв'язках і труднощами їх встановлення. У таких ситуаціях тривалий внутрішній конфлікт створює психологічне підґрунтя, на якому

додатковий неспецифічний стрес може спровокувати розвиток кризи.

Аналізуючи психологічні механізми виникнення вегетативних кризів, важливо враховувати й роль когнітивних процесів. Експериментальні дані свідчать, що емоційно-афективна складова кризи може бути вторинною щодо первинних фізіологічних змін. Зокрема встановлено, що сама присутність лікаря або відчуття безпеки здатні значно зменшити або навіть попередити виникнення страху під час експериментального фармакологічного моделювання кризових станів. Крім того, деякі дослідження демонструють, що застосування психотерапевтичних методів без медикаментозного втручання може запобігати виникненню лактат-індукованих кризів.

Серед основних когнітивних чинників, які беруть участь у формуванні вегетативного кризу, дослідники виокремлюють попередній досвід подібних станів, очікування небезпечної ситуації, інтерпретацію зовнішніх подій і тілесних відчуттів, а також переживання безпорадності, невизначеності, загрози та втрати контролю над ситуацією [28].

Узагальнюючи взаємодію психологічних і фізіологічних механізмів патогенезу вегетативного кризу, можна запропонувати кілька моделей його виникнення. У першій моделі послідовність виглядає так: стресова подія спричиняє тривожну реакцію, що активує вегетативну нервову систему і призводить до кризи. У другій моделі між тривогою і вегетативною активацією виникає додаткова ланка — гіпервентиляція. Третя модель пов'язує появу кризи з кульмінацією внутрішнього психологічного конфлікту, який викликає тривогу і подальшу вегетативну реакцію. Четверта модель розглядає криз як наслідок актуалізації ранніх дитячих патернів страху, що активують фізіологічні механізми стресу.

У всіх зазначених моделях вирішальну роль у переході від фізіологічної активації до повноцінного кризового стану відіграють когнітивні процеси. Разом із тим питання співвідношення психологічних і фізіологічних компонентів у

формуванні кризи залишається дискусійним і потребує подальших досліджень [22].

Отже, можна зробити висновок, що у людей із певними особистісними рисами – як генетично детермінованими, так і сформованими під впливом психогенних факторів раннього розвитку – за умов високого психосоціального стресу або загострення внутрішнього конфлікту можуть виникати вегетативні кризи. Водночас відкритим залишається питання про первинність тих чи інших механізмів: чи є основою кризи первинні фізіологічні зміни, які згодом інтерпретуються особистістю та формують емоційно-афективну реакцію, чи навпаки — первинним виступає афективний стан, що супроводжується вираженими вегетативними проявами і визначає клінічну картину кризового стану.

Висновки до Розділу 1

Узагальнення теоретичних підходів до проблеми панічних атак дозволяє зробити висновок, що даний феномен є складним багатовимірним психічним станом, який поєднує емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні прояви. Аналіз наукової літератури засвідчує, що панічні атаки розглядаються як раптові епізоди інтенсивної тривоги або страху, які супроводжуються вираженими вегетативними симптомами та переживанням втрати контролю, небезпеки або загрози життю. У сучасних дослідженнях панічні атаки найчастіше розглядаються у межах тривожних розладів, зокрема панічного розладу, та пов'язані з особливостями функціонування емоційної регуляції, когнітивних процесів і системи реагування на стрес.

Розгляд клінічних проявів панічних атак показує, що їх симптоматика має комплексний характер і охоплює широкий спектр психофізіологічних реакцій. Найбільш типовими проявами є прискорене серцебиття, задишка, запаморочення,

відчуття нестачі повітря, тремтіння, пітливість, нудота, порушення рівноваги та інші соматичні симптоми. Поряд із цим у структурі панічних атак значну роль відіграють когнітивні порушення, зокрема катастрофічне інтерпретування тілесних відчуттів, очікування повторення нападу, гіперфокус на власному фізичному стані та відчуття втрати контролю над ситуацією. Саме когнітивні інтерпретації часто підсилюють інтенсивність переживання паніки та сприяють формуванню так званої «тривоги очікування», яка підтримує повторюваність нападів.

Дослідження психологічних особливостей осіб з панічними атаками свідчить про наявність певних індивідуально-психологічних характеристик, які можуть виступати чинниками вразливості до виникнення таких станів. До них належать підвищений рівень особистісної тривожності, сенситивність, емоційна нестійкість, схильність до гіперконтролю та катастрофізації подій, а також підвищена увага до тілесних відчуттів. У багатьох випадках спостерігається також зниження відчуття психологічної безпеки, схильність до унікальної поведінки та зменшення соціальної активності, що може призводити до поступового звуження життєвого простору особистості.

Таким чином, проведений теоретичний аналіз дозволяє зробити висновок, що панічні атаки є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Їх виникнення та перебіг значною мірою пов'язані з особливостями емоційної регуляції, когнітивних інтерпретацій і індивідуально-психологічних властивостей особистості. Отримані теоретичні узагальнення створюють підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження психологічних особливостей осіб з панічними атаками, а також для розроблення ефективних методів психологічної діагностики, профілактики та психокорекційної допомоги.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ З ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ

2.1. Обґрунтування та опис дослідження

З метою вирішення поставлених завдань до нашого дослідження було залучено 40 осіб (6 чоловіків та 34 жінки) віком 32-38 років з панічними атаками помірним ступенем тяжкості, що проходили психотерапію.

Дослідження психологічних особливостей осіб з панічними атаками доцільно здійснювати за системою взаємопов'язаних критеріїв, які відображають різні рівні функціонування особистості: емоційний, когнітивний, поведінковий, психофізіологічний та соціально-психологічний. Такий підхід дозволяє комплексно оцінити прояви панічних атак і зрозуміти їхній вплив на психічне здоров'я та адаптацію особистості.

Першим критерієм є **емоційний стан особистості**. Він відображає особливості переживання тривоги, страху, напруження та інших афективних реакцій. Для осіб з панічними атаками характерні підвищений рівень ситуативної та особистісної тривожності, емоційна лабільність, відчуття внутрішнього напруження, схильність до катастрофізації власних переживань. Аналіз цього критерію дозволяє визначити інтенсивність негативних емоційних переживань, їх частоту та стійкість.

Другим важливим критерієм виступає **когнітивний критерій**, який характеризує особливості мислення та інтерпретації власного стану. У осіб з панічними атаками часто спостерігаються когнітивні викривлення: катастрофічне тлумачення тілесних відчуттів, очікування небезпеки, гіперфокус на соматичних симптомах, постійне передчуття повторного нападу. Дослідження цього критерію допомагає виявити специфіку переконань, уявлень про власний стан та рівень контролю над ситуацією.

Третій критерій – **поведінковий**. Він пов'язаний зі змінами у поведінці, які виникають у відповідь на панічні напади або страх їх повторення. До таких проявів належать уникнення певних місць або ситуацій (наприклад, транспорту, натовпу, замкнених просторів), обмеження соціальної активності, підвищений контроль за тілесними відчуттями, пошук постійної безпеки. Поведінковий критерій дає змогу оцінити рівень дезадаптації та ступінь обмеження повсякденного функціонування.

Четвертий критерій – **психофізіологічний**. Він включає соматичні прояви панічних атак: серцебиття, відчуття нестачі повітря, запаморочення, тремтіння, пітливість, м'язове напруження, порушення сну. Аналіз цього критерію дозволяє оцінити інтенсивність вегетативних реакцій та їх взаємозв'язок із психологічними переживаннями.

П'ятий критерій – **особистісний**. Він стосується стійких рис особистості, які можуть виступати фоном для розвитку панічних атак. До них належать підвищена тривожність, сенситивність, схильність до самоконтролю, перфекціонізм, підвищена відповідальність, залежність від оцінки інших. Вивчення цього критерію допомагає зрозуміти, які індивідуально-психологічні характеристики можуть підвищувати вразливість до тривожних розладів.

Шостий критерій – **соціально-психологічний**. Він відображає особливості міжособистісних взаємин, соціальної підтримки та адаптації особистості у соціальному середовищі. У людей з панічними атаками можуть спостерігатися труднощі у комунікації, підвищена залежність від близьких, зниження соціальної активності та відчуття ізоляції.

Окремо доцільно виділити **регуляційний критерій**, який характеризує здатність особистості керувати власними емоційними станами. Він включає рівень саморегуляції, копінг-стратегії, способи подолання стресу та адаптивність до складних життєвих ситуацій.

Таким чином, дослідження особливостей осіб з панічними атаками має

здійснюватися за системою взаємопов'язаних критеріїв – емоційного, когнітивного, поведінкового, психофізіологічного, особистісного, соціально-психологічного та регуляційного. Комплексне використання цих критеріїв дозволяє глибше зрозуміти механізми виникнення панічних атак і визначити напрями психологічної допомоги та психокорекції.

Отож ми застосували у нашому дослідженні такі методики:

1. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна
2. Опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП)
3. Шпитальна шкала тривоги і депресії (HADS)
4. Тест життєстійкості (ТЖС) С. Мадді (1984)
5. Методика «Діагностики рівня емоційного вигорання» В.В. Бойко (окремі діагностичні шкали)

Також використовувалось клінічне інтерв'ю та авторська анкета, що складалась з двох тематичних блоків, де перший розкривав факти панічних атак, а другий – особливості перебігу цього феномену та його особливостей.

До переліку діагностичних запитань, які використовуються для виявлення наявності панічних атак, належать питання, спрямовані на уточнення суб'єктивних переживань тривоги, страху, фізіологічних симптомів та особливостей протікання нападів. Зокрема, респонденту пропонується відповісти, чи переживав він протягом останніх чотирьох тижнів епізоди раптово виникаючої інтенсивної тривоги, сильного страху або відчуття жаху. Також з'ясовується, чи виникало в нього під час таких епізодів відчуття неминучої небезпеки або передчуття катастрофи, яка ось-ось може статися. Окрему увагу приділено питанню про наявність страху втратити контроль над собою або страху смерті, які часто супроводжують панічні напади.

Крім того, уточнюється, чи виникали у респондента під час панічних переживань відчуття нереальності навколишнього світу або переживання

відчуження від самого себе. Такі переживання можуть проявлятися у вигляді деперсоналізації чи дереалізації, що є характерними супутніми симптомами панічних станів. Важливим діагностичним аспектом є також з'ясування фізіологічних реакцій організму під час нападу, зокрема чи спостерігалось у людини прискорене серцебиття або відчуття різкого посилення пульсу в момент переживання паніки.

Додатково досліджується, чи виникали у людини під час панічних станів труднощі з диханням, відчуття нестачі повітря або своєрідне відчуття «кому в горлі». У рамках опитування також уточнюється, чи супроводжувалися такі стани болісними відчуттями або спазмами у ділянці живота. Не менш важливим є з'ясування наявності симптомів запаморочення, відчуття «туману» в голові або загальної слабкості під час панічних переживань.

Окрім цього, респонденту пропонується відповісти, чи спостерігалися у нього під час панічного нападу відчуття оніміння або поколювання в різних частинах тіла. Важливою частиною діагностичного опитування є також питання про те, чи виникали у людини подібні епізоди страху або паніки раніше. Окремо уточнюється, чи траплялися панічні напади несподівано, у ситуаціях, які раніше не викликали тривоги або дискомфорту. Також з'ясовується, чи відчуває людина страх повторного виникнення подібних нападів, що може свідчити про формування очікувальної тривоги.

З метою більш детального вивчення особливостей перебігу панічних атак, а також визначення їх специфічних проявів, у дослідженні було використано додаткові запитання, спрямовані на аналіз соматичних симптомів, емоційних переживань і поведінкових реакцій у момент виникнення панічного нападу. Зокрема, респонденту пропонувався зазначити, чи помічав він у себе під час нападів паніки поверхнєве або прискорене дихання.

Крім того, уточнювалося, чи спостерігалися під час таких епізодів порушення

серцевого ритму, зокрема відчуття сильного серцебиття, пульсації, перебоїв у роботі серця або навіть суб'єктивне відчуття його зупинки. Окремо досліджувалася наявність болю або дискомфорту у лівій частині грудної клітини під час нападів паніки чи страху.

У процесі опитування також з'ясовувалося, чи виникала у респондентів підвищена пітливість під час переживання панічного стану. Додатково досліджувалася наявність відчуття нестачі повітря або задишки, які часто супроводжують панічні атаки. Респондентам також ставилися питання про появу відчуттів раптового жару або холоду під час нападів страху.

Не менш важливим було встановлення наявності нудоти або неприємних відчуттів у ділянці шлунка під час панічного нападу. У дослідженні також враховувалися симптоми запаморочення, нестійкості, відчуття «туману» в голові або переживання, що може настати непритомність.

Окремий блок запитань стосувався сенсорних відчуттів: респондентів запитували, чи виникали під час панічних атак відчуття поколювання або оніміння в тілі чи кінцівках. Також уточнювалося, чи спостерігалися тремтіння в тілі або кінцівках, посмикування чи відчуття напруження або стягування м'язів.

Крім цього, з метою оцінки поведінкових проявів панічних станів досліджувалося, чи зверталася людина часто за медичною допомогою через погіршення самопочуття. Завершальним питанням було уточнення обставин виникнення панічних атак, зокрема в які періоди життя та за яких умов вони проявлялися. Це дозволяє встановити можливий зв'язок між виникненням панічних станів та певними життєвими ситуаціями або стресогенними подіями.

2.2. Аналіз результатів дослідження

Аналіз результатів проведеного клінічного діагностичного інтерв'ю засвідчує, що досвід переживання панічних атак мають 44% опитаних. При цьому 34%

респондентів продовжують відчувати напади паніки на момент проведення дослідження. Половина учасників опитування (51%) зазначила, що під час нападів переживала інтенсивний страх смерті або відчуття наближення небезпечної для життя ситуації. Усі досліджувані, які мали досвід панічних атак, повідомили про наявність страху втрати контролю над власною поведінкою або тілесними реакціями. Водночас переживання дереалізації та відчуття відчуженості від самого себе були зафіксовані у 92% осіб із вираженими проявами панічних атак.

Серед соматичних проявів панічних атак найбільш поширеними виявилися кардіологічні симптоми. Так, прискорене серцебиття, відчуття перебоїв у роботі серця або суб'єктивне переживання його зупинки відзначили 95% респондентів, які мають панічні атаки. Больові або дискомфортні відчуття в ділянці грудної клітки були зафіксовані у 75% опитаних. Респіраторні симптоми, зокрема задишка, відчуття «клубка в горлі», прискорене дихання та нестача повітря, спостерігалися у 88% досліджуваних із панічними атаками. У 45% респондентів було виявлено прояви з боку шлунково-кишкового тракту, що проявлялися у вигляді спазмів, больових відчуттів у животі, дискомфорту або нудоти.

Симптоми запаморочення та відчуття слабкості відзначили 30% осіб, які переживають панічні напади. Відчуття оніміння або поколювання у різних частинах тіла спостерігалось у 26% опитаних. Підвищена пітливість, що виступає проявом надмірної вегетативної активації, була характерною для 99% респондентів, так само як і переживання раптових приливів жару або ознобу. Відчуття нестійкості, а також переживання наближення втрати свідомості, які можна віднести до псевдоневрологічних проявів панічних атак, виявлено у 70% досліджуваних. Відчуття поколювання та оніміння було зафіксовано у 65% респондентів, тоді як тремор спостерігався у всіх осіб, які повідомили про наявність панічних атак.

Щодо емоційних проявів, то переживання інтенсивного страху смерті, а також відчуття серйозної загрози для життя і здоров'я було виявлено у 49% учасників

дослідження. Водночас страх повторного виникнення панічного нападу характерний для всіх респондентів, які або продовжують переживати панічні атаки, або мали такий досвід у минулому.

Аналіз поведінкових проявів показав, що всі досліджувані, які мають або раніше переживали панічні атаки, зазначали схильність уникати місць чи ситуацій, у яких раніше виникали напади паніки. При цьому 24% респондентів повідомили про збільшення кількості звернень по медичну допомогу, включаючи виклики бригад швидкої допомоги та госпіталізації, пов'язані з інтенсивними соматичними відчуттями, характерними для панічних атак. Найчастіше учасники дослідження зверталися за невідкладною медичною допомогою до фахівців кардіологічного, ендокринологічного та неврологічного профілю. Частина респондентів також зверталася до психіатрів через сильний страх втратити розум або збожеволіти.

Аналіз різновидів панічних атак показав, що найбільш поширеними є респіраторний та типовий варіанти панічних нападів, які були виявлені у 75% досліджуваних. Вестибулярний різновид панічних атак спостерігався у 26% респондентів, тоді як прояви алекситимічного типу панічних нападів були характерні для 5% учасників дослідження.

Результати дослідження рівня ситуативної та особистісної тривожності показали, що у 85% осіб із панічними атаками зафіксовано високий рівень особистісної тривожності. Середній рівень особистісної тривожності був характерний для 18% респондентів, тоді як низький рівень особистісної тривожності спостерігався лише у 7% опитаних. Детально результати представлені на рис. 2.1.

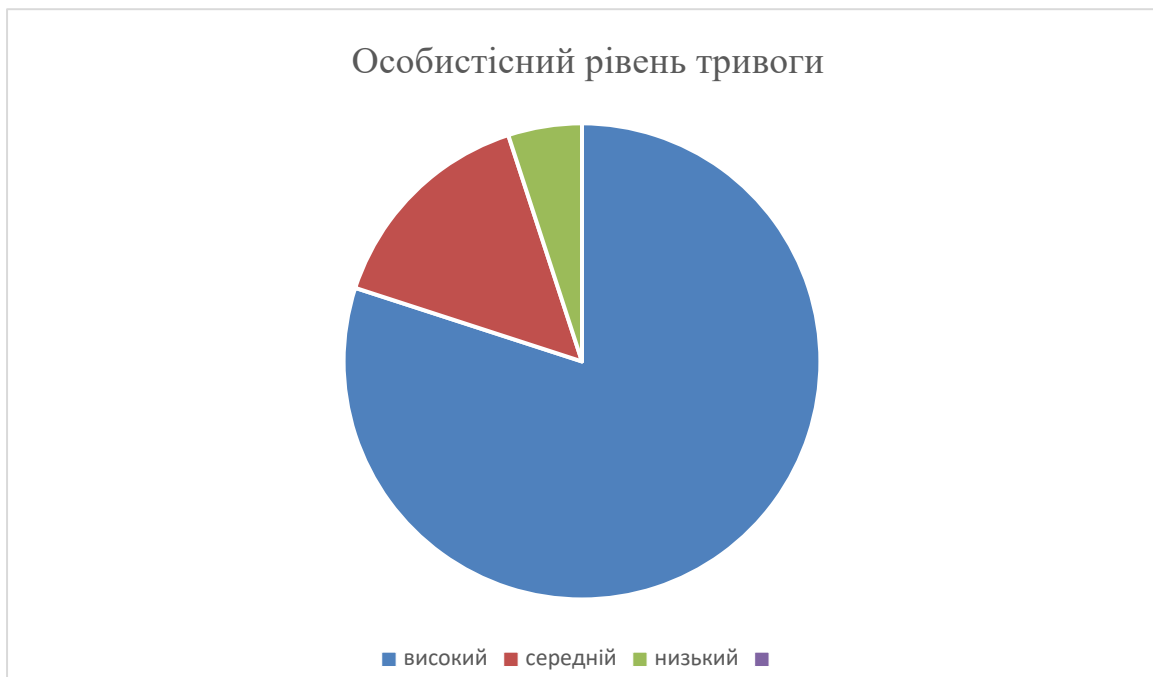


Рис. 2.1. Результати рівня особистісної тривоги

Результати кореляційного аналізу, здійсненого за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмана, засвідчують наявність статистично значущого взаємозв'язку між рівнем особистісної тривожності та схильністю до виникнення панічних атак. Отримане значення коефіцієнта кореляції становить $r_s = 0,483$, що вказує на помірний прямий зв'язок між досліджуваними показниками. При обсязі вибірки $N = 45$ та розрахованому значенні критерію Стьюдента $t_{emp} = 22$ отримані результати знаходяться в зоні статистичної значущості. Це дозволяє стверджувати, що підвищений рівень особистісної тривожності пов'язаний зі збільшенням ймовірності проявів панічних атак. Інакше кажучи, чим вищим є рівень тривожності як стійкої індивідуально-психологічної характеристики, тим більш вираженою є схильність до переживання панічних станів.

Поглиблений аналіз відповідей досліджуваних на твердження, представлені у бланку методики оцінювання тривожності, дозволив виявити низку характерних психологічних особливостей осіб із панічними атаками. Зокрема, 90% респондентів експериментальної групи повідомили про відчуття сильного

внутрішнього занепокоєння, яке виникає під час згадування про власні справи, повсякденні обов'язки або життєві турботи. Це свідчить про наявність підвищеного рівня тривожного очікування, коли навіть звичайні життєві ситуації сприймаються як потенційно проблемні або напружені. Така особливість вказує на схильність до постійної внутрішньої мобілізації психічних ресурсів, що призводить до хронічного психоемоційного напруження.

Водночас 65% осіб із панічними атаками зазначили, що не можуть охарактеризувати себе як врівноважених людей. Це свідчить про знижену емоційну стабільність, підвищену реактивність нервової системи та труднощі в регуляції власних емоційних станів. Подібна особливість може створювати додаткові передумови для формування панічних реакцій, оскільки люди з високою емоційною чутливістю значно гостріше реагують на стресові події або внутрішні переживання.

Крім того, 75% респондентів експериментальної групи відзначили, що дуже сильно переживають власні розчарування і протягом тривалого часу зберігають пам'ять про них. Це свідчить про схильність до румінацій, тобто повторного переживання негативних подій або ситуацій у думках. Подібні когнітивні процеси підтримують стан тривожності та емоційного напруження, оскільки людина постійно повертається до негативного досвіду, що може підсилювати відчуття безпорадності та невпевненості.

У всіх досліджуваних експериментальної групи було зафіксовано труднощі з концентрацією уваги. Ці труднощі проявляються у частому відволіканні на незначні стимули або дрібні деталі, що свідчить про підвищену чутливість до зовнішніх і внутрішніх подразників. Порушення концентрації уваги часто поєднується з підвищеною психічною виснаженістю, оскільки постійна тривога потребує значних енергетичних ресурсів для підтримання стану готовності до можливих загроз.

Крім того, у досліджуваних з панічними атаками спостерігається схильність до швидкої втомлюваності, підвищена емоційна чутливість та надмірна емоційність. У багатьох випадках це супроводжується зниженням загальної якості життя, оскільки постійна тривожність обмежує можливості повноцінного функціонування в різних сферах життєдіяльності. Досліджувані також повідомляють про труднощі у процесі прийняття рішень, що може бути пов'язано з невпевненістю у власних можливостях та страхом допустити помилку.

Важливою характеристикою психологічного стану осіб із панічними атаками є відчуття хронічної втоми та психічного виснаження. Це пояснюється тривалим перебуванням у стані підвищеної тривожної напруги, що потребує значних внутрішніх ресурсів. Для таких осіб також характерні розсіяність, надмірна заклопотаність дрібними проблемами, а також підвищений рівень тривоги щодо можливих труднощів у майбутньому.

Багато досліджуваних відзначають схильність надмірно емоційно реагувати на різні події та приймати їх надто близько до серця. Це супроводжується нестачею впевненості у власних силах, а також відсутністю базового відчуття психологічної безпеки. У зв'язку з цим у поведінці таких осіб часто формується тенденція до уникання потенційно складних або критичних ситуацій. Подібна стратегія поведінки спрямована на зниження тривоги, однак у довгостроковій перспективі може призводити до звуження життєвого простору та обмеження соціальної активності.

Особливої уваги заслуговує той факт, що 80% опитаних з експериментальної групи повідомили про відчуття незадоволення собою. Це може свідчити про зниження самооцінки, формування негативного образу «Я» та внутрішнє відчуття власної неспроможності впоратися зі складними життєвими обставинами.

Водночас результати дослідження контрольної групи, до складу якої

входили респонденти без панічних атак, демонструють суттєво іншу психологічну картину. Зокрема, у 80% осіб цієї групи зафіксовано низький рівень особистісної тривожності, що свідчить про відносну емоційну стабільність, здатність до ефективної саморегуляції та більш адекватне реагування на стресові події. У 15% респондентів було виявлено помірний рівень особистісної тривожності, який наближається до високого, однак не супроводжується вираженими проявами панічних реакцій. Лише у 5% досліджуваних контрольної групи було зафіксовано високий рівень особистісної тривожності.

Порівняння результатів експериментальної та контрольної груп дозволяє зробити висновок про те, що підвищений рівень особистісної тривожності виступає важливим психологічним фактором, пов'язаним із формуванням та підтриманням панічних атак. Отримані результати свідчать, що особи з панічними атаками характеризуються більшою емоційною вразливістю, підвищеною чутливістю до стресових ситуацій, схильністю до тривожного очікування негативних подій та зниженим рівнем психологічної стабільності. Усе це створює сприятливі умови для виникнення та повторюваності панічних станів.

Аналіз відповідей, отриманих у результаті опрацювання тверджень, представлених у бланку відповідної методики, показав, що лише у 10% досліджуваних під час згадування про власні справи або життєві турботи виникає відчуття вираженої тривоги. Також приблизно у 10% респондентів зафіксовано прояви хронічної втоми та емоційного виснаження, труднощі з концентрацією уваги, а також схильність відволікатися на незначні подразники й хвилюватися через незначні життєві ситуації.

Водночас лише 5% опитаних зазначили, що мають тенденцію надмірно емоційно реагувати на події та сприймати їх занадто близько до серця. Ця ж частка респондентів повідомила про певне зниження суб'єктивного відчуття якості життя. Переживання тривоги щодо можливих труднощів у майбутньому було

характерним для 20% учасників дослідження, які не мають досвіду панічних атак. Крім того, у 20% респондентів контрольної групи було відзначено прояви недостатньої впевненості у власних силах, а також відчуття незадоволеності собою.

Разом з тим схильність до уникнення потенційно складних або критичних ситуацій, відсутність стійкого базового відчуття безпеки та певні прояви емоційної неврівноваженості було виявлено у 30% учасників контрольної групи.

Під час аналізу результатів дослідження рівня ситуативної тривожності встановлено, що її підвищений рівень характерний для 75% осіб, які переживають панічні атаки. Крім того, всі респонденти цієї групи відзначили наявність відчуття внутрішнього неспокою, переживання загрози, стану постійної напруги, хвилювання щодо можливих невдач, підвищеної втомлюваності, незадоволення собою, нестачі впевненості у власних можливостях, нервозності, скутості та емоційної напруженості.

Що стосується помірного рівня ситуативної тривожності, то він був зафіксований у 15% досліджуваних, тоді як низький рівень ситуативної тривожності спостерігався у 10% учасників дослідження.

Проведений кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта рангової кореляції Спірмана показав, що між рівнем ситуативної тривожності та схильністю до виникнення панічних атак існує статистично значущий зв'язок. Значення коефіцієнта кореляції становить $r_s = 0,473$, а при розрахованому значенні критерію Стюдента $t_{emp} = 20$ отримані показники знаходяться в зоні статистичної значущості, що підтверджує наявність взаємозв'язку між досліджуваними психологічними характеристиками.

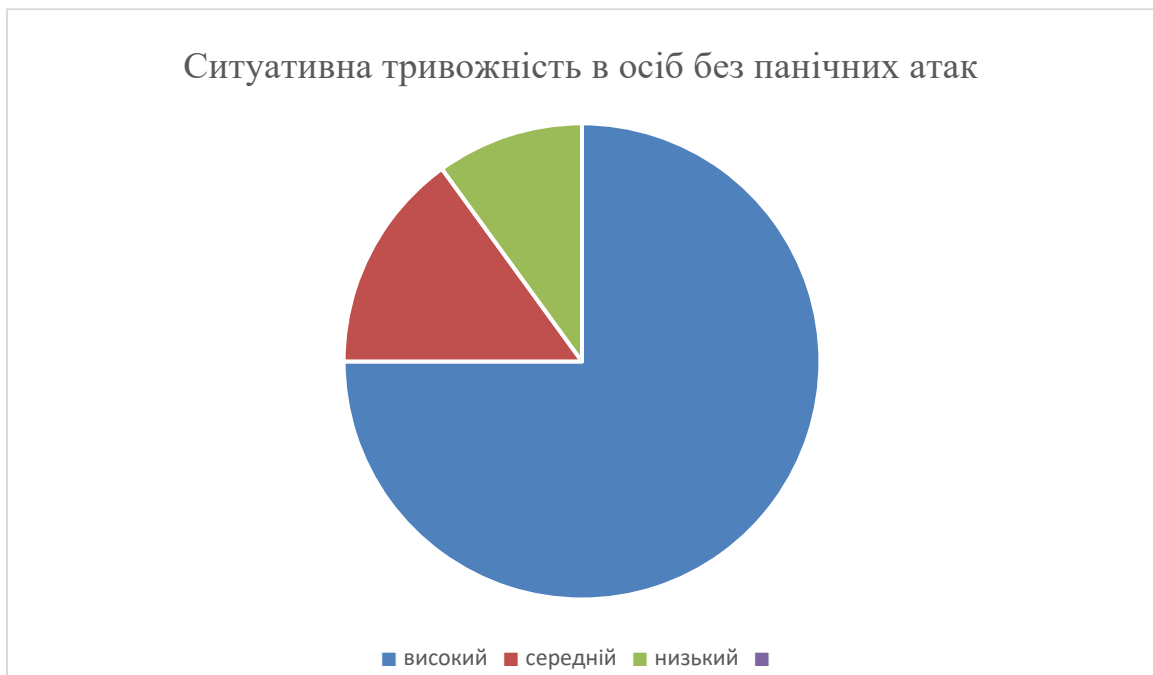


Рис. 2.2. Рівень ситуативної тривожності в контрольній групі

Аналіз отриманих результатів щодо рівня ситуативної тривожності у респондентів, які не мають досвіду панічних атак, свідчить про відносно помірний характер проявів тривоги у більшості учасників цієї групи. Зокрема, високий рівень ситуативної тривожності було виявлено у 15% досліджуваних, середній рівень зафіксовано у 70% респондентів, тоді як низький рівень спостерігається у 15% опитаних. Особи з високим рівнем ситуативної тривоги повідомляли про відчуття внутрішнього занепокоєння, психічної напруженості, недостатню впевненість у власних можливостях, незадоволеність собою, підвищену втому, відчуття скутості та емоційної збудженості. Крім того, у половини опитаних (50%) виявлено переживання, пов'язані з очікуванням можливих труднощів або невизначеністю щодо майбутніх подій, що супроводжується хвилюванням і відчуттям потенційної загрози.

Дослідження показників тривоги та депресії, здійснене за допомогою госпітальної шкали тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale –

HADS), виявило суттєві відмінності між експериментальною та контрольною групами. У всіх респондентів, які переживають панічні атаки, зафіксовано високі показники тривожності, тоді як серед осіб контрольної групи подібний рівень тривоги було виявлено лише у 15% випадків. Проведений кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта рангової кореляції Спірмана показав наявність статистично значущого зв'язку між рівнем тривожності та схильністю до виникнення панічних атак. Значення коефіцієнта кореляції становить $r_s = 0,463$, а розраховане значення критерію Стюдента $t_{emp} = 6,8$ підтверджує статистичну значущість отриманих результатів.

Крім того, результати вимірювання показників депресивних проявів свідчать про наявність клінічно значущих симптомів депресії у 20% осіб з панічними атаками, тоді як ще у 10% цієї групи зафіксовано прояви субклінічної депресії. У контрольній групі відповідні показники є значно нижчими і коливаються у межах 5–10%. Це свідчить про тісний взаємозв'язок між панічними атаками, підвищеною тривожністю та депресивними проявами, що вказує на комплексний характер психоемоційних порушень у даної категорії осіб.

Опрацювання результатів опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) продемонструвало наявність вираженого невротичного компоненту у значної частини досліджуваних з панічними атаками. Зокрема, високий рівень невротизації було зафіксовано у 60% респондентів експериментальної групи, тоді як серед осіб без панічних атак аналогічні показники спостерігалися лише у 20% випадків.

Аналіз відповідей досліджуваних з панічними атаками показав, що для них характерним є широкий спектр психофізіологічних та емоційно-поведінкових проявів. Зокрема, всі респонденти цієї групи відзначають наявність таких симптомів, як прискорене серцебиття, відчуття нестачі повітря або задишки, підвищене нервово збудження та внутрішня схвильованість. У більшості випадків

спостерігається погіршення самопочуття, безсоння або труднощі із засинанням, а також високий рівень психічної напруги під час виконання професійної чи повсякденної діяльності.

Для осіб з панічними атаками також характерним є підвищений рівень загальної нервово-психічної збудливості, схильність до появи численних страхів і побоювань, переважання негативного емоційного фону та часті переживання пригніченого настрою. Значна частина досліджуваних повідомляє про відчуття сильної втоми, схильність до сумних або тривожних роздумів, уповільнення мисленнєвих процесів, а також наявність внутрішніх психологічних конфліктів.

Крім того, у поведінці таких осіб простежується тенденція до прокрастинації, постійного переживання тривоги, зниження віри у власні можливості та недостатньої впевненості у собі. Багато респондентів відзначають схильність брати на себе надмірну кількість обов'язків, що призводить до перевантаження та посилення психоемоційного виснаження. Серед соматичних проявів також згадуються скарги на погіршення зору, підвищену чутливість до критики та зауважень з боку інших людей, періодичні епізоди сильного занепокоєння та внутрішньої непосидючості.

Характерною особливістю поведінки осіб з панічними атаками є також уникання місць великого скупчення людей, підвищена схильність хвилюватися через незначні життєві обставини, а також дратівливість і труднощі у збереженні емоційної рівноваги. Узагальнені результати відсоткового розподілу окремих індикаторів невротизації представлено в таблиці 2.1, що дозволяє системно оцінити структуру психологічних проявів, характерних для осіб із панічними атаками.

2.3. Особливості та алгоритми консультування клієнтів з панічними атаками

Психологічне консультування клієнтів з панічними атаками має базуватися на розумінні багатофакторної природи цього феномену, що включає когнітивні, емоційні, поведінкові та психофізіологічні компоненти. Панічні атаки не є лише окремими епізодами інтенсивного страху, а формуються в межах стійких психологічних механізмів, зокрема катастрофічних інтерпретацій тілесних відчуттів, підвищеної тривожності, гіперфокусу на внутрішніх станах та порушень емоційної регуляції. Відповідно, консультування має бути спрямоване не лише на зменшення симптомів, а на зміну способів інтерпретації досвіду, формування навичок саморегуляції та відновлення відчуття контролю над власним станом.

Однією з ключових особливостей роботи з такими клієнтами є необхідність створення відчуття безпеки та передбачуваності терапевтичного процесу. Особи з панічними атаками часто переживають страх втрати контролю, тому структурованість сесій, чіткість пояснень і стабільність взаємодії з консультантом виступають важливими факторами терапевтичної ефективності. На початковому етапі роботи доцільно приділяти увагу психоосвіті, яка включає пояснення природи панічних атак, механізмів виникнення симптомів та ролі когнітивних і фізіологічних процесів у формуванні панічного стану. Психоосвіта сприяє зниженню катастрофічного сприйняття симптомів і формує у клієнта більш реалістичне розуміння власного стану.

Алгоритм консультування клієнтів з панічними атаками доцільно розглядати як поетапний процес. На першому етапі здійснюється психодіагностика, що передбачає оцінку рівня тривожності, особливостей когнітивних інтерпретацій, характеру емоційної регуляції, наявності поведінки

уникнення та життєвого контексту клієнта. Важливим є виявлення тригерів панічних атак, а також дослідження індивідуальних переконань щодо власного стану і тілесних відчуттів.

Другий етап включає психоосвітню роботу та формування базового розуміння механізмів панічних атак. Клієнту пояснюється роль вегетативної нервової системи, феномен «тривожного кола», а також взаємозв'язок між думками, емоціями та фізіологічними реакціями. Це дозволяє знизити рівень страху перед симптомами і сформувати більш адаптивне ставлення до власного стану.

На третьому етапі основна увага приділяється роботі з когнітивними спотвореннями. Клієнт навчається ідентифікувати автоматичні думки, що виникають у ситуаціях тривоги, та поступово змінювати катастрофічні інтерпретації тілесних відчуттів. Важливим завданням є формування здатності до альтернативного мислення та зниження інтенсивності тривожних прогнозів.

Четвертий етап спрямований на розвиток навичок емоційної та фізіологічної саморегуляції. У межах цього етапу можуть використовуватися техніки контролю дихання, релаксації, заземлення та усвідомлення тілесних відчуттів. Це сприяє зниженню інтенсивності фізіологічних реакцій і підвищує здатність клієнта впливати на власний стан у момент виникнення тривоги.

П'ятий етап передбачає поступову роботу з поведінкою уникнення. Клієнт навчається поступово повертатися до ситуацій, яких він уникає, формуючи новий досвід безпечного перебування у тривожних умовах. Це дозволяє зменшити тривогу очікування та розірвати патологічний цикл підтримання панічних станів.

Завершальний етап роботи включає закріплення отриманих навичок, формування стійких стратегій саморегуляції та профілактику рецидивів. Особлива увага приділяється розвитку психологічної стійкості, підвищенню

рівня саморозуміння та формуванню адаптивних способів реагування на стресові ситуації.

Таким чином, консультування клієнтів з панічними атаками має бути комплексним, структурованим та орієнтованим на інтеграцію когнітивних, емоційних і поведінкових змін. Поєднання психоосвіти, когнітивної роботи, розвитку навичок саморегуляції та поступового подолання поведінки уникнення забезпечує ефективність психологічної допомоги та сприяє відновленню психологічної стабільності особистості.

Висновки до Розділу 2

У другому розділі кваліфікаційної роботи було здійснено емпіричне дослідження психологічних особливостей осіб з панічними атаками, що дало змогу конкретизувати теоретичні положення та виявити практично значущі закономірності функціонування особистості у станах підвищеної тривожності.

На основі проведеного дослідження встановлено, що для осіб із панічними атаками характерним є підвищений рівень як реактивної, так і особистісної тривожності, що свідчить про стійку схильність до переживання напруження та очікування небезпеки. Виявлено також тенденцію до формування катастрофічних інтерпретацій тілесних відчуттів, що підтверджує ключову роль когнітивних механізмів у підтриманні панічних станів. Особливості когнітивної обробки інформації проявляються у підвищеній увазі до соматичних сигналів, негативному прогнозуванні та схильності до перебільшення загрози.

Емпіричні результати засвідчили наявність труднощів у сфері емоційної регуляції, що проявляються у підвищеній емоційній чутливості, схильності до внутрішнього напруження та недостатній здатності до конструктивного опрацювання негативних переживань. У структурі особистості таких осіб простежуються також ознаки зниження психологічної стійкості, що ускладнює

адаптацію до стресових ситуацій та сприяє закріпленню тривожних реакцій.

Важливим результатом дослідження є встановлення зв'язку між високим рівнем тривожності, когнітивними спотвореннями та формуванням поведінки уникнення. Уникання ситуацій, пов'язаних із можливістю виникнення панічного нападу, виступає як короткостроковий механізм зниження тривоги, але водночас підтримує патологічний цикл панічних станів та обмежує соціальне функціонування особистості.

У межах дослідження також було окреслено особливості та алгоритми психологічного консультування осіб з панічними атаками. Визначено, що ефективна психологічна допомога має ґрунтуватися на комплексному підході, який включає роботу з когнітивними інтерпретаціями тілесних відчуттів, розвиток навичок емоційної саморегуляції, зниження рівня тривожності та формування адаптивних копінг-стратегій. Важливим напрямом консультування є також робота з відчуттям втрати контролю та підвищення рівня суб'єктивної впевненості у власних можливостях.

Отримані результати підтверджують, що панічні атаки є складним багатовимірним феноменом, у якому поєднуються когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. Це обумовлює необхідність інтегративного підходу до психологічної діагностики та допомоги особам із панічними станами.

Таким чином, емпіричне дослідження дозволило виявити ключові психологічні особливості осіб з панічними атаками, уточнити механізми їх формування та обґрунтувати напрями ефективної психологічної допомоги, що має важливе значення для подальшого розвитку теоретичних і практичних аспектів досліджуваної проблеми

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне та емпіричне дослідження проблеми психологічних особливостей осіб з панічними атаками, що дозволило комплексно розкрити сутність цього феномену, визначити ключові психологічні чинники його формування та окреслити напрями психологічної допомоги.

У процесі теоретичного аналізу встановлено, що панічні атаки є складним багаторівневим психофізіологічним явищем, яке формується внаслідок взаємодії когнітивних, емоційних, поведінкових і біологічних чинників. Виявлено, що важливу роль у виникненні панічних станів відіграють катастрофічні інтерпретації тілесних відчуттів, порушення емоційної регуляції, підвищена тривожність та особливості когнітивних схем, що підтримують відчуття загрози і втрати контролю.

Аналіз наукової літератури дозволив визначити, що панічні атаки супроводжуються комплексом соматичних, емоційних і когнітивних симптомів, які взаємно підсилюють один одного та формують так зване «тривожне коло». Встановлено, що повторюваність панічних епізодів сприяє формуванню тривоги очікування, унікальної поведінки та обмеження соціальної активності, що негативно впливає на якість життя особистості.

Результати емпіричного дослідження підтвердили, що для осіб із панічними атаками характерним є підвищений рівень реактивної та особистісної тривожності, схильність до катастрофічного мислення, гіперфокус на тілесних відчуттях, труднощі емоційної регуляції та зниження психологічної стійкості. Виявлено, що зазначені особливості взаємопов'язані та виступають як чинники, що сприяють виникненню і підтриманню панічних станів.

Установлено, що значну роль у формуванні панічних атак відіграють когнітивні механізми, пов'язані з інтерпретацією фізіологічних реакцій організму як небезпечних, а також психологічні фактори, зокрема внутрішні конфлікти,

підвищена емоційна чутливість і досвід переживання стресових ситуацій. Підтверджено, що поєднання індивідуально-психологічних особливостей і зовнішніх стресових впливів створює передумови для розвитку панічних станів.

У роботі обґрунтовано, що ефективна психологічна допомога особам із панічними атаками має базуватися на інтегративному підході, який передбачає поєднання когнітивно-поведінкових, емоційно-регуляційних та психоосвітніх інтервенцій. Визначено, що ключовими напрямками консультативної роботи є корекція катастрофічних інтерпретацій, формування навичок емоційної саморегуляції, зниження рівня тривожності, розвиток психологічної стійкості та подолання унікальної поведінки.

Отримані результати мають теоретичне та практичне значення, оскільки розширюють уявлення про психологічні особливості осіб з панічними атаками та можуть бути використані для удосконалення психодіагностичної роботи, розроблення програм психологічної допомоги та профілактики тривожних розладів.

Перспективи подальших досліджень полягають у більш детальному вивченні взаємозв'язку між індивідуально-психологічними характеристиками, стратегіями емоційної регуляції та ефективністю психотерапевтичних втручань у роботі з панічними атаками, а також у розробленні диференційованих програм психологічної допомоги з урахуванням індивідуальних особливостей особистості.

Таким чином, мету дослідження досягнуто, поставлені завдання виконано, що підтверджує наукову і практичну значущість отриманих результатів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Аврамчук О. О. Роль впливу соціального уникнення та дистанціювання на схильність до тривожних розладів у період пандемії COVID-19. Психосоматична медицина та загальна практика. 2021. Т. 6, № 1.
2. Андрущенко Т., Федоренко А., Ханецька Т. Психологічні особливості розвитку психіки особистості у сучасному соціокультурному середовищі. Science and Education. 2025. № 1. С. 68–75.
3. Бернхардт Клаус. Забудьте про панічні атаки. В-во: BookChef, 2025. 176 с.
4. Васютинський В. О. Психологічне благополуччя особистості в умовах соціальної нестабільності. Український психологічний журнал. 2018. № 1. С. 7–16.
5. Гончаренко М. С. Психологічні механізми виникнення тривожних розладів. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія». 2018. № 64. С. 56–61.
6. Данилюк І. В. Психічні стани та психологічне благополуччя особистості. Український психологічний журнал. 2020. № 3. С. 15–27.
7. Дідковська Л.І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії : навч. посіб. / Л. І. Дідковська ; Львівський нац. ун-т ім. І. Франка. : Львів : [Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2010](#). 264 с. рис. Табл.
8. Дрозд О. В. Феномен панічних атак у молодих жінок в умовах воєнного часу. Habitus. 2024. № 57. С. 215–219.
9. Зливков В. Л. Психічні стани особистості в умовах соціальних змін. Київ : Педагогічна думка, 2020. 198 с.
10. Зливков В. Л. Психологічні чинники розвитку тривожних станів особистості. Київ : Педагогічна думка, 2020. 210 с.

11. Ігумнова О. Б. Формування та виокремлення комплексів психічних станів особистості. Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія Психологія. 2015. № 30. С. 142–148.
12. Карамушка Л. М. Психологія стресу та психічні стани особистості у професійній діяльності. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2019. 268 с.
13. Карамушка Л. М. Психологія стресу та тривоги в професійній діяльності. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2019. 268 с.
14. Колосович О.С., Угрин О. Г. Основи патопсихології та клінічної психології, Львів : ЛДУВС, 2020 Опис: 384 с.
15. Корнілова В. В. До проблеми вивчення психічних станів особистості. Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету. 2015. № 29. С. 295–308.
16. Кочарян О. С. Психологія емоційних станів особистості. Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2018. 256 с.
17. Кочарян О. С. Психологія тривоги та страху. Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2017. 256 с.
18. Кочерга О. П. Тривожність як психологічний феномен особистості. Психологічні перспективи. 2019. № 33. С. 64–72.
19. Кузікова С. Б. Психологія емоційних та психічних станів особистості. Суми : Сумський державний університет, 2019. 312 с.
20. Кузікова С. Б. Психологія тривожності особистості. Суми : Сумський державний університет, 2019. 312 с.
21. Лазос Г. П. Психоемоційні стани особистості в умовах суспільної кризи. Психологія і суспільство. 2020. № 3. С. 87–94.
22. Лазос Г. П. Психологічні механізми подолання тривожних розладів. Актуальні проблеми психології. 2020. Т. 7. С. 123–131.

23. Максименко С. Д. Генетична психологія особистості. Київ : КММ, 2006. 320 с.
24. Міщенко В. І. Психологічні чинники розвитку тривожних розладів у сучасному суспільстві. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2020. № 2. С. 34–39.
25. Москалець В. П. Психічні стани особистості в екстремальних умовах діяльності. Івано-Франківськ : Нова Зоря, 2017. 290 с.
26. Москалець В. П. Психологія особистості в екстремальних умовах. Івано-Франківськ : Нова Зоря, 2018. 300 с.
27. Науменко Н. О. Наукові підходи до вивчення негативних психічних станів особистості. Вчені записки Університету «КРОК». 2023. № 2. С. 112–118.
28. Паламарчук О., Чухрій І. Психологічна підтримка та відновлення емоційної рівноваги дітей у процесі переживання травматичних подій. *Psychology of Personality*. 2024. Т. 3, № 4. С. 31–37. DOI: [https://doi.org/10.31652/2786-6033-2024-3\(4\)-31-37](https://doi.org/10.31652/2786-6033-2024-3(4)-31-37).
29. Петренко В. Ф. Психологія емоційних станів особистості. Київ : Либідь, 2017. 280 с.
30. Пов'якель Н. М. Психологічні механізми регуляції психічних станів особистості. Актуальні проблеми психології. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2019. Т. 7. С. 112–120.
31. Пов'якель Н. М. Психологічні особливості тривожності особистості в сучасних умовах. Психологія і суспільство. 2018. № 4. С. 78–85.
32. Роденкова В. А. Психічні стани особистості в умовах воєнного стану. Харків : Харківський національний університет внутрішніх справ, 2023.
33. Романенко Л. В. Психологічні аспекти панічних атак та їх психокорекція. Актуальні проблеми психології. 2021. Т. 11. С. 95–103.
34. Савчин М. В. Психологія особистості. Київ : Академвидав, 2020. 456 с.

35. Савчин М. В. Психологія переживань і психічних станів особистості. Київ : Академвидав, 2020. 408 с.
36. Сердюк Л. З. Психологічне благополуччя як інтегральний показник психічних станів особистості. *Ukrainian Psychological Journal*. 2019. № 2. С. 45–56.
37. Срібна О. В. Психологічний зміст комплексної програми профілактики та корекції панічних розладів. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 6. С. 843–851.
38. Титаренко Т. М. Життєві кризи особистості: психологічні механізми та способи подолання. Київ : КММ, 2018. 304 с.
39. Титаренко Т. М. Життєві кризи та психічні стани особистості. Київ : Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2018. 320 с.
40. Христюк О. Л. Дослідження психоемоційних станів особистості під впливом стресогенних факторів. *Вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2022. № 2. С. 45–53.
41. Чепелева Н. В. Психологічна допомога особистості у кризових станах. Київ : Міленіум, 2019. 240 с.
42. Чепелева Н. В. Психологічні стани особистості в кризових життєвих ситуаціях. Київ : Міленіум, 2019. 240 с.
43. Яковлева Н. Ю. Психологічні особливості тривожних розладів у хворих на отосклероз : дис. ... канд. психол. наук. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2020.
44. Aslam S. Y., Hussain A., Khan M. The cognitive theory of panic disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2024. Vol. 110. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102298>
45. Barlow D. H. *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York : Guilford Press, 2002. 704 p.
46. Beck A. T., Emery G., Greenberg R. *Anxiety Disorders and Phobias: A*

Cognitive Perspective. New York : Basic Books, 2005. 416 p.

47. Cackovic C., Nazir S., Marwaha R. Panic disorder. StatPearls. Treasure Island : StatPearls Publishing, 2023. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-12538-1_40

48. Carlbring P., Andersson G. Internet-delivered cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. Cognitive Behaviour Therapy. 2018. Vol. 47, № 1. P. 1–10. DOI: <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>

49. Carlbring P., Westling B. E., Ljungstrand P. et al. Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of a self-help program. Behavior Therapy. 2001. Vol. 32, № 4. P. 751–764. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80019-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80019-8)

50. Chandio R. R., Rashid U. S. Panic attacks: clinical features and management. Therapeutic Advances in Psychopharmacology. 2025. Vol. 15. DOI: <https://doi.org/10.1177/17557380241304346>

51. Clark D. M. A cognitive approach to panic. Behaviour Research and Therapy. 1986. Vol. 24, № 4. P. 461–470. DOI: [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)

52. Craske M. G., Barlow D. H. Mastery of Your Anxiety and Panic: Therapist Guide. Oxford : Oxford University Press, 2007. 208 p. DOI: <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195336450.001.0001>

53. Gray B., Robinson A., Bisson J. Management of generalized anxiety disorder and panic disorder. BJPsych Advances. 2024. Vol. 30. P. 1–11. DOI: <https://doi.org/10.1192/bja.2023.39>

54. Kozłowska A. Analysis of anxiety disorders and post-traumatic stress disorder. International Journal of Molecular Sciences. 2025. Vol. 26, № 4. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms26041414>

55. Nardi A. E., Freire R. C. (eds.). Panic Disorder. Cham : Springer, 2016. 429 p. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-12538-1>

56. Ohi K., Takahashi T., Hashimoto R. Clinical features and genetic mechanisms of anxiety and fear disorders. Molecular Psychiatry. 2025. Vol. 30. DOI:

<https://doi.org/10.1038/s41380-025-03155-1>

57. Stein D. J., Hollander E. Textbook of Anxiety Disorders. Washington : American Psychiatric Publishing, 2010. 768 p. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781585623921>