

УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

Нормоконтроль проведено _____

Кваліфікаційна робота
другий (магістерський) рівень вищої освіти
спеціальність 053 «Психологія»

**ТЕОРІЯ ТА МЕТОДИКА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ
ПАНІЧНИХ АТАК**

Виконала:

студентка групи ПС23-1зм

Черняк Т. С. _____

Керівник:

професор кафедри психології,

д. психол. н., професор

Саврасов М. В. _____

Завідувач випускової кафедри:

к. психол. н., доцент

Панфілова Г.Б. _____

2024 рік

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАНІЧНОЇ АТАКИ У СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ.....	7
1.1 Поняття панічної атаки.....	7
1.2 Сутність когнітивно - поведінкової терапії.....	14
Висновки до I розділу.....	21
РОЗДІЛ II. МЕТОДИКИ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У ПСИХОПРОФІЛАКТИЦІ ПАНІЧНИХ АТАК	22
2.1. Методологічне обґрунтування гіпотез дослідження методів когнітивно - поведінкової терапії атак.....	22
2.2 Обґрунтування вибору психодіагностичного забезпечення для емпіричного дослідження методів когнітивно - поведінкової терапії панічних атак.....	28
Висновки до II розділу.....	33
РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИК КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У ПСИХОПРОФІЛАКТИЦІ ПАНІЧНИХ АТАК.....	35
3.1 Вибірка, інструменти дослідження: опитувальники, шкали та інші методи оцінки.....	35
3.2 Аналіз отриманих результатів дослідження.....	40
3.3 Практичні рекомендації для зменшення панічних атак.....	49
Висновки до III розділу.....	53
ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	59
ДОДАТКИ.....	66

ВСТУП

Як що раніше про панічну атаку знали переважно лікарі, психологи та люди які пережили цій напад, зараз про панічні атаки знають практично всі. У цей неприємний стан, особливо у напружених психоемоційних умовах особистісного та професійного функціонування, в тому числі у період військового часу, може потрапити хто завгодно та коли завгодно.

За даними діагностичного і статистичного посібника із психічних розладів Американської психіатричної асоціації, панічні атаки є поширеним явищем, які вражають 11% населення протягом одного року. [13] Особливо це стосується країн, які мають ускладнені соціально-економічні, безпеково-гуманітарні демографічні умови.

Панічні атаки доволі часто ототожнюють з панічними розладами. І хоча ці два поняття пов'язані між собою, але це різні поняття. Відмінністю між панічної атакою та панічним розладом є то, що **панічна атака** - це окремий, раптовий епізод інтенсивного страху або дискомфорту, який супроводжується фізичними і психологічними симптомами, а **панічний розлад** - це хронічний стан, що включає регулярні панічні атаки і постійний страх перед їх повторенням.

Для лікування панічних атак широко застосовується метод когнітивно - поведінкової терапії (КПТ), що підтверджено численними дослідженнями останніх років. КПТ фокусується на зміні мислення та поведінки пацієнта з метою зменшення інтенсивності і частоти панічних атак.

Актуальність вивчення когнітивно - поведінкової терапії (КПТ) для лікування панічних атак обумовлена її доведеною ефективністю, орієнтованістю на глибоке розуміння причин панічних атак і можливістю навчити пацієнтів контролювати свої психоемоційні симптоми. КПТ є однією з найбільш досліджуваних та ефективних психотерапевтичних методик для роботи з панічними атаками в умовах війни та у повоєнний час тощо.

Дослідженнями в галузі когнітивно - поведінкової психології в різний час займалися такі фахівці, як: А. Адлер, Д. Барлоу, А. Бек, Дж. Бек, Д. Вестбург, Е. Ейволрд, Р. Ліхі, А. Веллс, К. Маркер, Л. Рем, Х. Рауф, Д. Сандерс, В. Франкл, Л.М. Фрідман та ін.

З дослідженнями когнітивно - поведінкової терапії можна ознайомитись в працях таких вчених Ю. Гофман, Є. Коць, Н. Масяк, О. Романчук, О. Сергієнко.

Перелік ключових слів: панічна атака, частота та інтенсивність панічних атак, когнітивно - поведінкова терапія, методика когнітивно - поведінкової терапії , терапія панічних атак , рівень тривоги та напруги, психодіагностичні інструменти.

Мета дослідження – теоретико-емпіричний аналіз ефективності когнітивно - поведінкової терапії панічних атак.

Об'єкт - когнітивно-поведінкова терапія панічних атак.

Предмет – структурно-функціональні психологічні особливості когнітивно – поведінкової терапії панічних атак.

Досягнення мети дослідження передбачало розв'язання таких завдань:

1. Розглянути теоретичні передумови дослідження панічної атаки у сучасній психологічній науці.
2. Визначити основні методики та техніки когнітивно-поведінкової терапії у психопрофілактиці панічних атак.
3. Емпірично дослідити ефективність застосування методик когнітивно-поведінкової терапії у психопрофілактиці панічних атак.
4. Сформулювати психологічні рекомендації щодо профілактики панічних атак у дорослому віці.

Гіпотези дослідження:

- **Гіпотеза 1:** Методи КПТ, спрямовані на зміну дезадаптивних думок, знижують частоту панічних атак у дорослому віці.

- **Гіпотеза 2:** Використання КПТ призводить до зменшення рівня тривожності і підвищення рівня ментального здоров'я дорослих.
- **Гіпотеза 3:** Комплексний підхід КПТ (включаючи когнітивні та поведінкові аспекти) має більш стійкий психопрофілактичний ефект у порівнянні з іншими формами профілактики.

Методи та психодіагностичні методики дослідження:

Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження:

1. Теоретичний метод дослідження: аналіз панічної атаки, визначення поняття когнітивно-поведінкової терапії, методики та техніки когнітивно-поведінкової терапії для психопрофілактики панічних атак
2. Емпіричні: комплекс психодіагностичних методик: Шкала тривожності Бека (BAI); Шкала тяжкості панічних розладів (PDSS), Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS-10), Шкала життєвої задоволеності (Satisfaction with Life Scale, SWLS), Щоденники самопостережень.

Емпірична база дослідження:

Досліджувані з періодичними панічними атаками. Кількість досліджуваних – 60. Форма проведення дослідження – онлайн режим.

Теоретична та практична значущість роботи:

Теоретична значущість даної роботи полягає у тому, що поглиблюється зміст поняття панічної атаки та уможлиблюється розширення предметної сфери використання когнітивно – поведінкової терапії. Крім того, досліджуються структурно-функціональні особливості застосування когнітивно – поведінкової терапії панічних атак. Дістала подальшого розвитку система знань про методики та емпіричні результати дослідження впливу когнітивно – поведінкової терапії на психопрофілактику панічних атак в умовах воєнного часу.

Практичне значення отриманих результатів полягає в можливості їх використання для подальшого удосконалення системи психопрофілактики панічних атак у дорослого населення у період війни та у повоєнний час.

Структура роботи.

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури, додатків. Список використаної літератури містить 67 найменувань, з них 10 – англійською мовою. Загальний обсяг – 76 сторінок. Робота містить 17 рисунків, 5 додатків, 2 таблиці.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАНІЧНОЇ АТАКИ У СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ

1.1 Поняття панічної атаки. Симптоми та причини панічних атак

Явище, яке почали називати «панічним страхом» або «панікою», походить від імені давньогрецького бога Пана, відомого своїм умінням викликати раптовий і неконтрольований страх. Пан був богом дикої природи, пастухів і стад, і за легендами, він міг наганяти на людей сильний страх, особливо якщо з'являвся несподівано.

Словосполучення «панічна атака» складається з двох слів «панічна» та «атака», які утворюють лексичну єдність, виражаючи поняття гострого стану тривоги чи страху. «Панічна» вказує на емоційний стан, пов'язаний зі страхом або тривогою, «атака»: означає раптовий і сильний прояв чогось, у цьому випадку емоційного чи фізіологічного стану. [1, 49]

Разом словосполучення означає раптовий напад сильного страху або тривоги, що супроводжується фізіологічними реакціями

Таким чином, можна надати визначення панічної атаки як гострий напад страху, який супроводжується вираженими фізичними та емоційними симптомами.

Існує декілька підходів вивчення феномену панічної атаки.

З точки зору біологічного підходу панічні атаки розглядаються як результат порушень у біологічних процесах і функціях організму. Біологічний підхід спрямований на вивчення таких аспектів, як гормональні зміни, хімічний дисбаланс та інші фізіологічні механізми які можуть спровокувати появі панічних атак. Так, ендокринологи вивчають роль гормонів у появі панічних атак, нейрохіміки - роль нейромедіаторів, генетики приділяють увагу ролі генетичної (родової) схильності до панічних атак.

У психологічному підході панічні атаки визначаються як результат дії психологічних чинників, які можуть провокувати стрес, травматичні події та

аномалії в когнітивній сфері. Психологічний підхід розкриває взаємозв'язок між психічними чинниками та панічними атаками. [14]

Панічні атаки в соціокультурному підході розглядаються як результат впливу соціокультурних чинників на психічне здоров'я, тобто він базується на взаємодії із соціальним оточенням і культурним контекстом, а не тільки на індивідуальних психічних процесах. Дослідження фокусуються на тому, як культурні стереотипи можуть впливати на формування тривожних станів і сприяти виникненню панічних атак. [14] Деякі психологи вивчають те, як культурні очікування можуть визначати спосіб вираження та сприйняття тривоги в різних культурах. Аспекти соціокультурного підходу розкривають вплив оточення та культурного контексту на розвиток панічних атак.

Саме різноманітність підходів вивчення феномену панічної атаки, дозволяє збагачувати й уточнювати термінологію, що використовується в наукових дослідженнях і клінічній практиці, щоб забезпечити точність у розумінні панічних атак.

У сучасній медицині термін «панічна атака» описує раптовий епізод інтенсивного страху чи дискомфорту, який виникає без явної загрози або об'єктивної причини. Панічна атака є визнаним симптомом ряду психічних розладів і використовується як діагностичний критерій у таких міжнародних класифікаціях, як DSM-5 (Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів) та МКХ-11 (Міжнародна класифікація хвороб, 11 перегляд).

Панічні атаки часто виникають несподівано, без очевидної причини, і можуть бути вкрай неприємними. Вони зазвичай тривають від декількох хвилин до півгодини, хоча тривога, що їх супроводжує, може залишатися ще довше.

Згідно з DSM-5, панічна атака має чіткі діагностичні критерії, які включають раптове виникнення інтенсивного страху або дискомфорту, що досягає піку протягом декількох хвилин, супроводжуючись як мінімум чотирма із наступних симптомів (Рис.1.1)



Рис. 1.1 Симптоми панічної атаки

Причини панічних атак не завжди очевидні. Вони можуть бути викликані поєднанням біологічних, психологічних та соціальних чинників.

В якості основних причин панічних атак виділяють:

Генетичну схильність

Люди, в сім'ях яких були випадки тривожних розладів, мають підвищений ризик панічних атак

Психологічні фактори

Високий рівень стресу, травматичні події, хронічне емоційне напруження можуть сприяти розвитку панічних атак

Хімічний дисбаланс у мозку

Панічні атаки можуть бути пов'язані зі змінами в рівнях нейромедіаторів, таких як серотонін і норадреналін

Фізичні тригери

Вживання кофеїну, алкоголю, наркотиків, а також порушення сну або фізичне виснаження можуть провокувати напади паніки

Рис. 1.2 Основні причини панічних атак

У медичній практиці панічні атаки можуть бути пов'язані не лише з психічними розладами, але й з певними соматичними станами, що потребують диференціальної діагностики:

1. Серцево-судинні захворювання: тахікардія, ішемічна хвороба серця.
2. Ендокринні порушення: гіпертиреоз, феохромоцитома.
3. Неврологічні стани: епілепсія, транзиторна ішемічна атака.
4. Побічна дія ліків або речовин: кофеїн, стимулятори, наркотики.

Це підкреслює необхідність проведення детального обстеження, щоб виключити органічні причини.

Панічні атаки можна розділити на три групи:

Спонтанні або невраховані панічні атаки

Виникають без попередження або «раптово». З атакою не пов'язано жодних ситуаційних чи навколишніх тригерів. Ці типи панічних атак можуть виникати навіть під час сну

Ситуаційно пов'язані або викликані панічні атаки

Виникають під час фактичного чи очікуваного впливу певних ситуацій. Ці ситуації стають тригерами для панічної атаки. Наприклад, людина, яка боїться замкнутого простору, може відчувати напад паніки, коли заходить у ліфт або думає про те, щоб увійти в нього

Панічні атаки, спричинені ситуацією

Не завжди виникають одразу після виникнення страху чи сигналу, але людина, швидше за все, переживе напад у таких ситуаціях. Наприклад, людина, яка боїться соціальних ситуацій, але не відчуває епізод паніки в кожній соціальній ситуації, або яка відчуває відстрочений напад після перебування в соціальному середовищі протягом тривалого періоду часу

Рис. 1.3 Види панічних атак

Панічні атаки трапляються як у жінок, так і у чоловіків переважно у віці 25-65 років. Варто зазначити, що у молодих людей у віці 25-45 років панічні атаки трапляються найчастіше.

Існує декілька етапів механізму панічної атаки. Розглянемо основні етапи механізму панічної атаки.

1. Запуск механізму "бий або біжи".

Панічна атака починається з активації симпатичної нервової системи, яка запускає так звану реакцію "бий або біжи" (fight-or-flight response). Це природний механізм захисту, який виникає у відповідь на реальну або уявну загрозу. Під час панічної атаки ця система активується без видимої загрози або через неправильно інтерпретовані сигнали тіла.

2. Викид гормонів стресу.

Коли активується симпатична нервова система, відбувається викид гормонів адреналіну та кортизолу які відповідають за мобілізацію організму до дії. Це призводить до фізіологічних змін, таких як прискорене серцебиття і посилення кровообігу для забезпечення м'язів киснем; збільшення частоти дихання для підвищення рівня кисню в крові; потовиділення для охолодження тіла.

3. Фізичні симптоми та катастрофічне мислення.

Оскільки під час панічної атаки активується фізична реакція, виникають такі симптоми, як прискорене серцебиття, задишка, запаморочення, тремтіння, пітливість та відчуття тиску в грудях. Через сильні та неприємні фізичні відчуття у людини може виникнути катастрофічне мислення - переконання, що ці симптоми є ознаками серйозної небезпеки (наприклад, серцевого нападу або втрати контролю). Це посилює паніку, формуючи замкнене коло.

4. Психологічне підкріплення страху.

Катастрофічні думки сприяють зростанню тривоги та страху, що, своєю чергою, підсилює фізичні симптоми. Це утворює замкнене коло

тривоги - фізичні симптоми викликають тривожні думки, які підсилюють фізіологічну реакцію, і цей процес триває, посилюючи панічну атаку.

5. Відновлення після панічної атаки.

Після кількох хвилин або до пів години панічна атака починає знижуватися, оскільки в крові зменшується рівень адреналіну, і активується парасимпатична нервова система, яка допомагає організму повернутися до нормального стану. Проте пережита панічна атака може залишити у людини страх перед повторенням подібного досвіду, що може стати основою для панічного розладу. [56]

Таким чином, механізм панічної атаки - це складний процес, якій включає фізіологічні та психологічні фактори, які активують реакцію страху навіть за відсутності реальної загрози. Це і є основою для терапії панічних атак: навчання пацієнтів правильно інтерпретувати свої відчуття і контролювати реакції на них.

Панічні атаки є поширеним і піддаваним лікуванню станом, і звернення до фахівця допоможе знизити інтенсивність або частоту нападів, а також підвищити якість життя.

Терапія панічних атак може включати наступні методи:

- **Когнітивно-поведінкову терапію (КПТ):** вона є найбільш ефективною для довготривалої роботи з панічними атаками. КПТ допомагає змінити реакцію людини на ситуації, які викликають паніку, а також працює над ірраціональними переконаннями та страхами.
- **Медикаментозну терапію:** за потреби лікар може призначити антидепресанти (зазвичай СІЗЗС) або інші препарати, що знижують симптоми паніки.
- **Релаксаційні техніки та майндфулнес:** вони допомагають впоратися зі стресом і знизити загальну тривожність.

Розглянемо метод когнітивно - поведінкової терапії як найефективніший із підходів для лікування панічних атак. [57]

1.2 Сутність когнітивно-поведінкової терапії

В працях С. Холлона, А. Бека та М. Ламберта когнітивно-поведінкова терапія подається таким чином: «Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – це психосоціальне втручання, спрямоване на зменшення симптомів різноманітних психічних захворювань, насамперед депресії та тривожних розладів. Когнітивно-поведінкова терапія фокусується на оскарженні та зміні когнітивних викривлень (таких як думки, переконання та ставлення) і пов'язаної з ними поведінки для поліпшення емоційної регуляції та розробки особистісних допінг - стратегій, спрямованих на розв'язання поточних проблем. Хоча спочатку її було розроблено для лікування депресії, її застосування було розширено і включає лікування багатьох психічних захворювань, зокрема тривоги, розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, сімейних проблем і розладів харчової поведінки».

[52]

Провідним підходом в психології у 20 столітті був біхевіоральний, тобто поведінковий підхід. Прихильники біхевіорального підходу вважали, що предметом психології може бути тільки поведінка людини яка складається з рефлексів та реакцій на зовнішні подразники, а не психічні стани.

У 60-х роках минулого століття американський психіатр А.Бек виявив, що на поведінку людини впливають не тільки зовнішні фактори, а і мислення людини. Саме фокус на зміни у мисленні людини лягло у основу когнітивно-поведінкової терапії.

Дослідники когнітивної терапії вважають, що цій вид терапії має філософські витоки такі як:

1. Вчення Епіктета, Сенеки, Цицерона про вплив суб'єктивної думки і суджень розуму в появі душевного дискомфорту і туги;
2. Дедуктивний діалог Сократа;
3. Вчення Френсіса Бекона про обмеженість людського розуму та його спотворення;

4. Раціоналістичне вчення Спінози, присвячене емоціям, які є похідними мислення, і можливостям зміни почуттів, змінюючи пов'язані з ними переконання. [33]

Сутність когнітивно - поведінкової терапії можна надати через базову пояснювальну модель Д. Грінбергера та К. Падескі.

Нормальна реакція тривоги у людини носить лінійний характер (Рис. 1.4):

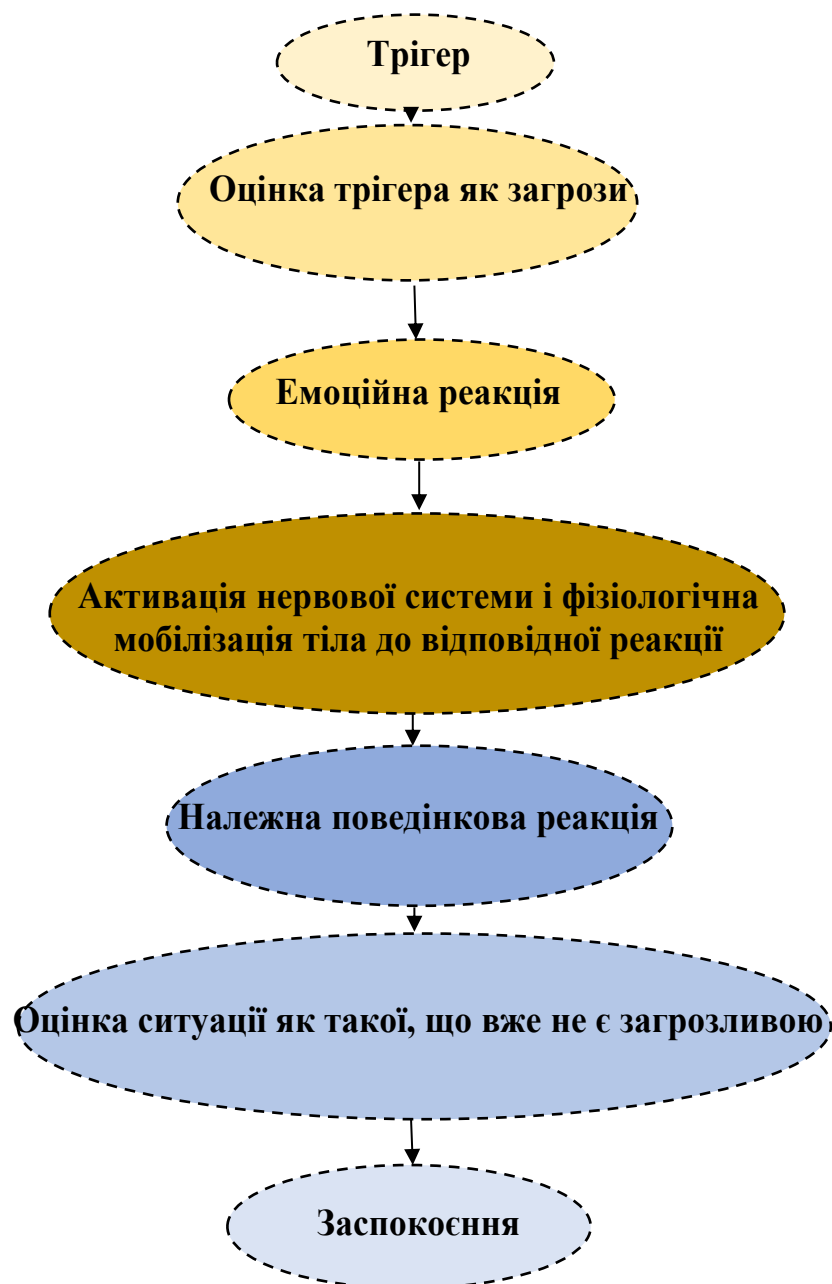


Рис. 1.4 [36]

При тривожному же розладі тривога має циклічний характер.

КПТ - модель пояснює механізм переходу нормальної тривоги у тривожний розлад.

Ця модель розглядає взаємозв'язок між думками, емоціями, фізичними відчуттями та поведінкою і пояснює, як ці елементи взаємодіють і впливають один на одного (Рис. 1.5):

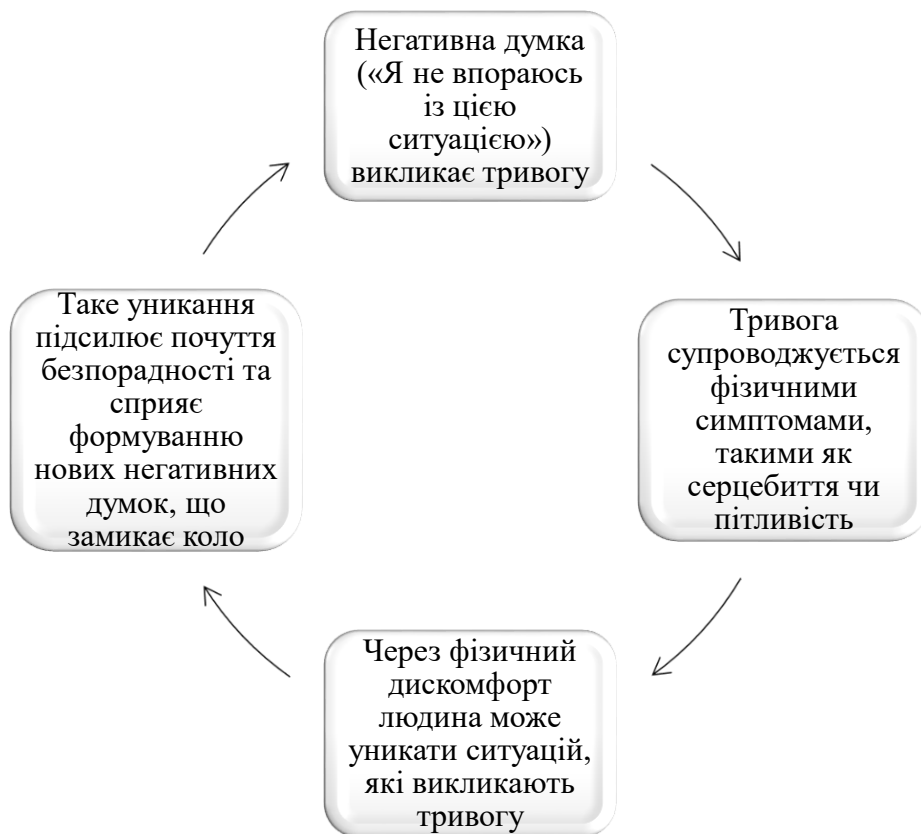


Рис. 1.5 КПТ модель [36]

1. **Думки:** автоматичні когніції, які виникають у відповідь на певні ситуації. Ці думки можуть бути негативними, позитивними або нейтральними, але в умовах стресу або психічних розладів часто бувають викривленими чи ірраціональними.

2. **Емоції:** почуття, що виникають на основі наших думок. Наприклад, думка про можливу небезпеку може викликати страх або тривогу.

3. **Фізичні відчуття:** фізіологічні реакції, які супроводжують емоції. Наприклад, тривога може супроводжуватися прискореним серцебиттям, пітливістю або тремтінням.

4. **Поведінка:** дії, які ми виконуємо у відповідь на думки, емоції та фізичні відчуття. Наприклад, уникнення ситуації, яка викликає страх, є типовою поведінковою реакцією на панічну атаку. [7]

На відміну від раних напрямів когнітивно-поведінкової терапії, які тримали фокус саме на поведінці людини, напрями сформовані пізніші фокусувалися на когнітивних процесах та глибинних базових переконаннях.

З дитинства людина отримує якісь базові настанови, які так або інакше впливають на думки людини в майбутньому. Корисні чи ні зовсім корисні були ті настанови, але вони міцно засідають у голові людини. Таким чином, формуються переконання: з початку глибинні, а із глибинних - проміжні (Рис. 1.6):



Рис. 1.6

Саме тому модель КПТ можна представити більш ширшою (Рис. 1.7):

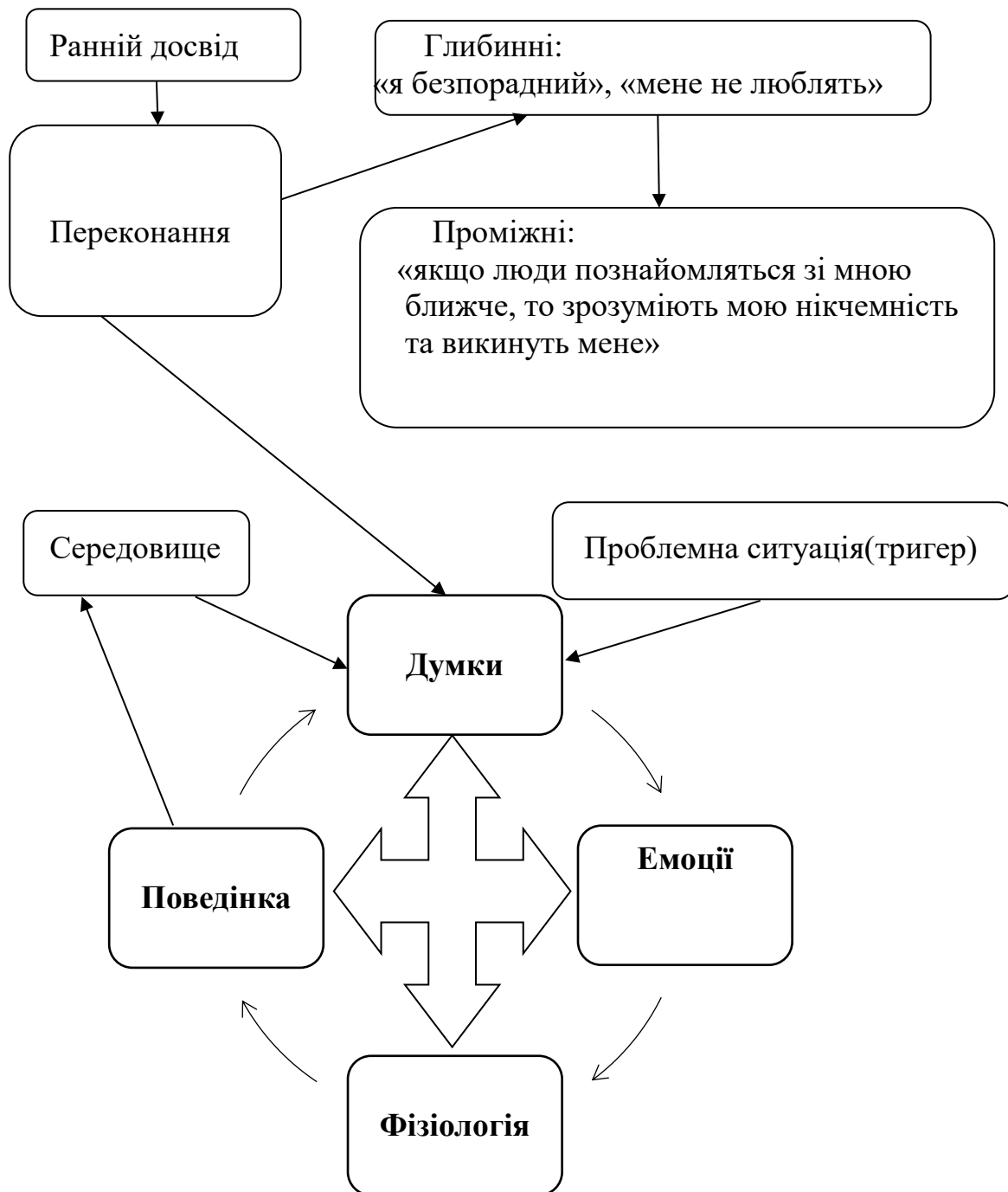


Рис. 1.7

Таким чином, когнітивно - поведінкова терапія (КПТ) - це сучасний метод психотерапії, спрямований на зміну деструктивних патернів мислення

і поведінки, які лежать в основі багатьох психічних розладів. КПТ базується на ідеї, що наші думки, почуття та поведінка взаємопов'язані. [12]

До основних принципів когнітивно - поведінкової терапії відносяться:



Рис. 1.8 Принципи когнітивно - поведінкової терапії

Когнітивно - поведінкова терапія має як переваги, так і недоліки.

До переваг когнітивно - поведінкової терапії по-перше, слід віднести наукову обґрунтованість. КПТ має численні дослідження, що підтверджують її ефективність при лікуванні тривожних і депресивних розладів, панічних атак, фобій, obsесивно - компульсивного розладу, ПТСР та багатьох інших станів.

Також перевагою є довготривалий ефект: КПТ навчає пацієнтів навичкам, які залишаються з ними на все життя, допомагаючи підтримувати психічне здоров'я навіть після завершення терапії, та акцент на самодопомогу: пацієнти отримують інструменти для самостійного контролю своїх симптомів, що робить їх менш залежними від постійної терапії.

Недоліки когнітивно - поведінкової терапії.

Потребує активної участі пацієнта: КПТ вимагає від пацієнта багато роботи над собою, виконання завдань і готовності змінювати свої патерни мислення та поведінки.

Не завжди підходить для складних випадків: у разі важких психічних розладів може потребуватися поєднання КПТ з іншими методами терапії, включно з медикаментозним лікуванням.

ВИСНОВКИ ДО I РОЗДІЛУ.

Панічна атака - це окремий, раптовий епізод інтенсивного страху або дискомфорту, який супроводжується фізичними і психологічними симптомами, як-от прискорене серцебиття, задишка, пітливість, запаморочення, страх смерті або «збожеволіти».

Панічна атака зазвичай триває від кількох хвилин до пів години і може виникати як відповідь на стрес, страх або навіть без видимої причини.

Причини панічних атак не завжди очевидні. Вони можуть бути викликані поєднанням біологічних, психологічних та соціальних чинників.

Панічні атаки виникають як у жінок, так і у чоловіків, але у жінок вони частіше в силу особливості гормональної системи жінок.

На сьогодні існує такі методи лікування панічних атак як: когнітивно – поведінкова терапія, медикаментозна терапія та релаксаційні техніки та майндфулнес.

Когнітивно-поведінкової терапія - це ефективний і практичний метод, який допомагає людям навчитися управляти своїми емоціями та поведінкою, що робить його одним з найбільш популярних методів психотерапії у світі. Завдяки фокусу на зміні мислення та поведінки, КПТ дає пацієнтам навички для покращення якості життя та профілактики рецидивів психічних розладів у майбутньому.

Основними принципами КПТ є взаємозв'язок думок (зміна негативних автоматичних думок на більш адаптивні допомагає зменшити емоційний дискомфорт і скоригувати поведінку), емоцій і поведінки, сфокусованість на теперішньому (спрямованість на розв'язання поточних проблем, а не на глибокий аналіз минулого), структурованість (кожен сеанс має конкретну мету, обговорюються результати попередніх завдань і визначаються наступні кроки), навчання навичкам технік які в подальшому можуть використовуватися самостійно для подолання труднощів у майбутньому.

РОЗДІЛ II. МЕТОДИКИ ТА ТЕХНІКИ КОГНІТИВНО- ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ПАНІЧНИХ АТАК

2.1. Методологічне обґрунтування гіпотез дослідження методів когнітивно - поведінкової терапії панічних атак

Когнітивні фактори, які спричиняють і підсилюють панічні атаки, складаються із сукупності думок, переконань і автоматичних когнітивних процесів, які ведуть до надмірної тривожності та страху. Нижче наведені основні когнітивні фактори, що відіграють роль у розвитку і підтримці панічних атак.

1. Катастрофізація.

Панічні атаки часто виникають через схильність інтерпретувати незначні фізичні симптоми (на зразок прискореного серцебиття чи задишки) як ознаку серйозної небезпеки. Наприклад, людина може подумати, що серцебиття означає серцевий напад. Це негайно підсилює тривогу і запускає панічну реакцію.

2. Гіперчутливість до фізичних відчуттів.

Люди, схильні до панічних атак, часто надмірно уважні до будь-яких змін у своєму тілі. Ця гіперчутливість (іноді описувана як «тривожний моніторинг») призводить до того, що навіть незначні зміни сприймаються як потенційно небезпечні, що може спровокувати панічну атаку.

3. Негативна інтерпретація нейтральних ситуацій.

Люди з панічними атаками схильні бачити небезпеку в безпечних або нейтральних ситуаціях. Наприклад, якщо людина відчуває легке запаморочення в переповненій кімнаті, вона може подумати, що втрачає контроль або знепритомніє, хоча об'єктивних причин для цього немає.

4. Низька толерантність до невизначеності.

Невизначеність та непередбачуваність викликають у людей з панічними атаками сильний дискомфорт. Це призводить до уникнення

ситуацій або дій, у яких вони відчують потенційну небезпеку, навіть якщо ймовірність ризику є мінімальною.

5. Схильність до самопостереження та самокритики.

Панічні атаки часто супроводжуються надмірним самопостереженням. Людина постійно оцінює свій емоційний та фізичний стан, очікуючи появи тривожних симптомів, і через це підсвідомо викликає паніку, постійно посилюючи страх перед майбутніми атаками.

6. Низька самооцінка і переконання у власній нездатності справитися з труднощами.

Люди, які відчують панічні атаки, часто мають занижену самооцінку та вірять у те, що вони не можуть впоратися зі стресовими або тривожними ситуаціями. Ця думка посилює страх перед власною неспроможністю контролювати себе в критичний момент, що спричиняє тривогу і панічні атаки.

7. Переконання у необхідності уникати загрозових ситуацій.

Багато людей з панічними розладами вірять, що єдиний спосіб уникнути панічної атаки - це уникнення ситуацій, що асоціюються із загрозою (наприклад, перебування в переповнених місцях, громадському транспорті або замкнених просторах). Така стратегія уникнення веде до розвитку агорафобії, звуження кола життєвих можливостей і посилення страху. [8]

Ці когнітивні фактори формують порочне коло, яке підсилює панічні атаки та їхню частоту. Зміна цих негативних когнітивних установок та моделей мислення є ключовим завданням для лікування панічних атак.

Саме когнітивно - поведінкова терапія, яка спрямована на переосмислення ситуацій, формуванні толерантності до тривожних симптомів та поступове зниження тривожної чутливості, ефективно справляється з подоланням негативних когнітивних установок та моделей мислення людини.

Когнітивно - поведінкова терапія допомагає пацієнтам усвідомити свої автоматичні негативні думки і навчитися реагувати на них більш здоровим способом.

Процес когнітивно - поведінкової терапії панічних атак виглядає наступним чином (Рис. 2.1):

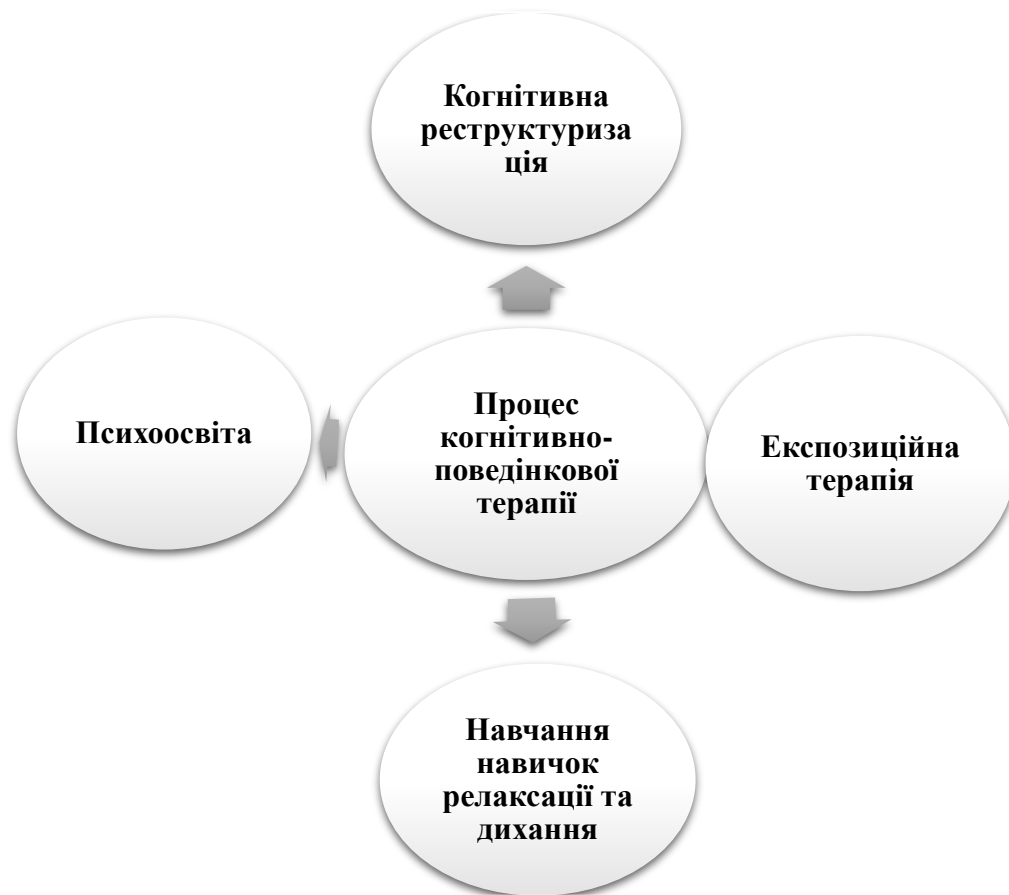


Рис. 2.1 Процес когнітивно - поведінкової терапії панічних атак.

1. Когнітивна реструктуризація.

Цей метод допомагає пацієнтам виявити, оцінити та змінити свої ірраціональні або деструктивні думки, які сприяють виникненню панічних атак. В процесі пацієнт вчиться визначати автоматичні негативні думки, які виникають при паніці, та замінювати їх більш реалістичними й раціональними.

Основи когнітивної реструктуризації.

1. Когнітивні спотворення: люди часто сприймають реальність через спотворене мислення. Наприклад:

- Чорно-біле мислення: "Якщо я не ідеальний, то я невдаха."
- Персоналізація: "Все, що пішло не так, це моя провина."
- Катастрофізація: "Якщо я провалю цей тест, моє життя зруйнується."
- Фільтрація негативного: "Усі хвалили мою презентацію, але я згадав, що допустив одну помилку — значить, я провалився."

2. Роль автоматичних думок:

Автоматичні думки — це швидкі, часто неусвідомлені реакції на ситуацію. Вони впливають на емоції, фізіологічні реакції та поведінку.

3. Мета:

- Виявити думки, які викликають негативні емоції або стрес.
- Оцінити їх реалістичність і корисність.
- Замінити їх альтернативними, більш адаптивними думками.

Етапи когнітивної реструктуризації.

Виявлення проблемних думок: пацієнт веде щоденник думок, щоб записувати ситуації, свої емоції та автоматичні думки.

Приклад: "Я провалився на співбесіді, я безнадійний."

Аналіз думок: терапевт допомагає розглянути докази "за" і "проти" цієї думки. Наприклад:

- Чи є у вас докази того, що ви повністю провалилися?
- Чи можливо, що співбесіда пройшла не ідеально, але не катастрофічно?

Виявлення когнітивних спотворень: які з когнітивних спотворень тут присутні? Наприклад, «катастрофізація» або «узагальнення».

Переформулювання думок: замість «Моє серце б'ється швидко, це означає, що я помру», пацієнт формує більш реалістичну думку, наприклад: «Моє серце б'ється швидше через тривогу, але це не небезпечно».

Закріплення навички: пацієнт продовжує практикувати переформулювання думок у повсякденному житті. Регулярне використання цієї техніки допомагає змінити глибоко вкорінені моделі мислення. [9]

Інструменти когнітивної реструктуризації:

1. Щоденник думок: пацієнт записує ситуацію, емоцію, автоматичну думку, аналіз доказів та альтернативну думку.

2. Сократівський метод: терапевт ставить питання, які спонукають пацієнта самому дійти висновку про те, що його думки не завжди обґрунтовані.

3. Переосмислення перспективи: пропонується розглянути ситуацію з точки зору іншої людини.

4. Експерименти реальності: пацієнт перевіряє свої переконання у реальному житті. Наприклад, якщо він боїться помилитися під час виступу, йому пропонують виступити та спостерігати, що станеться насправді.

2. Експозиційна терапія

Метою експозиції є поступове та контрольоване зіткнення пацієнта з ситуаціями, які викликають тривогу та панічні атаки, щоб зменшити страх перед ними. Експозиція може бути реальна (вихід на вулицю, відвідування місць) або уявна (програвання ситуацій в уяві), а також може включати інтероцептивну експозицію (провокування фізичних симптомів, які нагадують панічні атаки, як прискорене дихання або серцебиття).

Основи експозиційної терапії.

1. Головний принцип: коли людина стикається зі своїми страхами у безпечному середовищі, з часом тривожна реакція на ці тригери зменшується. Уникнення, навпаки, посилює страх, закріплюючи його.

2. Мета: Зниження чутливості до тригерів, що викликають страх, через поступове та контрольоване занурення в ці ситуації або думки.

Види експозиції.

1. Реальна експозиція: пацієнт стикається з реальними ситуаціями або об'єктами, що викликають страх. Наприклад, людина з аерофобією може поступово почати наближатися до літака, а потім поступово сісти на рейс.

2. Уявна експозиція: пацієнт уявляє лякаючі ситуації, замість того щоб реально переживати їх. Часто використовується для роботи з травматичними спогадами у пацієнтів із ПТСР.

3. Інтероцептивна експозиція: використовується для пацієнтів із панічним розладом, які бояться власних фізичних реакцій (прискореного серцебиття, запаморочення). Людина свідомо провокує ці фізіологічні симптоми (наприклад, через вправи), щоб звикнути до них.

4. Віртуальна реальність: застосовується для симуляції реалістичних, але контрольованих ситуацій, наприклад, польоту або виступу перед публікою.

5. Це сучасний інструмент для терапії, який дає змогу знизити тривожність у безпечному середовищі.

Етапи експозиційної терапії

1. Психоедукація: терапевт пояснює природу страху та тривоги, механізм уникнення і принципи звикання. Пацієнт дізнається, що тривога природна і не завжди небезпечна.

2. Складання ієрархії страхів: пацієнт разом із терапевтом визначає список ситуацій, які викликають страх, і ранжує їх за рівнем тривоги (наприклад, за шкалою від 1 до 10). Наприклад: для аерофобії список може починатися з перегляду фото літака і закінчуватися реальним польотом.

3. Поступова експозиція: починаючи з менш тривожних ситуацій, пацієнт поступово стикається з ними, доки рівень тривоги не знижується. Терапевт підтримує пацієнта під час експозицій, допомагаючи справлятися з тривогою.

4. Закріплення результатів: пацієнт повторює експозиції до досягнення відчуття комфорту в кожній ситуації. Регулярна практика допомагає стабільно знижувати тривожність.

Переваги експозиційної терапії

- Ефективність: дослідження показують, що експозиція є однією з найдієвіших технік у роботі з тривожними розладами.
- Зменшення уникнення: пацієнти навчаються стикатися зі своїми страхами, а не уникати їх.
- Контроль над тривогою: замість того щоб тривога контролювала людину, вона вчиться контролювати свою реакцію.

3. Навчання навичок релаксації та дихання

Релаксаційні техніки, як глибоке дихання, м'язова релаксація або медитація, допомагають знизити рівень тривоги та напруги. Контрольоване дихання (наприклад, метод діафрагмального дихання) зменшує фізіологічні симптоми паніки, як-то задишка чи запаморочення.

- **Приклад:** В ситуації, коли виникає панічна атака, людина використовує техніки дихання, щоб знизити інтенсивність фізичних симптомів.

4. Психосвіта

Пацієнт дізнається більше про природу панічних атак, їхні фізіологічні та психологічні причини, що знижує страх перед симптомами паніки. Інформування про біологічний механізм нападів допомагає зрозуміти, що панічна атака – це тимчасовий стан.

- **Приклад:** Після навчання людина починає усвідомлювати, що панічна атака, хоча і неприємна, є тимчасовою і не загрожує життю.

2.2 Обґрунтування вибору психодіагностичного забезпечення для емпіричного дослідження методів когнітивно - поведінкової терапії панічних атак

Психодіагностичні методи, що можуть використовуватися для дослідження панічних атак у межах когнітивно - поведінкової терапії:

1. Шкала тривожності Бека (BAI).

- **Обґрунтування вибору:** шкала тривожності Бека є одним з найбільш валідних і надійних інструментів для оцінки рівня тривожності, що часто супроводжує панічні атаки. Вона добре підходить для оцінки інтенсивності тривожних симптомів на початку, під час і після терапії.

- **Ключові аспекти:** шкала тривожності Бека вимірює як когнітивні, так і соматичні симптоми тривоги, що є важливим для комплексного розуміння стану учасника.

2. Шкала тяжкості панічних розладів (PDSS).

- **Обґрунтування вибору:** шкала тяжкості панічних розладів є спеціалізованим інструментом для оцінки тяжкості панічних розладів. Це дозволяє комплексно оцінити частоту панічних атак, тривожні очікування, уникнення ситуацій і обмеження функціонування.

- **Ключові аспекти:** шкала тяжкості панічних розладів виявляє ключові симптоми панічного розладу, що робить її дуже цінною для дослідження ефективності КПТ. Вона є чутливою до змін під час терапії, що дозволяє оцінити прогрес у лікуванні.

3. Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS-10).

- **Обґрунтування вибору:** це широко використовуваний психологічний інструмент для оцінки рівня сприйняття стресу.

- **Ключові аспекти:** шкала сприйнятого стресу визначає наскільки людина сприймає події у своєму житті як стресові.

4. Шкала життєвої задоволеності (Satisfaction with Life Scale, SWLS)

- **Обґрунтування вибору :** дозволяє визначити загальний рівень задоволеності життям, що є важливим показником у терапевтичному процесі, особливо при роботі з тривожними розладами та панічними атаками.

- **Ключові аспекти:** SWLS дає змогу оцінити рівень загальної задоволеності життям пацієнта, що дозволяє терапевту зрозуміти, наскільки панічні симптоми впливають на суб'єктивне відчуття благополуччя. Зміни в рівні життєвої задоволеності, виміряні за допомогою SWLS, можуть показувати, наскільки терапія допомагає пацієнту покращити загальне сприйняття життя. Це важливо для оцінки ефективності терапії з точки зору покращення не тільки симптомів, а й життєвої якості.

5. Щоденники самопостережень

- **Обґрунтування вибору:** щоденники дозволяють пацієнтам записувати панічні атаки, описувати їх інтенсивність, час виникнення, тригери та свої реакції. Вони є додатковим інструментом для збору інформації про ефективність КПТ у реальному часі.

- **Ключові аспекти:** така саморефлексія допомагає відстежувати прогрес і забезпечує можливість персоналізувати підхід у терапії.

6. Біофідбек та фізіологічні вимірювання

- **Обґрунтування вибору:** Вимірювання частоти серцебиття, рівня потовиділення та дихальних параметрів може бути корисним для об'єктивної оцінки фізіологічних симптомів паніки. Ці дані можуть додатково підтвердити ефективність терапії.

Біофідбек базується на моніторингу фізіологічних процесів організму з метою навчання людини свідомо впливати на ці процеси для покращення свого психофізіологічного стану. У терапії біофідбек використовується для зниження рівня тривожності, покращення контролю над тілесними реакціями, таких як серцебиття, м'язове напруження, дихання та інші.

Метод біофідбек полягає в наступному:

1. **Вимірювання фізіологічних параметрів:** використовуються спеціальні сенсори, що вимірюють фізіологічні функції, такі як:

- Частота серцевих скорочень (*heart rate variability, HRV*).
- Електроміографія (*EMG*) для вимірювання м'язового напруження.

- Шкірно-гальванічна реакція (*skin conductance, SCL*), яка відображає рівень потовиділення.

- Температура шкіри.
- Частота та глибина дихання.
- Активність мозку за допомогою електроенцефалографії (*EEG*).

2. Зворотній зв'язок: дані в реальному часі передаються на екран у вигляді графіків, звукових сигналів або іншого візуального/аудіовізуального відображення. Людина отримує можливість спостерігати за своїми фізіологічними реакціями.

3. Навчання контролю: пацієнт із допомогою лікаря або самостійно вчиться змінювати свої фізіологічні реакції, наприклад, заспокоювати серцебиття, знижувати м'язове напруження чи нормалізувати дихання.

Фізіологічні вимірювання у біофідбек-терапії.

1. Серцево-судинні показники

Частота серцевих скорочень (ЧСС): Моніторинг змін у серцебитті.

Варіабельність серцевого ритму (HRV): Висока варіабельність вказує на адаптивність і низький рівень стресу.

Використовується для навчання релаксації, особливо при тривожних станах.

2. М'язове напруження.

Електроміографія (EMG): виявляє напруження в м'язах, зокрема, у плечах, шиї, обличчі.

Допомагає пацієнтам розпізнавати та знижувати м'язовий тонус при стресі.

3. Активність дихання.

Вимірювання частоти, глибини та ритму дихання. Використовується для розвитку діафрагмального дихання або дихальних технік, що сприяють заспокоєнню.

4. Шкірно-гальванічна реакція (SCL).

Сенсори вимірюють зміну електропровідності шкіри, яка залежить від потовиділення.

SCL часто використовується як маркер стресу та тривожності.

5. Температура шкіри.

Стрес знижує периферійну температуру, адже кровообіг направляється до внутрішніх органів.

Навчання підвищення температури шкіри за допомогою біофідбеку може бути корисним для релаксації.

6. Електроенцефалографія (EEG).

Використовується для моніторингу мозкових хвиль (альфа, бета, тета, дельта). Наприклад, підвищення альфа-хвиль пов'язане зі станом релаксації.

Переваги та недоліки біофідбеку.

До переваг методу відносяться: немедикаментозний підхід, навчання самоконтролю, безпека.

Недоліки полягають у наступному: технічна залежність (потрібне спеціалізоване обладнання), індивідуальна ефективність (не всі пацієнти однаково добре реагують на цей підхід), час (навчання ефективному самоконтролю може вимагати кількох тижнів чи місяців).

Фізіологічні вимірювання є цінними для розуміння впливу КПТ на фізичні прояви тривоги та панічних атак.

ВИСНОВКИ ДО II РОЗДІЛУ.

Когнітивно – поведінкова терапія є одним із найбільш ефективних методів лікування панічних атак. Її перевага полягає в структурованості та акценті на практичному подоланні симптомів, що допомагає пацієнтам краще зрозуміти та змінити свої деструктивні думки і поведінку.

Когнітивно – поведінкова терапія включає виявлення та зміну когнітивних спотворень (таких як катастрофізація або фаталістичне мислення), які часто посилюють симптоми панічних атак. Пацієнтів навчають розпізнавати негативні мисленнєві патерни та замінювати їх на більш реалістичні та позитивні.

Суттєвим елементом когнітивно – поведінкової терапії є навчання методам релаксації та дихальним технікам, які допомагають зменшити фізичні прояви тривоги та паніки. Використання цих технік дозволяє пацієнтам відновлювати контроль над тілом і знижувати рівень фізичної напруги в момент нападів.

Важливою частиною когнітивно – поведінкової терапії при панічних атаках є експозиційна терапія, яка передбачає поступове «зустрічання» з ситуаціями або фізичними відчуттями, які провокують паніку. Це допомагає знижувати страх перед певними ситуаціями або симптомами, формуючи в пацієнта звичку адекватно реагувати на такі подразники.

Когнітивно – поведінкова терапія не тільки допомагає впоратися з симптомами, але й навчає пацієнта навичкам самоконтролю, які є важливими для запобігання рецидивам панічних атак у майбутньому. Цей аспект допомагає закріпити позитивні зміни і підтримувати психологічну стабільність пацієнта.

Отже, когнітивно - поведінкова терапія є надзвичайно ефективним методом для лікування панічних атак, оскільки вона спрямована на корекцію як когнітивних, так і поведінкових аспектів розладу, допомагаючи пацієнтам

повернути контроль над власним життям і знизити інтенсивність та частоту нападів.

Психодіагностичні інструменти допомагають відповісти на дослідницькі гіпотези:

- Чи знижує КПТ частоту панічних атак?

Для цього використовуються шкала тяжкості панічних розладів, щоденники самоспостереження та фізіологічні вимірювання.

- Чи впливає КПТ на інтенсивність тривожних та депресивних симптомів?

Відповідь на це питання забезпечують шкала тривожності Бека та шкала сприйнятого стресу.

- Чи покращується якість життя після терапії КПТ?

Для цього використовуються шкала життєвої задоволеності, який дозволяє оцінити суб'єктивне покращення якості життя.

РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИК КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У ПСИХОПРОФІЛАКТИЦІ ПАНІЧНИХ АТАК

3.1 Вибірка, інструменти дослідження: опитувальники, шкали та інші методи оцінки

Метою емпіричного дослідження є оцінка впливу КПТ на частоту панічних атак.

Гіпотеза емпіричного дослідження:

- КПТ знижує частоту та інтенсивність панічних атак у пацієнтів порівняно з контрольною групою, яка не проходила КПТ.

Для емпіричного дослідження когнітивно-поведінкової терапії панічних атак були обрані наступні методики:

1. Шкала оцінки тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI) — це психологічний інструмент, розроблений для вимірювання рівня тривоги у людини. Вона була створена Аароном Беком, відомим психіатром і засновником когнітивно-поведінкової терапії. Шкала широко використовується як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях.

Шкала складається з 21 пункту. Для кожного пункту пацієнт оцінює інтенсивність певного симптому тривоги протягом останнього тижня.

Відповіді даються за чотирибальною шкалою:

- 0 — "Мене це зовсім не турбує".
- 1 — "Турбує трохи".
- 2 — "Це мене турбує помірно".
- 3 — "Це мене турбує сильно".

Шкала включає фізичні прояви тривоги (наприклад, тремор, пітливість, прискорене серцебиття) та психологічні прояви тривоги (відчуття страху, паніки, напруги).

Використання:

- **Клінічна діагностика:** використовується для оцінки ступеня тривожності у пацієнтів із підозрою на тривожні розлади.

- Моніторинг лікування: шкала допомагає відстежувати динаміку стану пацієнта під час терапії.

- Самооцінка: її також можна використовувати для самоконтролю, хоча інтерпретацію результатів бажано обговорити з фахівцем.

2. Шкала тяжкості панічних розладів (Panic Disorder Severity Scale, PDSS) є одним із ключових інструментів для оцінки вираженості симптомів панічного розладу, який допомагає визначити рівень тяжкості розладу у пацієнтів. PDSS містить 7 основних пунктів, що охоплюють різні аспекти панічного розладу:

- Частота панічних атак – оцінюється кількість панічних атак за певний період.

- Непередбачуваність нападів – визначається рівень страху та хвилювання пацієнта перед тим, що атака може виникнути несподівано.

- Антиципаторна тривога – вимірюється рівень очікування майбутніх нападів, тобто, наскільки пацієнт боїться їх повторення.

- Страх ситуацій, які можуть викликати атаку – оцінюється уникнення певних ситуацій або місць, які можуть спровокувати панічний напад.

- Уникнення діяльності – визначає рівень уникнення пацієнтом повсякденних дій, що можуть асоціюватися з панічними симптомами (наприклад, фізична активність, соціальні ситуації).

- Порушення соціального життя – оцінюється вплив панічного розладу на здатність підтримувати соціальні стосунки, спілкування з родиною та друзями.

- Порушення професійної діяльності – визначає вплив панічних атак на здатність пацієнта працювати або навчатися.

Ця шкала дозволяє не лише оцінити поточний стан пацієнта, а й відстежувати ефективність терапії та динаміку симптомів з часом.

3. Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS-10) - це широко використовуваний психологічний інструмент для оцінки рівня

сприйняття стресу. Її розробили Шелдон Коен та його колеги. Версія PSS-10 складається з 10 питань, які оцінюють суб'єктивне відчуття стресу протягом останнього місяця.

Шкала сприйнятого стресу визначає наскільки людина сприймає події у своєму житті як стресові.

Шкала містить 10 тверджень, на які потрібно відповісти за допомогою 5-бальної шкали:

- 0 — *ніколи,*
- 1 — *майже ніколи,*
- 2 — *іноді,*
- 3 — *досить часто,*
- 4 — *дуже часто.*

Переваги шкали: швидке та просте застосування, є універсальним інструментом для різних культур та вікових груп, допомагає виявити ризик стресових розладів.

4. Шкала життєвої задоволеності (Satisfaction with Life Scale, SWLS) – це стандартизований психологічний інструмент, розроблений Едвардом Дінером та його колегами в 1985 році, для вимірювання загального рівня задоволеності життям як складової суб'єктивного благополуччя. SWLS дозволяє оцінити, наскільки респондент задоволений своїм життям у цілому, зосереджуючись на когнітивній (раціональній) оцінці життя, а не на емоційних складових.

Твердження в SWLS охоплюють різні аспекти когнітивної оцінки життя, які дозволяють респондентам визначитись, наскільки їхнє життя відповідає їхнім очікуванням і цілям.

Чому SWLS корисна при КПТ для панічних атак:

- **Вимірювання суб'єктивного благополуччя:** панічні атаки можуть значно знижувати якість життя через обмеження в повсякденних справах, соціальній активності, роботі чи навчанні. SWLS дає змогу оцінити

рівень загальної задоволеності життям пацієнта, що дозволяє терапевту зрозуміти, наскільки панічні симптоми впливають на суб'єктивне відчуття благополуччя.

- **Відстеження змін під час терапії:** КПТ допомагає знижувати інтенсивність панічних симптомів і тривожності. Зміни в рівні життєвої задоволеності, виміряні за допомогою SWLS, можуть показувати, наскільки терапія допомагає пацієнту покращити загальне сприйняття життя. Це важливо для оцінки ефективності терапії з точки зору покращення не тільки симптомів, а й життєвої якості.

- **Психоосвіта і мотивація:** Пацієнти можуть краще зрозуміти, як тривожні та панічні розлади впливають на їх загальну задоволеність життям. Це може посилити їхню мотивацію до терапії, оскільки вони бачать реальне поліпшення свого благополуччя та життєвої якості в процесі лікування.

- **Фокус на позитивні зміни:** Одним із завдань КПТ є розвиток навичок позитивного мислення та формування нових перспектив, особливо стосовно особистих цінностей і життєвих цілей. Шкала SWLS допомагає зосередитися на позитивних змінах і допомагає пацієнтам усвідомити, як терапія сприяє їхньому життєвому задоволенню.

SWLS може бути корисною у поєднанні з іншими шкалами для повнішої оцінки стану пацієнта, сприяючи розумінню загального впливу панічних атак на життєву задоволеність. Цей показник допомагає побачити загальний ефект терапії на рівень щастя пацієнта та адаптацію до повсякденного життя.

5. Щоденник самопостережень.

Це важливий інструмент у когнітивно - поведінковій терапії для роботи з панічними атаками. Вони допомагають людині усвідомити свої тригери, автоматичні думки, фізичні реакції та поведінкові патерни, пов'язані з панічними епізодами.

Емпіричне дослідження проводилось в онлайн режимі із залученням учасників дослідження шляхом оголошення на інтернет платформах Rozmova, Mindly, Nedepu, Mozhna, Therapist UA, Goodo, Treatfield.

В дослідженні прийняли участь 60 осіб з періодичними панічними атаками віком від 25 років до 60 років.

Онлайн-опитування учасників відбувалось за допомогою Google Forms.

Усі учасники дослідження були попереджені про конфіденційність їхніх даних.

Когнітивно - поведінкова терапія учасників дослідження проводилась за допомогою онлайн - платформи Zoom.

Хід проведення дослідження.

Учасники дослідження після первинного опитування рандомно були розділені на дві групи по 30 осіб: експериментальна група отримує сеанси КПТ, контрольна група застосовувала лише техніки релаксації та дихання.

Також усім учасникам було запропоновано вести щоденник самостережень.

Експериментальна група отримувала КПТ щотижня протягом 12 тижнів.

У кожному сеансі використовувались такі методи КПТ:

- Когнітивна реструктуризація: виявлення і заміна катастрофічних думок.
- Експозиційна терапія: поступове зіткнення з ситуаціями, що викликають панічну атаку.
- Техніки релаксації та дихання: вправи для зниження фізіологічних симптомів тривожності.

Після спливу 12 тижнів, обидві групи учасників знов пройшли опитування для оцінка впливу КПТ на частоту панічних атак.

Інтерпретація результатів дослідження була здійснена за допомогою програми SPSS Statistics, версія 30.0.0.0 (172).

3.2 Аналіз отриманих результатів дослідження

Для виявлення причин та симптомів панічних атак у досліджуваних була проведена діагностика за шкалою тривоги Бека та за шкалою сприйнятого стресу.

На початку дослідження були отримані наступні результати опитування.

1. За шкалою оцінки тривоги Бека (Рис. 3.1).

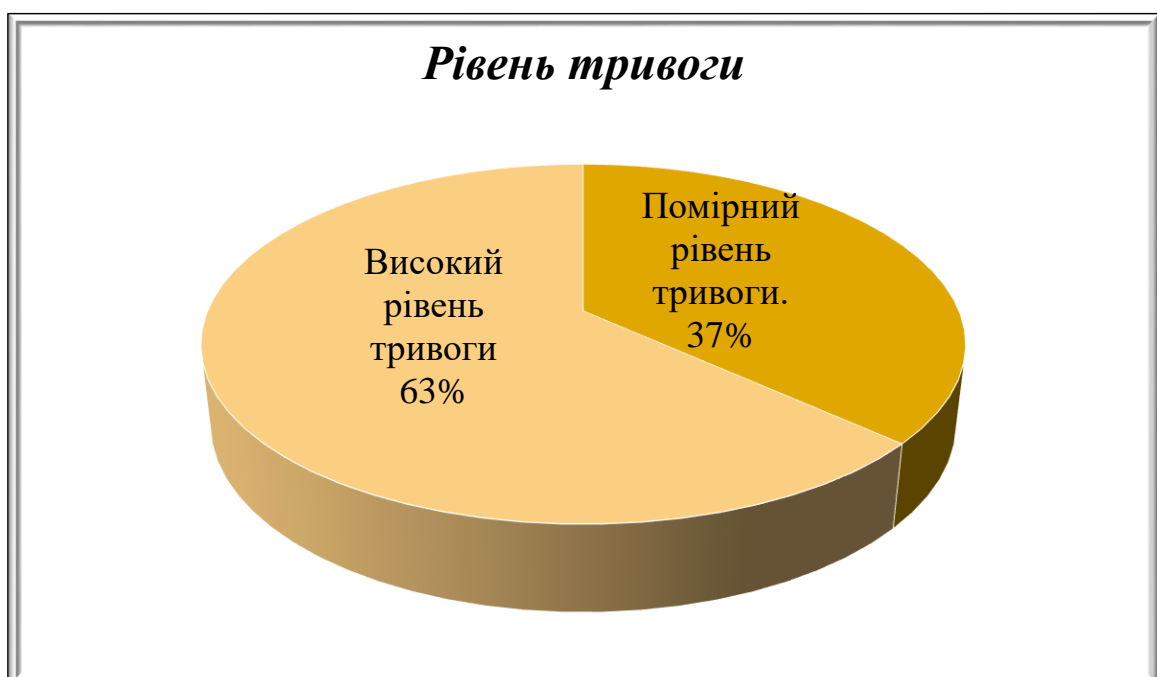


Рис. 3.1

У всіх учасників дослідження виявлено помірний (22 особи) та високий рівень тривоги (38 осіб).

Переважає більшість досліджуваних показала високу ступінь турбування таких критеріїв: неможливість розслабитись, страх, що станеться найгірше, прискорене серцебиття, відчуття жаху, це кінець, страх втрати контролю, страх смерті, прилив крові до обличчя, посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою).

Таким чином, це узгоджується з викладеним у I Розділі припущенням, що причинами панічних атак є високий рівень тривоги.

2. Опитування за шкалою сприйнятого стресу надало такі результати (Рис. 3.2):



Рис. 3.2

Із результатів опитування видно, що усі досліджувані відчувають помірний рівень стресу (40%) та високий рівень стресу (60%). Це також узгоджується з теоретичним аналізом причин панічних атак.

3. За шкалою тяжкості панічних розладів (Рис. 3.3):

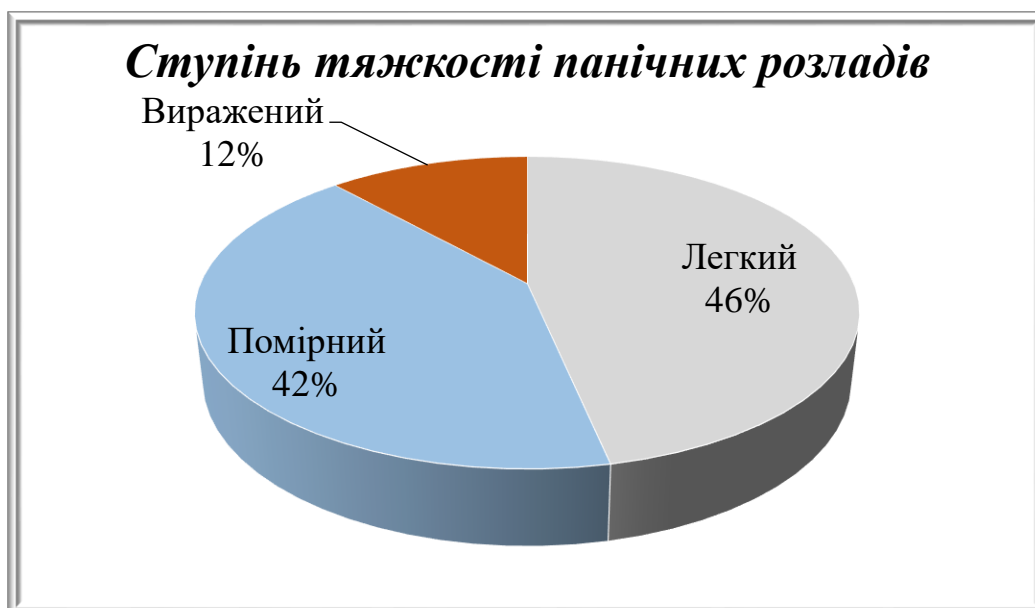


Рис. 3.3

Опитування показало, що на момент початку дослідження у учасників присутній легкий та помірний ступінь панічних розладів. Лише у 12% учасників – виражений.

Дуже тяжких панічних розладів не виявлено.

4. За шкалою життєвої задоволеності (Рис. 3.4):

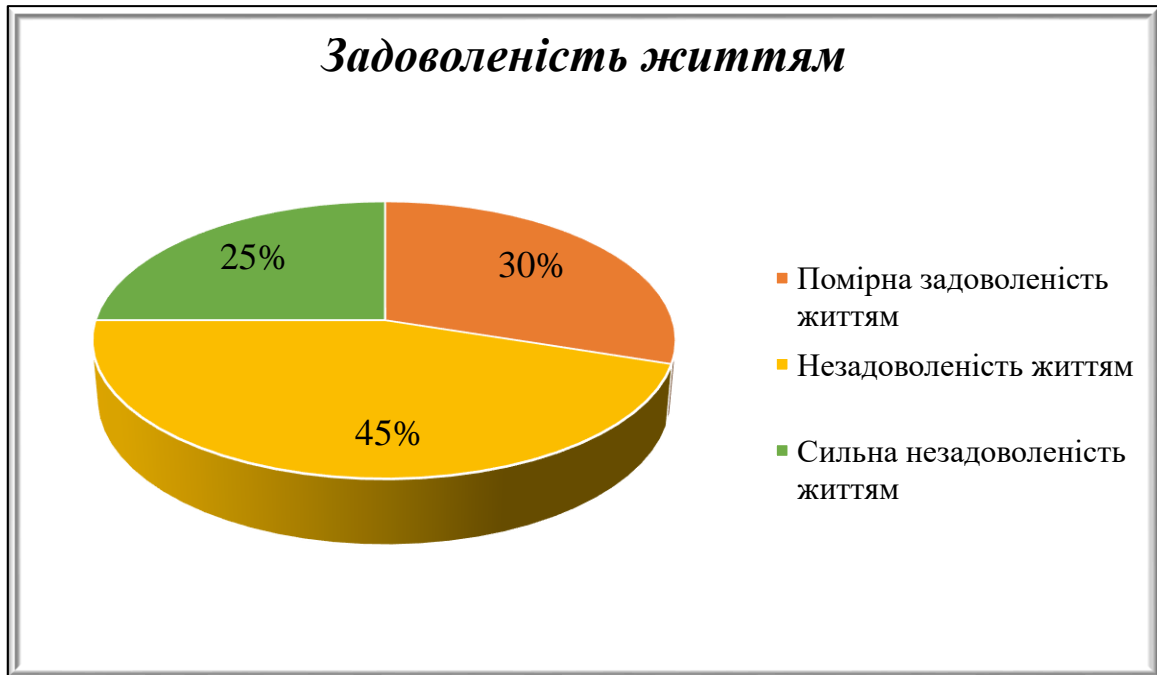


Рис. 3.4

Шкала життєвої задоволеністю визначає рівень суб'єктивного благополуччя людини. Як видно із результатів опитування у учасників дослідження відсутня висока задоволеність життям. Панічні атаки виснажують людину як морально, так і фізично. Цілком зрозуміло, що такий стан позначається і на якості життя.

Для з'ясування взаємозв'язку між ступеню тяжкості панічних розладів, рівнем стресу, рівнем тривоги та суб'єктивним благополуччям проведено кореляційний аналіз.

Дані проведеного кореляційного аналізу представлено у Таблицях 1 та 2:

Таблиця 1

		Суб'єктивне благополуччя	Стрес	Тривога	Панічна атака
Суб'єктивне благополуччя	Кореляція Пірсона	1	-,400**	-,524**	-,755**
	знач. (двостороння)		,002	<,001	<,001
	N	60	60	60	60
Стрес	Кореляція Пірсона	-,400**	1	,719**	,634**
	знач. (двостороння)	,002		<,001	<,001
	N	60	60	60	60
Тривога	Кореляція Пірсона	-,524**	,719**	1	,722**
	знач. (двостороння)	<,001	<,001		<,001
	N	60	60	60	60
Панічна атака	Кореляція Пірсона	-,755**	,634**	,722**	1
	знач. (двостороння)	<,001	<,001	<,001	
	N	60	60	60	60

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

Таблиця 2

		Суб'єктивне благополуччя	Стрес	Тривога	Панічна атака	
Тау-b Кендалла	Суб'єктивне благополуччя	Коефіцієнт кореляції	1,000	-,300**	-,286**	-,630**
		знач. (двостороння)	.	,001	,002	<,001
		N	60	60	60	60
	Стрес	Коефіцієнт кореляції	-,300**	1,000	,635**	,475**
		знач. (двостороння)	,001	.	<,001	<,001
		N	60	60	60	60

	Тривога	Коефіцієнт кореляції	-,286**	,635**	1,000	,458**	
		знач. (двостороння)	,002	<,001	.	<,001	
		N	60	60	60	60	
	Панічна атака	Коефіцієнт кореляції	-,630**	,475**	,458**	1,000	
		знач. (двостороння)	<,001	<,001	<,001	.	
		N	60	60	60	60	
	Ро Спірмена	Суб'єкти вне благополуччя	Коефіцієнт кореляції	1,000	-,429**	-,392**	-,798**
			знач. (двостороння)	.	<,001	,002	<,001
			N	60	60	60	60
Стрес		Коефіцієнт кореляції	-,429**	1,000	,797**	,611**	
		знач. (двостороння)	<,001	.	<,001	<,001	
		N	60	60	60	60	
Тривога		Коефіцієнт кореляції	-,392**	,797**	1,000	,596**	
		знач. (двостороння)	,002	<,001	.	<,001	
		N	60	60	60	60	
Панічна атака		Коефіцієнт кореляції	-,798**	,611**	,596**	1,000	
		знач. (двостороння)	<,001	<,001	<,001	.	
		N	60	60	60	60	

** . Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

Продовження Таблиці 2

Кореляційний аналіз показав значний позитивний зв'язок стресу,

тривоги та ступеню тяжкості панічних розладів. Це означає, що зі збільшенням рівня стресу та тривоги, частота панічних атак також підвищується.

Також виявлено негативний зв'язок між суб'єктивним благополуччям та ступеню тяжкості панічних розладів. Тобто чим вище суб'єктивне благополуччя людини, тим нижче рівень тяжкості панічних розладів

Після проведення когнітивно - поведінкової терапії в експериментальній групі та проведення технік релаксації та дихання в контрольній групі результати опитування виявились наступні.

1. За шкалою оцінки тривоги Бека (Рис.3.5):

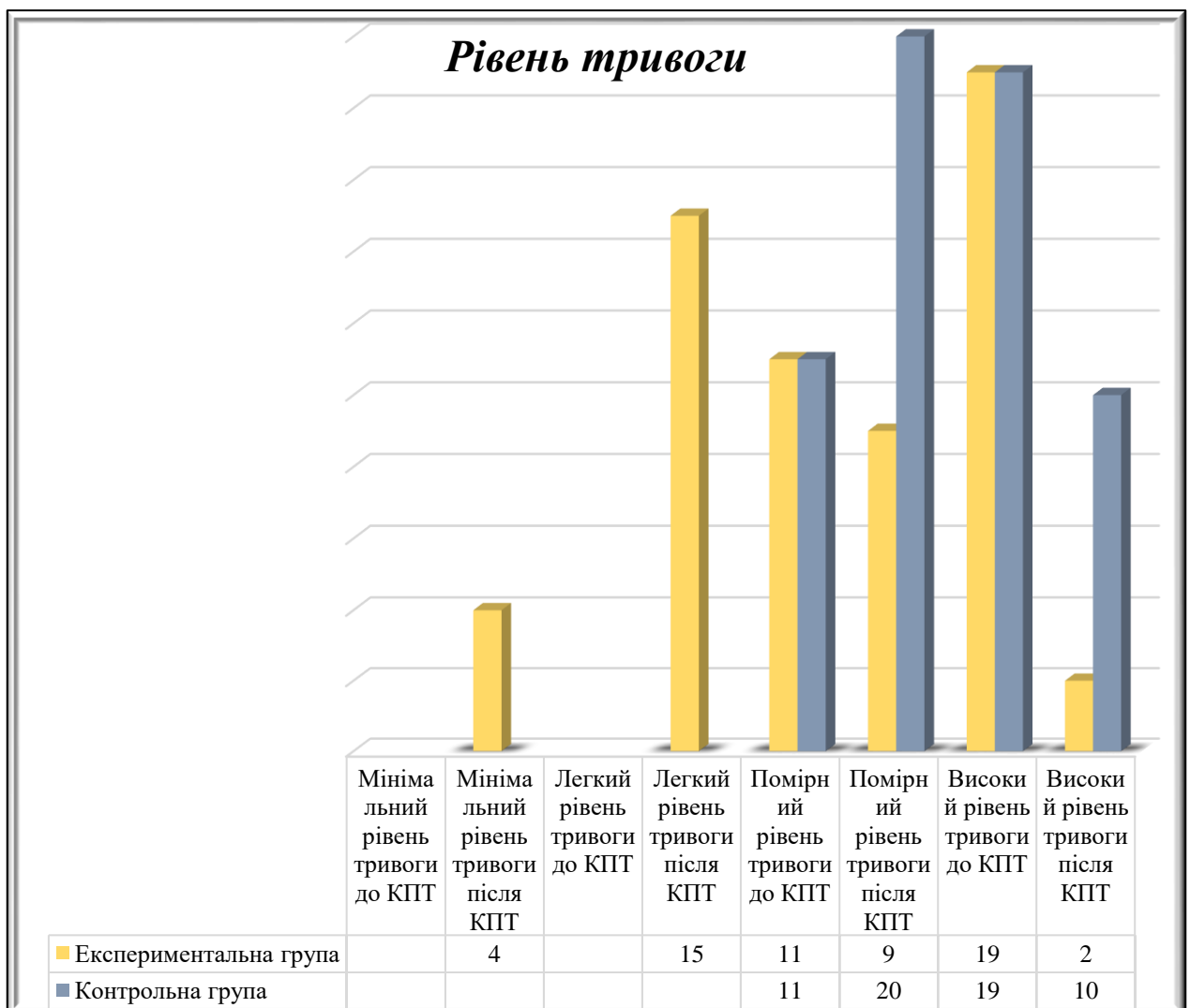


Рис. 3.5

Із результатів опитування видно, що після проходження КПТ у досліджуваних експериментальній групі знизився рівень тривоги на відміну від досліджуваних контрольної групи.

Техніки релаксації та дихання допомогли знизити рівень тривоги в контрольній групі, але не значно.

2. Опитування за шкалою сприйнятого стресу надало такі результати (Рис. 3.6):

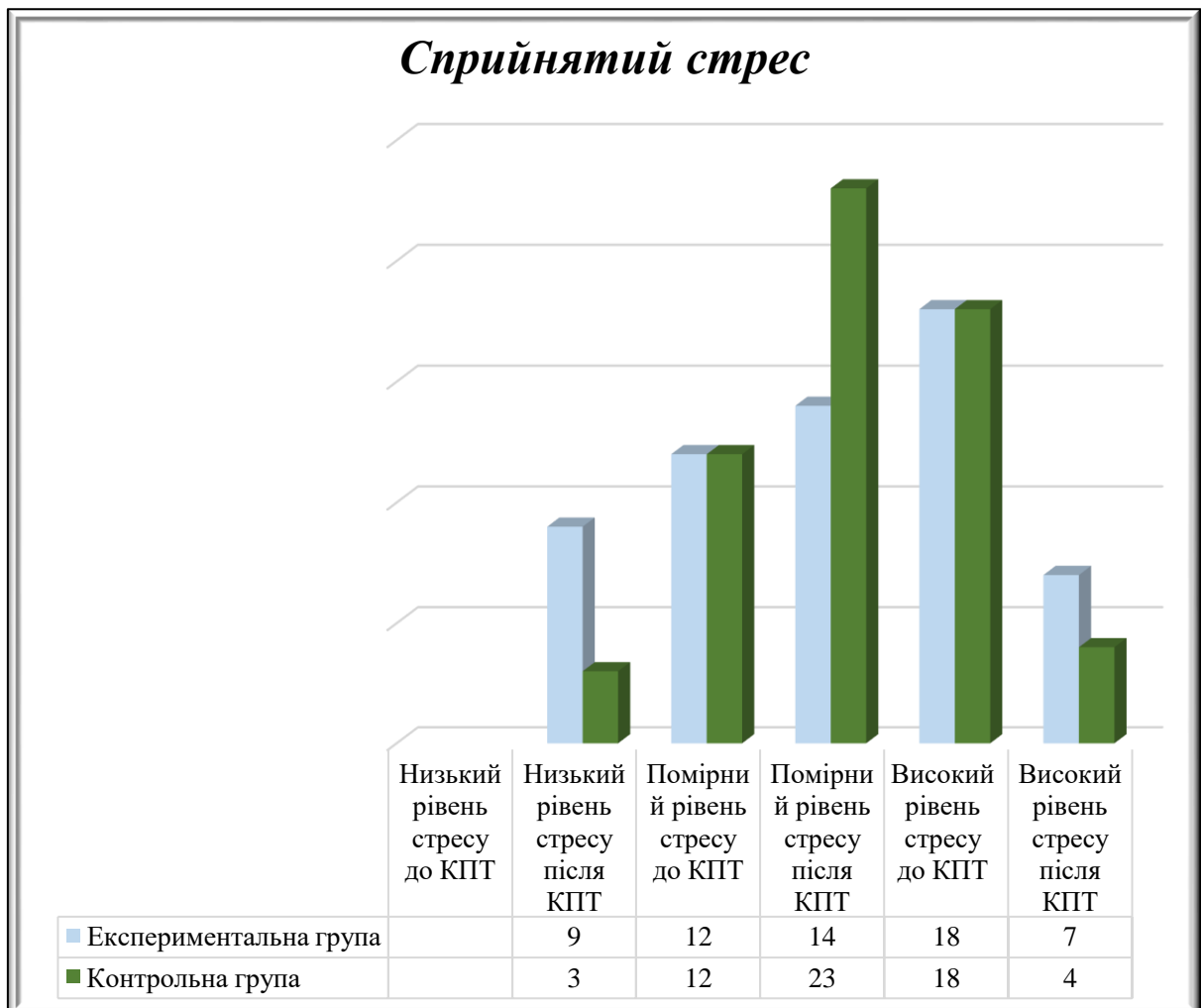


Рис.3.6

Опитування показало, що після КПТ в експериментальній групі знизився рівень сприйнятого стресу - з помірного рівня перейшов до низького рівня, а з високого рівня до помірного.

У контрольній групі також є прогрес у зниженні рівня сприйнятого стресу, хоча і не великий.

3. За шкалою тяжкості панічних розладів (Рис. 3.7):

Експериментальна група показала зменшення ступені панічних розладів, тобто панічних атак стало менш. Панічні атаки були менш виснажливими, без негативного впливу на соціальне життя. Також знизився страх або уникнення місць або ситуацій які лякали до КПТ. Вираженого ступеня панічного розладу в цієї групі не виявлено.

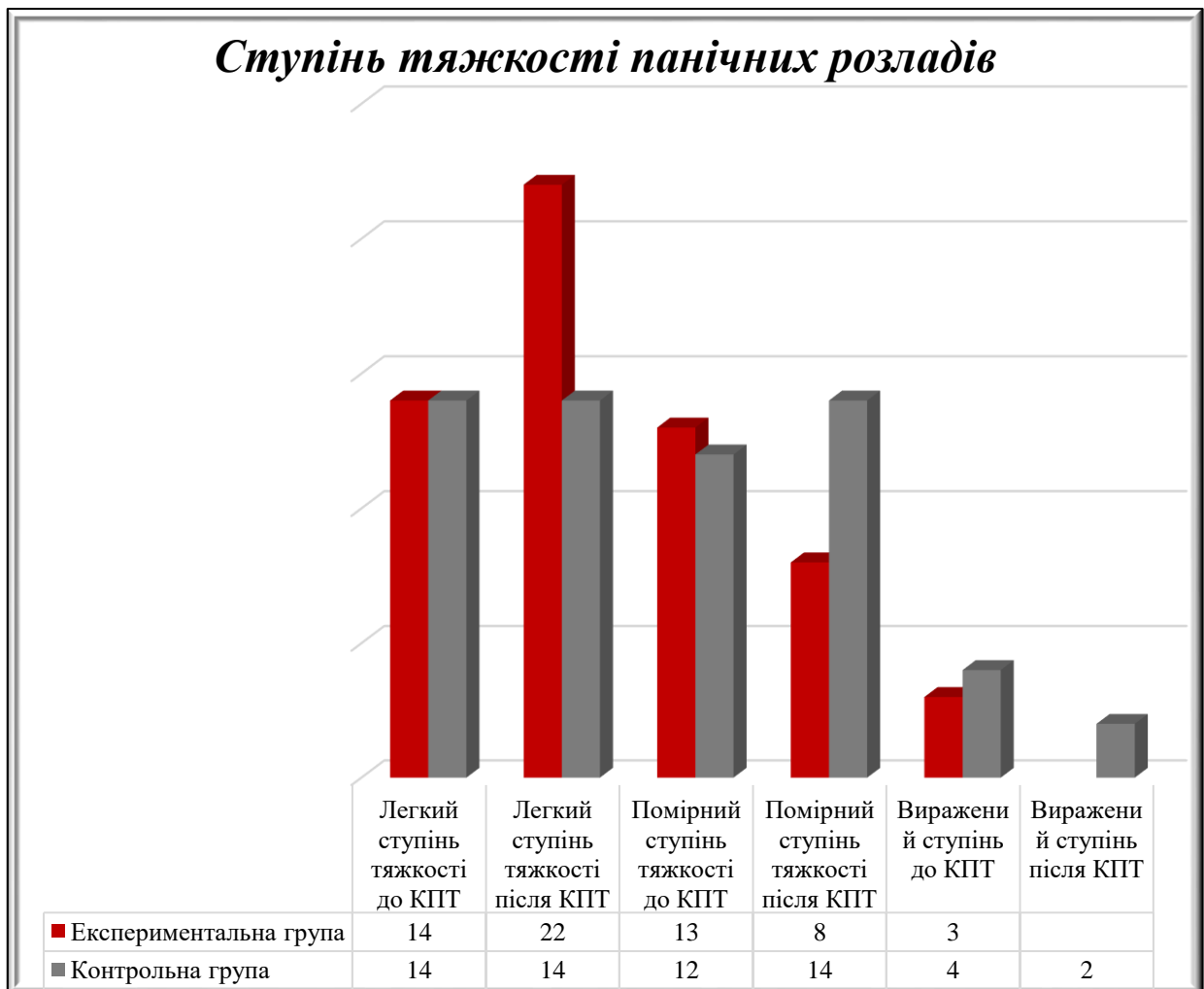


Рис. 3.7

У контрольній групі також виявився позитивний прогрес, хоча і більш слабкий. Лише у двох досліджуваних не відбулись позитивні зміни.

4. За шкалою життєвої задоволеності (Рис. 3.8):

Дослідження показало відсутність високої задоволеності життям в обох групах. Але можна спостерігати безсумнівний прогрес у обох групах дослідження.

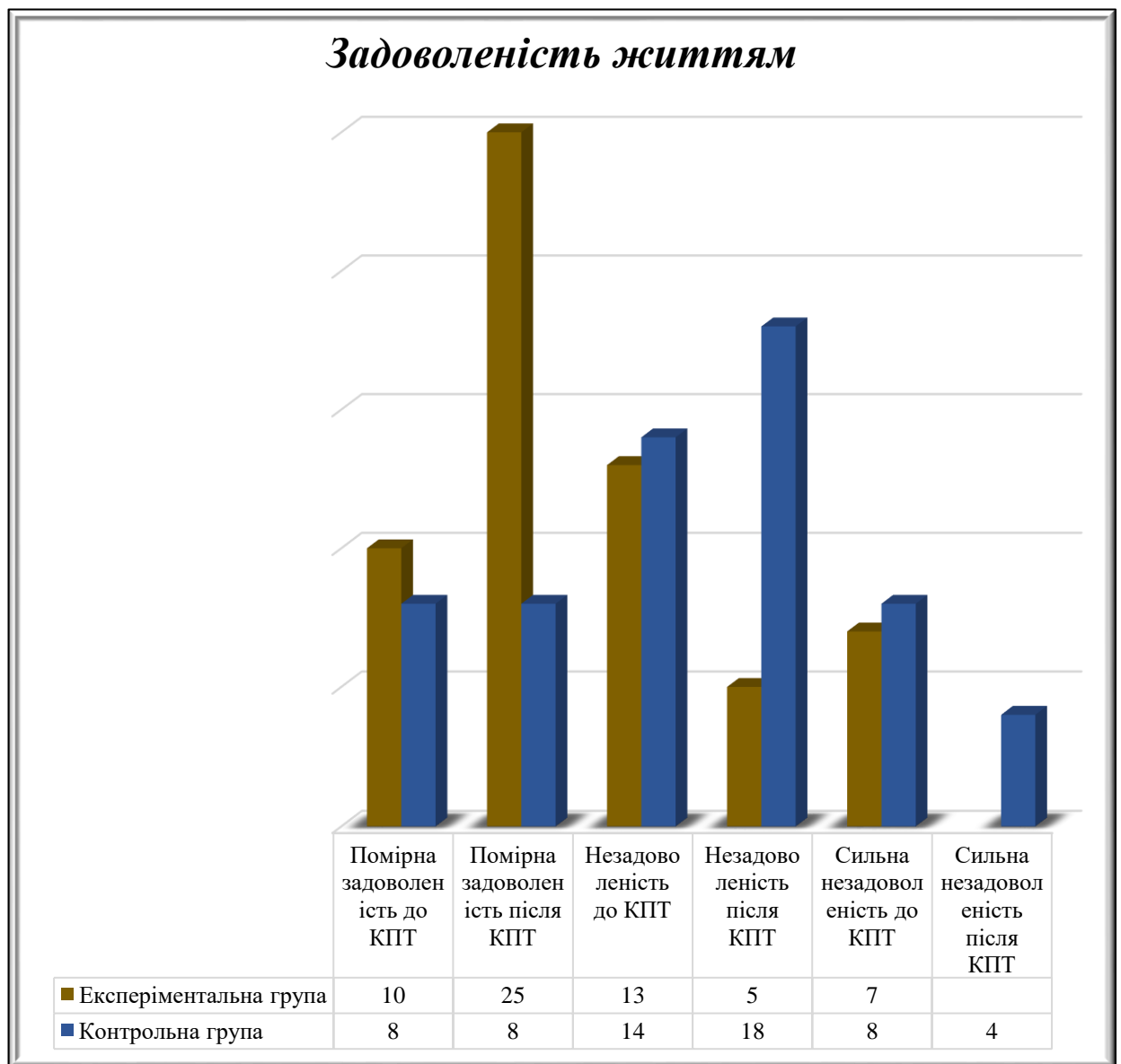


Рис. 3.8

Так, в експериментальній групі значно знизився рівень незадоволеності життям, а сильна незадоволеність зовсім зникла.

У контрольній групі є зниження тільки за параметром сильної незадоволеності життям.

3.3 Практичні рекомендації для зменшення панічних атак

Панічні атаки, як і їх очікування, дуже виснажують людину. Саме тому потрібне навчатися попереджувати панічні атаки.

Попередження панічних атак передбачає виявлення факторів які їх викликають або посилюють, а також використання стратегій для зменшення ймовірності їх виникнення.

Панічні атаки часто мають конкретні тригери, такі як стрес, певні ситуації або навіть фізіологічні зміни. Визначивши їх, можна вжити заходів для їх уникнення.

Для розуміння які саме тригери провокують панічні атаки, доцільне ведення щоденника в якому записуються все що супроводжує панічну атаку (емоції, обставини, фізичні симптоми).

Фізична активність допомагає знижувати рівень стресу та тривожності, а також покращує загальний психічний стан. Помірні аеробні вправи (наприклад, ходьба, біг, плавання) допомагають покращити роботу серця, що зменшує ймовірність нападів паніки. Техніки глибокого дихання, йога і медитація допомагають тренувати здатність заспокоюватися й відновлюватися.

Нестача сну або погана якість сну можуть сприяти розвитку панічних атак, тому важливо створити здорові звички сну, наприклад лягати спати та прокидатися в один і той самий час, створення спокійної атмосфери для сну.

Недотримання правильного харчування може впливати на рівень тривожності. Наприклад, надмірне вживання кофеїну, алкоголю та цукру можуть збільшити рівень тривожності та спричинити фізіологічні симптоми, схожі на панічні атаки. Рівномірне харчування (невеликі порції 4-5 разів на

день) підтримує рівень енергії, сприяє уникненню стресу, пов'язаного з низьким рівнем цукру в крові.

Наявність плану дій на випадок панічної атаки може дати відчуття контролю над ситуацією. Необхідне навчитись не боятися панічної атаки, не сприймати панічні атаки як щось небезпечне. Це допоможе знизити їх частоту і інтенсивність.

Попередження панічних атак потребує комплексного підходу, що включає фізичне здоров'я, психологічну підтримку та здорові звички. Важливо вчасно звернутися до фахівця, якщо атаки стали регулярними або надзвичайно інтенсивними.

Для самостійного зменшення панічних атак важливо навчитися впливати на фізичні та психологічні аспекти цього стану. Ось кілька ефективних вправ:

1. Контрольоване дихання («4-7-8»)

Це допомагає уповільнити серцебиття та знизити рівень адреналіну.

Як виконувати:

Вдихніть через ніс на рахунок 4.

Затримайте дихання на рахунок 7.

Повільно видихайте через рот на рахунок 8.

Повторюйте 5–10 разів або до зменшення симптомів.

2. Техніка «Заземлення»

Це допомагає перемкнути увагу з внутрішнього занепокоєння на навколишнє середовище.

Як виконувати:

Зосередьтесь на 5 речах, які ви бачите.

Торкніться 4 речей, що поруч.

Прислухайтесь до 3 звуків навколо.

Зосередьтесь на 2 запахах (або уявіть їх).

Зверніть увагу на 1 смак (наприклад, попейте води).

3. «Дихання в квадраті» (Box Breathing)

Ця техніка врівноважує нервову систему.

Як виконувати:

Вдихніть через ніс на рахунок 4.

Затримайте дихання на рахунок 4.

Видихніть через рот на рахунок 4.

Затримайте дихання на рахунок 4.

Повторюйте протягом 1–2 хвилин.

4. Прогресивна м'язова релаксація (ПМР)

Ця вправа зменшує м'язову напругу, яка часто супроводжує панічні атаки.

Як виконувати:

Почніть з м'язів ніг. Напружте їх на 5 секунд, потім розслабте.

Поступово перейдіть до інших частин тіла: руки, плечі, шия, обличчя.

Уявляйте, як з кожним розслабленням напруга "йде" з вашого тіла.

5. Візуалізація безпечного місця

Це допомагає зняти емоційне напруження.

Як виконувати:

Закрийте очі та уявіть місце, де вам комфортно (ліс, пляж, кімната).

Зосередьтеся на деталях: звуки, запахи, відчуття.

Проведіть у цьому місці кілька хвилин, поки не відчуєте полегшення.

6. Самоінструкції («Я впораюся»)

Це допомагає взяти під контроль тривожні думки.

Як виконувати:

Коли панічна атака починається, повторюйте собі: «Це лише напад, він мине», «Я в безпеці», «Я впораюся з цим, як завжди».

Фокусуйтеся на кожній інструкції, поки атака не ослабне.

7. Перевірка реальності

Допомагає повернути раціональне мислення.

Як виконувати:

Запитайте себе:

«Чи справді це небезпечно?», «Чи може це бути просто реакцією тіла?», «Що я можу зробити, щоб зараз заспокоїтися?»

Відповідайте спокійно і раціонально.

8. Динамічні вправи («Енергія у рух»)

Фізична активність допомагає перенаправити енергію.

Як виконувати:

Виконайте кілька стрибків, швидко пройдіться або розтягніться.

Це допоможе «скинути» зайвий адреналін.

10. Холодний контакт

Швидке охолодження стимулює блукаючий нерв і знижує тривогу.

Як виконувати:

Помийте обличчя холодною водою або прикладіть до нього холодний рушник.

Це може допомогти «перезавантажити» нервову систему.

Треба практикувати вправи регулярно, навіть у спокійному стані, щоб підготуватися до нападів.

Ці вправи спрямовані на зменшення інтенсивності панічної атаки та підвищення здатності до самоконтролю.

ВИСНОВКИ ДО III РОЗДІЛУ

В емпіричному дослідженні прийняли участь 60 осіб з періодичними панічними атаками.

Метою дослідження стала оцінка впливу КПТ на частоту панічних атак.

Гіпотеза емпіричного дослідження:

- КПТ знижує частоту та інтенсивність панічних атак у пацієнтів порівняно з контрольною групою, яка не проходила КПТ.

В ході емпіричного дослідження учасників розділено на дві рівні групи – експериментальну та контрольну.

Експериментальна група на протязі 12 тижнів отримувала когнітивно-поведінкову терапію, контрольна група - застосовувала тільки техніки релаксації та дихання. Також усім учасникам було запропоновано вести щоденник самопостережень.

На початку дослідження усі учасники пройшли опитування за такими методиками: шкала тривоги Бека, шкала сприйнятого стресу, шкала тяжкості панічних розладів, шкала життєвої задоволеності.

Результати опитування показали у учасників підвищення рівня тривоги та стресу, що цілком узгоджується з теоретичними дослідженнями.

Після завершення 12 тижневої КПТ у досліджуваних експериментальної групи значно знизився рівень тривоги та стресу, знизилась частота панічних атак, панічні атаки були менш виснажливими.

Контрольна група не показала суттєвих позитивних змін.

Кореляційний аналіз показав значний позитивний зв'язок рівня стресу та ступені тяжкості панічних розладів. Це означає, що зі збільшенням рівня стресу частота панічних атак також підвищується.

Таким чином, емпірично підтверджено гіпотезу дослідження, що КПТ знижує частоту та інтенсивність панічних атак у пацієнтів порівняно з контрольною групою, яка не проходила КПТ.

ВИСНОВКИ

Панічні атаки дуже неприємне явище з яким може стикатися будь яка людина. Панічна атака - це гострий напад страху та тривоги, який супроводжується вираженими фізичними та емоційними симптомами.

Існує декілька теоретичних підходів до розуміння панічних атак.

Біологічна модель: згідно з цією моделлю, панічні атаки можуть бути результатом порушень в роботі мозкових структур (наприклад, мигдалини) або дисбалансу нейромедіаторів.

Когнітивна модель: в основі панічних атак лежить неправильна інтерпретація тілесних сигналів. Наприклад, людина може сприймати звичайне прискорення серцебиття як ознаку серцевого нападу, що запускає каскад тривоги.

Поведінкова модель: панічні атаки є наслідком умовних рефлексів: якщо напад стався в певній ситуації, то ця ситуація може надалі асоціюватися зі страхом і провокувати нові епізоди.

Психоаналітична модель: панічні атаки виникають як реакція на внутрішній конфлікт або пригнічені емоції, що знаходять вихід через симптоми.

Панічні атаки трапляються як у жінок, так і у чоловіків. Слід зазначити, що за даними світових досліджень у жінок панічні атаки зустрічаються частіше, ніж у чоловіків. Обумовлено це гормональними особливостями жінок.

Якщо говорити про віковий ценз, то панічні атаки трапляються у осіб від 25 років до 65 років. Однак, у молодих людей у віці 25-45 років панічні атаки трапляються найчастіше, а у осіб похилого віку не настільки виражені ключові симптоми, але емоційні компоненти панічної атаки виражені сильно.

Панічні атаки поширене явище. За даними Американської психіатричної асоціації, панічні атаки вражають 11% населення протягом одного року. А якщо брати до уваги ріст стресових та тривожних у подій у світі, цей відсоток буде підвищуватися.

Панічна атака може трапитись в будь якій час. І хоча панічна атака не є небезпечною, людина дуже лякається від неї. Очікування повторів панічної атаки виснажують людину, і як наслідок трапляється уникнення ситуацій при яких трапилась панічна атака.

Дуже часто можна зустріти поєднання панічної атаки та панічного розладу. Це не зовсім вірно тому, що це різні поняття. **Панічна атака** — це окремий, раптовий епізод інтенсивного страху або дискомфорту, який супроводжується фізичними і психологічними симптомами, як-от прискорене серцебиття, задишка, пітливість, запаморочення, страх смерті або "збожеволіти". Панічна атака зазвичай триває від кількох хвилин до пів години і може виникати як відповідь на стрес, страх або навіть без видимої причини.

Панічний розлад — це діагноз, який ставиться, коли людина має повторювані панічні атаки і переживає постійний страх перед можливістю їх повторення. Панічний розлад характеризується не лише панічними атаками, а й такими ознаками, як: постійне очікування наступної панічної атаки, тривожність між нападами та страх потрапити в ситуації, де може виникнути нова атака, уникнення певних місць чи ситуацій, які можуть, на думку людини, спровокувати панічну атаку.

Панічна атака може бути разовим явищем, яке трапляється навіть у людей, які не мають панічного розладу. Але якщо панічні атаки повторюються часто і стають причиною постійної тривоги та уникнення певних ситуацій, це може вказувати на розвиток панічного розладу.

Тобто, панічна атака — це окремий епізод, а панічний розлад — це хронічний стан, що включає регулярні панічні атаки і постійний страх перед їх повторенням.

Останні медичні дослідження в напрямку панічних атак та панічних розладів спрямовані на вивчення нейробіологічних механізмів (генетична схильність до гіперактивності мигдалини та порушення роботи префронтальної кори), інноваційних методів лікування (розробці нових препаратів для стабілізації нервової системи, використанні віртуальної реальності для експозиційної терапії), ролі мікробіому(впливу кишкової флори на розвиток тривожних розладів).

У сучасній медицині панічна атака визнається серйозною медичною та психічною проблемою, що потребує комплексного підходу до діагностики та лікування. Її ефективне подолання можливе завдяки поєднанню доказових методів психотерапії, медикаментозного втручання та підтримки здорового способу життя.

Панічні атаки є піддаваним лікуванню станом. На сьогодні найбільш поширеним методом психопрофілактики панічних атак є когнітивно - поведінкова терапія (КПТ). Відповідь на питання чому актуально вивчати КПТ для психопрофілактики панічних атак полягає в наступному:

1. **Висока ефективність:** численні дослідження підтверджують, що КПТ дозволяє значно знизити частоту і інтенсивність панічних атак у багатьох пацієнтів. За даними Національного інституту психічного здоров'я та інших дослідницьких центрів, КПТ демонструє високу успішність у роботі з панічним розладом, порівняно з багатьма іншими методиками.

2. **Тривалий терапевтичний ефект:** КПТ допомагає пацієнтам не тільки позбутися панічних атак, але й змінити деструктивні патерни мислення та поведінки. Завдяки цьому метод лікування має довгостроковий ефект: людина опановує навички управління тривогою і стресом, що зменшує ризик повторного виникнення панічних атак у майбутньому.

3. **Актуальність для самодопомоги та самоосвіти:** КПТ навчає пацієнтів самостійно розпізнавати і змінювати думки та переконання, які можуть викликати панічні атаки. Це сприяє підвищенню стресостійкості та допомагає людині справлятися з нападами без постійної підтримки

терапевта, що є важливим в умовах обмеженого доступу до медичної допомоги або при обмежених фінансових ресурсах.

4. Сучасний підхід до психотерапії: КПТ є емпірично підтвердженим методом, який базується на наукових дослідженнях. Сучасна психотерапія орієнтована на методи, що базуються на доказах ефективності, і КПТ відповідає цьому критерію, що робить його актуальним для широкого застосування.

5. Розвиток гнучких та адаптивних форм терапії: на основі класичної КПТ з'являються нові підходи, такі як інтернет- і мобільні додатки для проведення терапії, а також КПТ у форматі самодопомоги. Це дозволяє пацієнтам використовувати ефективні методики навіть у віддаленому режимі, що особливо актуально в умовах обмежень або для людей, які проживають у віддалених районах.

Когнітивно - поведінкова терапія панічних атак дозволяє людям не тільки зменшити симптоми панічних атак, але й розвинути навички, які допомагають ефективно управляти стресом та запобігати подальшим епізодам. Це робить КПТ одним з найважливіших підходів у сучасній психотерапії панічних атак і тривожних розладів.

В даній роботі метою емпіричного дослідження стала оцінка впливу КПТ на частоту панічних атак. Також була висунута гіпотеза емпіричного дослідження: КПТ знижує частоту та інтенсивність панічних атак у пацієнтів порівняно з контрольною групою, яка не проходила КПТ.

В дослідженні прийняли участь 60 осіб з періодичними панічними атаками віком від 25 років до 60 років.

Учасники дослідження після первинного опитування рандомно були розділені на дві групи по 30 осіб: експериментальна група отримує сеанси КПТ, контрольна група застосовувала техніки релаксації та дихання.

Для досягнення мети емпіричного дослідження та підтвердження гіпотези емпіричного дослідження були обрані психодіагностичні інструменти:

- шкала тяжкості панічних розладів;
- шкала тривожності Бека;
- шкала сприйнятого стресу;
- шкала життєвої задоволеності;
- щоденники самоспостереження.

За допомогою цих психодіагностичних інструментів було емпірично підтверджено теоретичні дослідження причин виникнення панічних атак таких як стрес та тривожність, а також підтверджена гіпотеза дослідження, що КПТ знижує частоту та інтенсивність панічних атак у пацієнтів порівняно з контрольною групою, яка не проходила КПТ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бибик С. П., Сюта Г. М. Б59 Словник іншомовних слів: тлумачення, словотворення та слововживання / За ред. С. Я. Єрмоленко; Худож.-оформлювач Б. П. Бублик. — Харків: Фоліо, 2006. — 623 с
2. Болтівець С. Доктор Аарон Бек: Україна – це країна кохання моїх батьків. Психологія і суспільство. 2019. № 1. С. 83–89. URL: <http://pis.wunu.edu.ua/index.php/uapis/article/view/1032> (дата звернення: 18.10.2024).
3. Бригадир М.Б., Бугерко Я.М., Ревасевич І.С. Загальна психологія. Збірник кейсів: навч.-метод.посіб. Тернопіль : Економічна думка ТНЕУ, 2017. 35 с.
4. Волошина В. В., Долинська Л. В., Ставицька С. О. Загальна психологія: практикум. К.: Каравела, 2019. 279 с.
5. Гаврилук Ю. Техніки когнітивно-поведінкової терапії у подоланні станів тривоги студентів : матеріали XIII Всеукраїнській науково-практичній конференції. Хмельницький, 2023. С. 71-74.
6. Генералізований тривожний розлад. Крейг Д. Маркер, Елісон Ейлворд. Львів: Свічадо, 2017. 123 с.
7. Гулько Г. О. Психологічні чинники актуалізації особистісних властивостей тривожного спектру в ситуації досягнення: дис. канд. психол. наук. Київський національний університет імені Т. Шевченка. Київ, 2017.
8. Дейвід Вестбрук. Вступ в когнітивно-поведінкову терапію / Вестбрук Дейвід, Гелен Кеннерлі.- Львів : УІКПТ, «Свічадо», 2014. - 420 с
9. Дейвід Вестбрук. Подолати панічний розлад / Вестбрук Дейвід, Рауф Хадіжа. - Львів: УІКПТ, «Свічадо», 2015. - 77 с.
10. Дерев'янка С. П. Когнітивна психологія: навч. посібник. Чернігів, 2012. 184 с.
11. Дерев'янка С. П. Когнітивні викривлення, пов'язані з емоційним інтелектом. Одинадцяті Сіверянські соціально-психологічні читання: матеріали міжнар. наук. конф. (Чернігів, 29 листопада 2020 р.). Чернігів, 2021. С. 81–85.

12. Дерев'яно С. П. Сучасна проблематика когнітивно - поведінкової терапії. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: науковий журнал. Острог: Вид-во НаУОА, червень 2021. № 13. С. 104–109.
13. Джудіт С.Бек. Когнітивно-поведінкова терапія: основи та практика. Діалектика. 2023, 460 с.
14. Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів, 5-е видання, текстова версія (DSM-5-TR). Видавництво Американської психіатричної асоціації, Вашингтон, округ Колумбія, стор 244.
15. Дрозд О.В., Рич К.В. Теоретичні основи вивчення проявів панічних атак у молодих жінок у воєнний час. Габітус. Випуск 57. 2024
16. Духневич В. М. Прикладні питання технологій підготовки та проведення когнітивно-орієнтованих тренінгів спілкування: методичні рекомендації. Київ, 2014. 84 с.
17. Залуцька Н.М. Генералізований тривожний розлад: сучасні теоретичні моделі та підходи до діагностики та терапії. 2016. Вип. 3. С. 80-89.
18. Засади когнітивної психології спілкування / наук. ред. В. П. Казміренка. Кіровоград, 2013. 389 с.
19. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К. : Педагогічна думка. 2016. 219 с.
20. Іванова Т.В. Тривога як психологічний феномен. *Вісник Львівського університету*. Серія «Психологічні науки». 2020. Вип. 6. С. 72–78.
21. Каліна Н.Ф. Психотерапія. Підручник студ. вишів. К., 2010. 280 с.
22. Костіна Л.М. Методи діагностики тривожності. Київ. 2006. 198 с.
23. КПТ є невід'ємною частиною сучасної, цілісної, ефективної моделі турботи про психічне здоров'я. URL:<https://i-cbt.org.ua/pro-kpt/> (дата звернення: 18.10.2024).

24. Лазарус Р. Емоції та адаптація. New York: Oxford University Press – 1991. 250 с. 35.
25. Лазарус Р. Теорія стресу та психофізіологічні дослідження. Емоційний стрес. К. 2017. С. 178-209.
26. Лемак М. В., Петрище В. Ю. Методичне видання Психологу для роботи. Діагностичні методики. / Ужгород Вид-во Олександри Гаркуші, 2012. 616 с.
27. М'ясоїд П.А. Психологічне пізнання: історія, логіка, психологія. Київ : Либідь, 2016. 560 с.
28. Москалець В.П. Психологія особистості. Підручник, 2-ге вид., Київ Івано-Франківськ: «Нова Зоря», 2020. 436 с.
29. Напреєнко О. К., Петров К. О. Психічна саморегуляція. К. : Здоров'я, 2018. 238 с.
30. Овчаренко О. Ю. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / П86 Уклад. О. Ю. Овчаренко. — К. : Університет «Україна», 2023. — 266 с.
31. Олефір В., Боснюк В. АДАПТАЦІЯ УКРАЇНСЬКОМОВНОЇ ВЕРСІЇ ШКАЛИ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ЖИТТЯМ Е. ДІНЕРА. "Наука і освіта", № 2, 2024.
32. Панок В. Г. Практична психологія. Теоретико-методологічні засади розвитку: Монографія. Чернівці: Технодрук, 2010. 486 с. 42.
33. Параскевова К. Г. Емоційний інтелект як чинник регуляції емоційно-мотиваційної сфери особистості: автореф. дис. канд. психол. наук. Харків, 2015. 17 с.
34. Попов М. В. Філософські підстави когнітивно-поведінкової психокорекційної роботи за текстами Джудіт Бек. Інновації у науці, 2018. № 4 (80). С. 41-46.
35. Посттравматичний стресовий розлад: посібник / за ред. Венгер О. П. Тернопіль : ТДМУ, 2016. 264 с.

36. Психологія мислення: підручник / І. Д. Пасічник, Р. В. Каламаж, О.В. Матласевич, У. І. Нікітчук та ін.; за ред. І. Д. Пасічника. Острог: Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2015. 560 с.
37. Психологу для роботи. Діагностичні методики: збірник / уклад. : М. В. Лемак, В. Ю. Петрище. Вид. 2-ге, виправл. Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. С. 118-121.
38. Ревасевич І.С. Загальна психологія: навч.-метод. комплекс. Тернопіль : ТНЕУ, 2016. 47 с.
39. Романчук О.Г. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: модель розуміння, терапії та емпіричні докази ефективності. URL: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/RomanchukAnxiety-disorders.pdf> (дата звернення: 02.10.2024).
40. Сандерс Д. Подолати фобію. Львів: Свічадо, 2014. 88 с
41. Семиченко В. А. Психологія емоцій. К. : «Магістер-S», 2019. 128 с.
42. Сергієнко О. Якщо ви надмірно переживаєте за все. Львів: Свічадо, 2018. 100 с.
43. Смирнова В. Р. Сучасні психотерапевтичні методи в роботі з психологічною травмою та посттравматичним стресовим розладом. Видатні постаті психології: історія, сучасність і перспективи: матеріали VI регіонального наукового семінару (м. Львів, 23 квітня 2019 р.). Львів, 2019. С. 84–87.
44. Соціальний діалог у вимірах когнітивного спілкування: монографія. URL: <http://labpsycom.usite.pro/load> (дата звернення: 02.10.2024).
45. Соціальна психологія : навчальний посібник для здобувачів ступеня бакалавра / Н.Ю. Воляннюк та ін. Київ : КПІ НТУУ ім. Ігоря Сікорського, 2019. 254 с.
46. Стуліка О., Неделько П. Особливості переживання страху та тривожності в юнацькому віці. Молодий вчений. № 11 (111), 2022. 18-22.

47. Технології роботи організаційних психологів : навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти / ред. Л. М. Карамушки. К. 2005. 366 с.
48. Тімченко О. В. Сучасні підходи до класифікації стресу. Вісник Харківського державного педагогічного університету ім. Г. С. Сковороди. Психологія. Харків : ХДПУ. 2001. Вип. 6. С. 194-199.
49. Томчук С.М. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому просторі : монографія. Вінниця : КВНЗ ВАНУ, 2019. 200 с.
50. Туриніна О. Л. Методологія та методи психологічного дослідження: навч.- метод. посіб. / Київ : ДП “Вид. дім “Персонал”, 2018. — 206 с
51. Філімонов В.І. Фізіологія людини в запитаннях і відповідях / Філімонов В.І. – Вінниця:Нова Книга, 2009. – 488с.
52. Христюк О.Л. Сучасні виміри психологічної практики: майндфулнес-підхід. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія: Психологія. Львів, 2018. Вип. 1. С. 153–161.
53. Царькова О.В. Теоретичні аспекти прояву психологічного феномену тривожності. Актуальні проблеми психології. Серія «Екологічна психологія». 2019. Т. 7. Вип. 38. С. 73–79.
54. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція : навч. посібн. К. : Професіонал, 2017. 544 с.
55. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Х.: Прапор, 2005. 640 с.
56. Шовкова О. Д. Види ілюзії мислення у когнітивній психології. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія». Острог, 2018. Вип. 7. С. 33–40.
57. Штепа, О. С. (2018). Опитувальник психологічної ресурсності особистості: результати розробки й апробації авторської методики. Проблеми сучасної психології. Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 39,

- 380–399. URL: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-39.380-399> (дата звернення 06.10.2024)
58. American Psychological Association. (n.d.). Manage stress: Strengthen your support network. Retrieved December 19, 2023. URL: <https://www.apa.org/topics/stress/manage-social-support> (дата звернення: 24.10.2024)
59. Beck A., Freeman A., Davis D. Cognitive therapy for personality disorders. Guilford Press, New York, 2004
60. Clum GA, Clum GA, Surls R. A meta-analysis of treatments for panic disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1993; 61:317–26.
61. Gould RA, Otto MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Rev*. 1995; 15:819–44.
62. John W. Barnhill, Panic Attacks and Panic Disorder. MD, New York-Presbyterian Hospital Reviewed/Revised Aug 2023. URL: <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/anxiety-and-stressor-related-disorders/panic-attacks-and-panic-disorder> (дата звернення: 24.10.2024)
63. Papola D, Ostuzzi G, Tedeschi F, et al: Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for panic disorder with or without agoraphobia: Systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 221(3):507-519, 2022. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35049483/> (дата звернення: 24.10.2024)
64. Quagliato LA, Freire RC, Nardi AE: Risks and benefits of medications for panic disorder: A comparison of SSRIs and benzodiazepines. *Expert Opin Drug Saf* 17(3):315-324, 2018. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29357714/> (дата звернення: 24.10.2024)
65. Wenzel A., Liese B. S., Beck A. T. Group cognitive therapy of addictions. New York: Guilford Press, 2012. P. 200.
66. Westen D, Morrison K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of

the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69:875–99.

67. Zasiékina L. Psycholinguistic approach to diagnostics and modification of individual negative core beliefs. *East European Journal Psycholinguistics.* 2015. Vol. 2. № 1. P. 152–157.

ДОДАТОК А

Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI)

(Власний переклад з англійської)

Прошу обрати одну з можливостей відповіді на кожне запитання.

Старайтесь відповідати швидко.

	0.Зовсім не турбує	1.Злегка турбує	2.Середньо турбує	3.Дуже турбує
1.Відчуття оніміння та поколювання в тілі				
2.Відчуття жару				
3.Тремтіння в ногах				
4.Неможливість розслабитись				
5.Страх, що станеться найгірше				
6.Головокружіння				
7.Прискорене серцебиття				
8.Нестійкість, нестабільність				
9.Відчуття жаху, це кінець				
10.Дратівливість				
11.Тремтіння в руках				
12.Відчуття задухи				
13.Нерівна хода				
14.Страх втрати контролю				
15.Труднощі з диханням				
16.Страх смерті				
17.Переляк				
18.Шлунково-кишкові розлади				
19.Непритомність				
20.Прилив крові до обличчя				
21.Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою)				

Інтерпретація результатів:

Підсумковий бал варіюється від 0 до 63. Залежно від нього рівень тривоги можна інтерпретувати наступним чином:

- **0–7:** Мінімальний рівень тривоги.
- **8–15:** Легкий рівень тривоги.
- **16–25:** Помірний рівень тривоги.
- **26–63:** Високий рівень тривоги.

ДОДАТОК Б

Шкала тяжкості панічного розладу (Panic Disorder Severity Scale, PDSS)

Надайте одну із пропонованих відповідей на запитання.

1. Скільки панічних атак та атак з обмеженою кількістю симптомів Ви мали протягом тижня?

0- Не було панічних атак та атак з обмеженою кількістю симптомів

1- Легко: не було повних панічних атак та не більше 1 на день атаки з обмеженою кількістю симптомів

2- Помірно: 1 або 2 повні панічні атаки і/або кілька атак з обмеженою кількістю симптомів на день

3- Сильно: більше, ніж 2 повні панічні атаки, але не більше, ніж одна на день, в середньому

4- Дуже сильно: повні панічні атаки виникали більше, ніж один раз на день; більшість днів

2. Якщо протягом минулого тижня у Вас були панічні атаки, то наскільки виснажливими (приносили дискомфорт, лякали) вони були для Вас у момент самої атаки? (Якщо у Вас була більше, ніж одна, визначте середню кількість. Якщо у Вас не було панічних атак, проте були атаки з обмеженою кількістю симптомів, тоді дайте відповідь як для атак з обмеженою кількістю симптомів).

0- Зовсім не виснажували, або не було панічних атак чи атак з обмеженою кількістю симптомів протягом останнього тижня

1- Деяко виснажували (не надто сильно)

2- Помірно виснажували (сильні, проте ще контрольовані)

- 3- *Сильно виснажували (дуже сильні)*
- 4- *Надмірно виснажували (дуже сильне виснаження протягом всіхатак)*

3. Наскільки минулого тижня Ви були стурбованими чи мали тривогу щодо появи наступної панічної атаки або страхів, пов'язаних з атаками (наприклад, вони могли б означати, що у Вас є проблеми з фізичним чи психічним здоров'ям або могли б осоромити Вас перед оточуючими)?

- 0- *Анітрохи*
- 1- *Зрідка або лиш трохи*
- 2- *Часто або помірно*
- 3- *Дуже часто або значною мірою*
- 4- *Майже постійно та до втрати працездатності*

4. Чи були протягом минулого тижня місця або ситуації (публічний транспорт, кінотеатри, натовпи, мости, тунелі, торгові центри, перебування на самоті), яких Ви уникали або боялись (дискомфорт, бажання уникнути або покинути) через боязнь панічної атаки? Чи є інші ситуації, яких би Ви з тих самих причин уникали або боялись, якби вони мали місце протягом тижня? Якщо відповідь «так» на будь-яке з запитань, то, будь ласка, визначте Ваш рівень страху та уникнення протягом минулого тижня.

- 0- *Не було жодного страху чи уникнення.*
- 1- *Низький рівень: рідкісні випадки страху і/або уникнення, але, в цілому, я міг/могла протистояти ситуації, або витримати її. Мій спосіб життя не змінився, або змінився незначним чином через цю ситуацію.*
- 2- *Помірно виражений: помітні страх і/або уникнення, проте ще*

контрольовані. Я уникав (-ла) деяких ситуацій, але при супроводі я міг/могла би протистояти їм. Через цю ситуацію мій спосіб життя децю змінився, але, загалом, моє функціонування не було порушене.

3- Сильно виражений: обширне уникнення. Потрібна була значна зміна мого способу життя, щоб уникнення не стало на заваді виконанню звичайних видів діяльності.

4- Надмірно виражений: домінуючий блокуючий страх і/чи уникнення. Була необхідність у обширних змінах мого способу життя, оскільки не виконувались важливі види діяльності.

5. Чи були протягом минулого тижня такі види діяльності (фізичні навантаження, сексуальні відносини, прийняття гарячої душу чи ванни, пиття кави, перегляд захоплюючого чи моторошного фільму), яких Ви уникали чи, по відношенню до яких, Ви відчували страх (дискомфорт, хотіли уникнути чи зупинити) через те, що вони викликали фізичні відчуття, подібні до тих, які ви маєте під час панічної атаки, або тому, що Ви боялись, що вони можуть її спричинити. Чи є інші види діяльності, яких би Ви з тих самих причин уникали, якби вони мали місце протягом тижня? Якщо відповідь «так» на будь-яке з запитань, то, будь ласка, визначте Ваш рівень страху та уникнення протягом минулого тижня.

0- Не було жодного страху чи уникнення ситуацій або видів діяльності через тривожні фізичні відчуття.

1- Низький рівень: рідкісні випадки страху і/або уникнення, але, в цілому, я міг/могла протистояти або пережити не дуже тривожні види діяльності, які викликали фізичні відчуття. Мій спосіб життя змінився незначним чином через це.

2- Помірний: помітне уникнення, проте ще контрольоване. Через це відбулись помітні, проте помірні зміни мого способу життя, але, загалом, моє функціонування не було порушене.

3- *Сильно виражений: значне уникнення. Відбулась суттєва зміна мого способу життя, або погіршення моєї працездатності.*

4- *Надмірно виражений: домінуюче і блокуючи уникнення. Була необхідність у значних змінах мого способу життя, оскільки не виконувались важливі види діяльності.*

6. Наскільки минулого тижня усі вище згадані симптоми (панічні атаки та атаки з обмеженою кількістю симптомів, тривога через атаки, страх перед ситуаціями чи видами діяльності через атаки) впливали на Вашу працездатність або виконання домашніх обов'язків? (Якщо минулого тижня у Вас було менше праці чи домашніх обов'язків, ніж зазвичай, даючи відповідь, подумайте, що б Ви зробили, якби все було як зазвичай).

0- *Не було негативного впливу на роботу чи виконання домашніх обов'язків.*

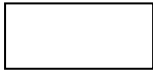
1- *Незначний вплив на виконання роботи чи домашніх обов'язків, але я міг/могла робити практично все так, як і за відсутності цих проблем.*

2- *Помітний негативний вплив на виконання роботи чи домашніх обов'язків, але, попри все, мені вдавалося робити те, що потрібно було зробити.*

3- *Значне погіршення у виконанні роботи чи домашніх обов'язків; було багато важливих речей, які я не зміг/змогла зробити через ці проблеми.*

4- *Надмірні порушення із втратою працездатності; я фактично не міг/могла справитись з будь-якою роботою чи домашніми обов'язками.*

7. Наскільки негативно минулого тижня панічні атаки та атаки з обмеженою кількістю симптомів, тривога через атаки, страх перед ситуаціями чи видами діяльності через атаки вплинули на Ваше соціальне життя? (Якщо минулого тижня у Вас не було багато можливостей для соціалізації, даючи відповідь, подумайте, що б Ви зробили, якби у Вас були такі можливості).



- 0- *Не було негативного впливу*
- 1- *Незначний вплив на соціальну активність, але я міг/могла робити практично все так, як і за відсутності цих проблем.*
- 2- *Помітний вплив на соціальну активність, але я міг/могла справитись з більшістю речей, якщо прикладав/-ла зусиль.*
- 3- *Значне погіршення соціальної активності; було багато соціальних речей, які я не зміг/змогла зробити через ці проблеми.*
- 4- *Надмірні порушення із втратою працездатності, через які я не міг/могла мати майже ніяких соціальних активностей.*

Кожен пункт оцінюється за шкалою від 0 до 4 балів, де 0 – це відсутність симптомів, а 4 – максимальна вираженість симптомів. Загальна сума балів використовується для оцінки тяжкості розладу:

- **0–4 бали** – відсутність розладу або незначні симптоми,
- **5–9 балів** – легкий ступінь тяжкості,
- **10–14 балів** – помірний ступінь,
- **15–19 балів** – виражений ступінь,
- **20 і більше балів** – дуже тяжкий панічний розлад.

ДОДАТОК В

Шкала життєвої задоволеності (Satisfaction with Life Scale, SWLS)

Нижче представлено твердження щодо Вашого життя. Висловіть ступінь своєї згоди з кожним із них, використовуючи таку шкалу оцінки:

Питання	Цілко м не згоден	Не згоден	Швидше не згоден	Важко відповіс ти	Швид ше згоден	Згоден	Цілк ом згод ен
Багато в чому моє життя близьке до мого ідеалу							
Умови мого життя чудові							
Я задоволений життям							
Наразі я отримав те важливе, чого хотів у житті							
Якби я міг прожити своє життя заново, я б майже нічого не змінив							

Інтерпретація отриманих результатів.

Отримані бали сумуються для визначення загального рівня задоволеності життям:

- **26-35** – висока задоволеність життям.
- **15-25** – середня (помірна) задоволеність життям.
- **10-14** – незадоволеність життям.
- **5-9** – сильна незадоволеність життям.

ДОДАТОК Г

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

Надайте відповідь протягом останнього місяця, як часто ви:

	0.Ніколи	1.Майже ніколи	2.Іноді	3.Досить часто	4.Дуже часто
Відчували, що ситуація у вашому житті виходить з-під контролю?					
Відчували себе впевненими у своїй здатності впоратися з важливими проблемами?					
Відчували себе нервовими чи напруженими?					
Відчували, що ви успішно контролюєте важливі аспекти свого життя?					
Відчували, що нервуєте через неможливість впоратися з усіма своїми справами?					
Відчували, що у вас все під контролем?					

Відчували, що занадто багато проблем накопичилось і ви не можете їх вирішити?					
Відчували, що можете впоратися з труднощами?					
Відчували, що дратуєтесь через ситуації, які не можете контролювати?					
Відчували, що труднощі накопичуються настільки, що ви не можете їх подолати?					

Інтерпретація отриманих результатів.

1. Для позитивних тверджень (2, 4, 6, 8) змініть оцінки за шкалою: **0** → **4**, **1** → **3**, **2** → **2**, **3** → **1**, **4** → **0**.
2. Додайте оцінки за всі питання.

Загальний бал:

- **0–13:** Низький рівень стресу.
- **14–26:** Помірний рівень стресу.
- **27–40:** Високий рівень стресу.

ДОДАТОК Д

Щоденник самоспостереження для панічних атак (*побудований на основі джерел 16,26,37*)

1. Дата та час:

2. Ситуація (контекст):

Де ви були? Що робили? З ким знаходилися?

3. Емоції та почуття:

Опишіть свої емоції та оцініть їхню інтенсивність (0–10).

- Страх: ____
- Розгубленість: ____
- Інші (вказіть): ____

4. Фізичні симптоми:

Що ви відчували фізично?

- Серцебиття: ____
- Задуха: ____
- Тремтіння: ____
- Інші (вказіть): ____

5. Автоматичні думки:

Які думки виникли у вас під час панічної атаки?

6. Поведінка:

Що ви зробили у відповідь на свої думки та емоції?

7. Альтернативні думки (після аналізу):

Як можна раціонально пояснити ситуацію?

8. Оцінка інтенсивності після втручання:

Оцініть рівень емоцій після самозаспокоєння.

- Страх: ____ → ____
- Розгубленість: ____ → ____

9. Що я зробив для самозаспокоєння?

Опишіть ваші дії для зменшення тривоги (дихання, релаксація тощо).

10. Що можна зробити наступного разу?

Наприклад: використати техніки КПТ, залишатися в ситуації, змінити спосіб реагування.