

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ТАВРІЙСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені
В.І. ВЕРНАДСЬКОГО
Навчально-науковий гуманітарний інститут
Кафедра психології, філософії та суспільних наук

Кваліфікаційна робота
Стратегія подолання панічних атак при хронічному стресі

Підготувала:
студентка 2 курсу групи 053-21 (з)
спеціальність 053 Психологія
Миронова К.О.

керівник:
доктор психологічних наук, доцент
Власенко О.О.

Київ – 2025

АНОТАЦІЯ

Миронова К.О. Стратегія подолання панічних атак при хронічному стресі.

У роботі досліджується проблема виникнення панічних атак в умовах хронічного стресу. Визначаються психологічні особливості цього явища, чинники його формування та обґрунтовується ефективність психокорекційних методів подолання панічних станів.

У процесі виконання роботи розглянуто теоретичні засади дослідження хронічного стресу та панічних атак, їх сутність як психологічних феноменів, причини, фактори ризику, прояви та наслідки. Визначено взаємозв'язок між хронічним стресом і виникненням панічних атак. Розроблено та апробовано психокорекційну програму, спрямовану на зниження частоти й інтенсивності панічних атак.

Ключові слова: панічні атаки, хронічний стрес, тривожність, психокорекційна програма, стресостійкість, психологічна допомога.

SUMMARY

Myronova K.O. Strategy for overcoming panic attacks in chronic stress.

The paper investigates the problem of panic attacks in conditions of chronic stress. The psychological features of this phenomenon, the factors of its formation are determined, and the effectiveness of psychocorrectional methods for overcoming panic states is substantiated.

In the process of carrying out the work, the theoretical foundations of the study of chronic stress and panic attacks, their essence as psychological phenomena, causes, risk factors, manifestations and consequences were considered. The relationship between chronic stress and the occurrence of panic attacks was determined. A psychocorrectional program aimed at reducing the frequency and intensity of panic attacks was developed and tested.

Keywords: panic attacks, chronic stress, anxiety, psychocorrectional program, stress resistance, psychological assistance.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПОНЯТТЯ ПАНІЧНИХ АТАК ТА ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ.....	7
1.1. Поняття хронічного стресу: психологічні та фізіологічні аспекти.....	7
1.2. Панічні атаки як прояв психоемоційної дезадаптації.....	11
1.3. Взаємозалежність хронічного стресу та панічних атак.....	17
Висновки до розділу 1.....	25
РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПАНІЧНИХ АТАК ТА ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ.....	26
2.1. Методологія дослідження взаємозв'язку панічних атак та хронічного стресу.....	26
2.2. Аналіз рівня тривожності та хронічного стресу.....	29
2.3. Взаємозв'язок між хронічним стресом та розвитком панічних атак....	38
Висновки до розділу 2.....	42
РОЗДІЛ III. РОЗРОБКА СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ ПАНІЧНИХ АТАК ПРИ ХРОНІЧНОМУ СТРЕСІ	43
3.1. Концептуальні основи розробки стратегії подолання панічних атак при хронічному стресі.....	43
3.2. Програма подолання панічних атак при хронічному стресі.....	50
3.3. Ефективність впровадження програми подолання панічних атак.....	60
Висновки до розділу 3.....	69
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74
ДОДАТКИ.....	81

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасне суспільство характеризується високим рівнем динамічності та невизначеності, що призводить до зростання психоемоційних навантажень на особистість. Військові конфлікти, економічна нестабільність, швидкий темп життя, конкуренція на ринку праці, інформаційний тиск, а також соціальна ізоляція та кризові ситуації суттєво підвищують рівень тривожності та стресу у населення. Особливо небезпечним для психічного здоров'я є хронічний стрес, який має кумулятивний характер і поступово виснажує адаптаційні ресурси організму. Він виступає ґрунтом для виникнення психосоматичних розладів, серед яких одне з провідних місць посідають панічні атаки.

Панічні атаки є однією з найбільш розповсюджених форм тривожних розладів, які проявляються у вигляді раптових нападів інтенсивного страху, що супроводжуються соматичними та когнітивними симптомами. Вони суттєво знижують якість життя, обмежують соціальну активність, створюють труднощі у професійній діяльності та міжособистісних відносинах. Проблема посилюється тим, що в суспільстві зберігається тенденція до недооцінки психоемоційних розладів, що ускладнює своєчасну діагностику і корекцію.

Науковий інтерес до вивчення панічних атак значно зріс у зв'язку з їхньою поширеністю серед молоді, людей працездатного віку, а також осіб, які перебувають у зонах підвищеного ризику – військових, переселенців, волонтерів.

Дослідження панічних атак у контексті хронічного стресу має не лише теоретичне, але й практичне значення. По-перше, воно дозволяє глибше зрозуміти механізми формування дезадаптаційних станів. По-друге, воно спрямоване на розробку ефективних стратегій психологічної допомоги, що сприятиме підвищенню якості життя та соціальної інтеграції людей, які стикаються з цим явищем. По-третє, результати такого дослідження можуть стати основою для впровадження програм психопрофілактики та психоосвіти в освітніх, медичних та соціальних установах.

Об'єктом дослідження є хронічний стрес.

Предметом дослідження є панічні атаки в умовах хронічного стресу.

Метою дослідження є розробка програми формування ефективної стратегії подолання панічних атак при наявності у особистості хронічного стресу.

Завдання дослідження визначаються логікою теми і полягають у наступному:

- визначити основні теоретичні підходи до поняття панічних атак і хронічного стресу;
- проаналізувати рівень тривожності та хронічного стресу;
- визначити взаємозв'язок між хронічним стресом та розвитком панічних атак;
- створити програму формування ефективної стратегії подолання панічних атак при хронічному стресі та оцінити результати її впровадження, зокрема ефективність.

Методи дослідження включають теоретичний аналіз наукової літератури з проблематики панічних атак і хронічного стресу, узагальнення та систематизацію підходів до їх подолання, а також емпіричні методи – застосування психодіагностичних методик, зокрема шкала тривожності Бека (BAI); Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна; Тест на панічні атаки (PDSS).

Практичне значення дослідження полягає у створенні дієвої стратегії подолання панічних атак, яка може бути використана у роботі практичних психологів, психотерапевтів, а також у профілактичній практиці, спрямованій на формування стресостійкості. Результати можуть слугувати основою для розробки тренінгових програм та впровадження психоемоційної підтримки навчальних закладів, робочих колективів і центрів психологічної допомоги. Крім того, вони створюють підґрунтя для подальших наукових досліджень у сфері клінічної та практичної психології.

Апробації результатів дослідження. Основні положення та теоретичні узагальнення дослідження пройшли апробацію на Міжнародній науково-

практичній конференції «Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень», що відбулася 19 листопада 2025 року у Таврійському національному університеті імені В. І. Вернадського (м. Київ).

За матеріалами виступу підготовлено та подано до публікації тези доповіді: «Співвідношення хронічного стресу та панічних атак у свідомості індивіда», у яких висвітлено теоретичні результати дослідження, спрямованого на вивчення психологічних механізмів подолання панічних атак в умовах хронічного стресу.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПОНЯТТЯ ПАНІЧНИХ АТАК ТА ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ

1.1. Поняття хронічного стресу: психологічні та фізіологічні аспекти

1. Сучасна людина щодня піддається впливу величезної кількості різноманітних подразників, які значною мірою впливають на її психічне, емоційне та фізичне здоров'я. До цих подразників належать соціально-економічні труднощі, такі як нестабільність доходів, зростання цін, безробіття, а також проблеми екології, пандемії та глобальні кризові явища. Особливо гостро відчувається вплив хронічного стресу на українське населення, оскільки країна вже тривалий час перебуває у стані війни та постійної невизначеності. Це призводить до глибоких соціальних і психологічних наслідків: втрати близьких людей, вимушеного переселення, руйнування домівок та житлової інфраструктури, значного зниження матеріального рівня життя, обмеження доступу до базових ресурсів і послуг, а також загальної невпевненості у майбутньому. Усі ці фактори створюють основу для формування постійного емоційного напруження, хронічного психоемоційного виснаження, виснаження нервової системи та розвитку серйозних фізичних і психічних захворювань, що потенційно можуть загрожувати навіть життю людини [7].

Ще у 1936 році видатний канадський науковець Ганс Сельє здійснив фундаментальні відкриття у вивченні стресу, визначивши його як універсальну реакцію організму на порушення внутрішньої рівноваги та зміну зовнішніх умов. Він запропонував концепцію «загального адаптаційного синдрому», у якій показав, що стрес не завжди має шкідливий характер, а може виступати як адаптивний механізм. Так, короткочасне напруження або еустрес сприяє мобілізації ресурсів організму, покращує концентрацію, підвищує ефективність дій та допомагає пристосуватися до складних умов. Натомість тривалий або надмірний стрес, який він назвав дистресом, руйнує фізіологічні, нейрохімічні та психологічні механізми, що призводить до виснаження організму та розвитку

різних захворювань. Крім того, Сельє відкрив важливу роль гормонів надниркових залоз та катехоламінів, які регулюють реакцію на стресові ситуації, допомагають організму долати короткострокові труднощі, але у разі їх надмірного виділення можуть чинити токсичний вплив на різні системи організму, сприяючи виникненню хронічних порушень і погіршенню загального стану здоров'я [19]. Таким чином, наукові дослідження Сельє заклали фундамент розуміння того, що вплив стресових факторів є комплексним, багатовимірним і потребує системного вивчення та ефективної корекції.

Дистрес виникає як унаслідок фізичного перевантаження та надмірної мобілізації ресурсів організму, так і через серйозні життєві потрясіння, серед яких втрата близьких людей, насильство, війна, вимушена еміграція або тривале перебування в умовах загрози для життя та здоров'я. Крім цього, дистрес може формуватися поступово внаслідок несприятливих життєвих обставин, таких як хронічні фінансові труднощі, складні соціальні умови, кліматичні та екологічні фактори, нестача кисню або поживних речовин, хронічні соматичні захворювання, а також через тривалі або інтенсивні емоційні переживання. Сучасні науковці виділяють два основні типи дистресу: гострий і хронічний, кожен із яких характеризується певними механізмами розвитку та специфічними наслідками для психічного та фізичного стану людини.

Гострий стрес проявляється як миттєва реакція на безпосередню загрозу або небезпечну ситуацію. У цьому випадку організм мобілізує ресурси для виживання: прискорюється серцебиття, підвищується артеріальний тиск, дихання стає частішим, м'язи напружуються, підвищується рівень гормонів стресу, таких як адреналін та кортизол. У короткостроковій перспективі така реакція є адаптивною і допомагає ефективно долати небезпеку. Проте, якщо гострий стрес повторюється регулярно, організм поступово виснажується, що призводить до зниження резервів адаптації та загального самопочуття.

Хронічний стрес, навпаки, є тривалим і постійним станом емоційного та фізичного напруження, який негативно впливає на всі системи організму. Його прояви включають як фізичні, так і психічні симптоми: часті головні болі,

порушення травлення, аритмію, судоми, постійну слабкість, порушення сну, втрату апетиту або, навпаки, надмірне харчування. Ці симптоми свідчать про те, що емоційне напруження починає трансформуватися у тілесні проблеми, що поступово погіршує загальний стан здоров'я та підвищує ризик розвитку серйозних хронічних захворювань.

Особливо небезпечним є вплив стресу на дитячий та підлітковий організм, оскільки саме в цей період відбувається активне формування фізіологічних, психічних і соціальних механізмів адаптації. Будь-які негативні переживання у ранньому віці залишають глибокий слід у психіці та можуть призвести до стійких порушень, які проявляються вже у дорослому житті. Дослідження психологів і медиків показують, що дитячі травми, спричинені стресовими ситуаціями, накопичуються і з часом трансформуються у психосоматичні захворювання. Зокрема, наукові дані підтверджують, що ранній і хронічний стрес безпосередньо пов'язаний із розвитком серйозних недуг, серед яких гіпертонія, бронхіальна астма, виразкові хвороби та патології травної системи. Постійне нервово перенапруження у дітей і підлітків також негативно впливає на імунну систему, знижуючи її ефективність і роблячи організм більш вразливим до інфекційних хвороб та інших фізичних розладів. Таким чином, вплив стресових факторів на ранніх етапах розвитку людини є критичним і потребує своєчасного виявлення, діагностики та профілактичних заходів [1].

Не менш серйозними є й психологічні наслідки хронічного стресу, особливо у молодому віці, коли психіка ще формується і є особливо вразливою до негативних впливів. Постійне психоемоційне напруження призводить до розвитку тривожних розладів, підвищеної агресивності або, навпаки, до схильності до соціальної ізоляції і замкнутості. З часом такі прояви стають причиною формування депресивних станів, зниження самооцінки, виникнення проблем із пам'яттю, концентрацією уваги та здатністю до навчання. Діти та підлітки, які зазнають постійного стресу, частіше відчувають труднощі у спілкуванні з однолітками, відчувають соціальну ізоляцію, що ускладнює розвиток комунікативних навичок і побудову здорових соціальних контактів. У

дорослому житті наслідки раннього хронічного стресу проявляються у професійній сфері, знижують ефективність трудової діяльності, впливають на формування особистих стосунків, а також визначають життєві пріоритети та загальну якість життя, зменшуючи адаптивні можливості особистості [18].

Особливо загострюється проблема хронічного стресу в умовах війни, яку сьогодні переживає Україна. Люди щоденно стикаються з реальною небезпекою для життя, втрачають близьких, вимушені залишати рідні домівки, адаптуватися до нових соціальних і побутових умов. Такі екстремальні обставини значно підвищують рівень психоемоційного напруження і створюють тривалий фон стресу, який стає одним із провідних факторів розвитку так званих «хвороб цивілізації», серед яких серцево-судинні патології, діабет, ожиріння та інші хронічні захворювання. Наукові дослідження свідчать, що у періоди інтенсивного стресового навантаження зростає кількість випадків інфарктів, інсультів та інших тяжких станів, що безпосередньо пов'язано із постійною дією сильних стресових факторів. Тривалий психологічний тиск не лише негативно впливає на фізичне здоров'я, але й послаблює здатність людини до адаптації, знижує рівень психоемоційної стабільності та загалом погіршує якість життя населення. Усе це підкреслює нагальну потребу у своєчасній діагностиці, психокорекції та формуванні стратегій подолання стресу для збереження як психічного, так і фізичного здоров'я громадян.

Варто підкреслити, що хронічний стрес чинить безпосередній і багатовимірний вплив на роботу головного мозку, спричиняючи серйозні зміни на фізіологічному та функціональному рівнях. Під дією тривалого емоційного та психічного напруження відбуваються зміни в діяльності нейронів, знижується їхня пластичність та порушується баланс нейромедіаторів – спеціальних речовин, що передають імпульси між клітинами мозку та забезпечують нормальне функціонування нервових ланцюгів. Це негативно відображається на когнітивних процесах: людина стикається з проблемами пам'яті, сповільненим мисленням, зниженням здатності концентруватися, утрудненим засвоєнням нової інформації та зниженням ефективності навчання. Особливо чутливими до дії

стресу є ключові структури мозку: гіпокамп, що відповідає за процеси навчання і формування пам'яті; префронтальна кора, яка регулює прийняття рішень, планування та контроль поведінки; та мигдалина, що відіграє центральну роль у регуляції емоційних реакцій і формуванні страхових чи тривожних станів. Наукові дослідження показують, що тривале вплив стресових факторів активує процеси окислення та запалення, які руйнують клітини мозку, що з часом може призвести до розвитку серйозних неврологічних і психічних розладів, включаючи когнітивні дисфункції, депресивні стани та зниження адаптивності організму [9].

Саме з цієї причини дослідження наслідків хронічного стресу набуває особливої актуальності у сучасній науці. Своєчасне виявлення психоемоційних порушень і проведення корекційних заходів дозволяють запобігти розвитку тяжких когнітивних проблем, підібрати оптимальні методи індивідуального лікування та реабілітації, а також сформувати стратегії адаптації до стресових факторів. Це має важливе практичне значення не лише для конкретної людини, покращуючи її якість життя, підвищуючи працездатність та психоемоційну стабільність, а й для суспільства загалом. Адже зменшення наслідків хронічного стресу сприяє зниженню соціальних і економічних втрат, пов'язаних із зниженням ефективності роботи, професійної продуктивності та витратами на лікування хронічних психосоматичних станів, що виникають у результаті тривалого психоемоційного навантаження. Таким чином, системне вивчення та своєчасна корекція впливу стресу є ключовими елементами підтримки здоров'я на рівні особистості та суспільства.

1.2. Панічні атаки як прояв психоемоційної дезадаптації

Панічні атаки вважаються одними з найпомітніших і водночас найтривожніших проявів порушень психоемоційного стану людини. Вони характеризуються раптовими нападами інтенсивного страху або крайньої тривоги, які супроводжуються різноманітними тілесними, вегетативними та

психічними реакціями. До типових симптомів належать прискорене серцебиття, відчуття нестачі повітря або утруднене дихання, запаморочення, тремтіння кінцівок, підвищене потовиділення, нудота, відчуття нереальності або роз'єднаності з оточенням, а іноді й страх смерті. Напади можуть виникати раптово, без очевидної зовнішньої причини, що посилює відчуття безпорадності, паніки та втрати контролю над власним станом. У багатьох випадках інтенсивність панічного нападу настільки висока, що людина помилково сприймає його як серцевий напад або ознаку іншого серйозного захворювання, що змушує її терміново звертатися за медичною допомогою, інколи неодноразово, підсилюючи страх і формуючи стійку тривожну поведінку.

Згідно з сучасними психологічними та психіатричними підходами, панічні атаки розглядаються як прояви психоемоційної дезадаптації, коли внутрішніх ресурсів людини недостатньо для адекватної відповіді на стресові та екстремальні ситуації (Cleveland Clinic, 2023). Фізіологічно цей процес пов'язаний із різкою активацією симпато-адреналової системи: у кров викидається велика кількість адреналіну та інших стресових гормонів, що провокує класичні фізичні ознаки тривоги та страху. Дослідження показують, що повторювані панічні епізоди поступово формують стійкий стан підвищеної тривожності, відомий як «страх перед самим страхом». У цьому випадку навіть думка про можливий напад або ймовірність стресової ситуації може запускати інтенсивну тривожну реакцію, посилюючи вразливість нервової системи та підвищуючи ризик виникнення нових панічних нападів. Таким чином, панічні атаки не лише проявляються як епізодичні психофізіологічні реакції, а й поступово впливають на повсякденне життя людини, знижуючи її адаптивні можливості, соціальну активність та загальний рівень психоемоційної стабільності [32].

Отже, панічні атаки не можна розглядати лише як поодинокий епізод. Вони свідчать про глибші проблеми в роботі системи адаптації до стресу. Це своєрідний сигнал, що організм перебуває у стані виснаження та хронічного перенапруження, а його фізичні й психологічні ресурси значно знижені. Таку

позицію підтверджують науковці, які наголошують, що панічні атаки — це не тільки прояв порушень психічного здоров'я, але й результат збоїв у взаємодії нервової, серцево-судинної та ендокринної систем [33].

Результати сучасних наукових досліджень свідчать, що поява панічних атак має прямий і тісний зв'язок із хронічним стресом, соціальною нестабільністю, психологічними травмами та впливом різноманітних екстремальних подій. В умовах сучасності, коли суспільство регулярно стикається з масштабними потрясіннями — такими як глобальні пандемії, військові конфлікти, економічні кризи світового масштабу, а також надмірне інформаційне навантаження — рівень психоемоційного напруження зростає багатократно. Особливо гостро ця проблема проявляється в Україні, де тривалі бойові дії, вимушені переселення, руйнування житлової та соціальної інфраструктури, втрата роботи і соціальної підтримки значно підвищують ризик розвитку тривожних і панічних станів серед населення. Такі обставини створюють сприятливі умови для масового поширення психоемоційних порушень і підвищують частоту звернень громадян до спеціалістів у сфері психічного здоров'я з характерними симптомами панічних нападів. Подібна тенденція простежувалася і під час глобальної пандемії COVID-19, коли ізоляція, невизначеність, страх за власне життя та здоров'я близьких викликали різке зростання рівня тривожності, появу гострих психосоматичних проявів та зниження здатності до адаптації [23].

З нейрофізіологічної точки зору, панічні атаки та підвищена тривожність пов'язані з порушенням функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи (HPA-axis) та надмірною активацією симпатико-адреналової системи. Постійне стимулювання стресової реакції призводить до підвищеного рівня виділення кортизолу, що безпосередньо впливає на роботу ключових лімбічних структур мозку — гіпокампу, мигдалини та префронтальної кори. Наслідком цього є значні труднощі у регуляції емоцій, зниження когнітивної гнучкості, підвищена схильність до катастрофічного оцінювання ситуацій та труднощі в адаптації до змін. Дослідники також зазначають, що тривалий стрес стимулює імунну систему, активуючи прозапальні цитокіни, які створюють додаткове

навантаження на нервову систему та підтримують замкнене коло взаємодії між психічними і фізіологічними процесами. Саме ці механізми пояснюють, чому панічні атаки супроводжуються одночасно вираженими соматичними симптомами та тривожно-депресивними проявами, що підкреслює їхній психосоматичний характер і складність лікування та профілактики [36].

З клінічної точки зору, панічні атаки не є ізольованим феноменом, а радше комплексним синдромом, що формується на перетині психічних і фізіологічних факторів. Важливо зазначити, що вони не лише сигналізують про порушення адаптаційних можливостей організму, а й виконують роль своєрідного «індикатора перевантаження», вказуючи на граничний стан нервової системи. Тривалий стрес пришвидшує старіння імунної системи та послаблює здатність організму протидіяти інфекціям і відновлюватися після психоемоційних потрясінь. Таким чином, панічна атака може розглядатися як своєрідний «сигнал тривоги», який попереджає про виснаження фізичних і психічних резервів людини. У випадках, коли такі напади стають регулярними, вони суттєво впливають на якість життя, знижують соціальну активність і підвищують ризик розвитку хронічних тривожних розладів, що робить питання своєчасної діагностики та психотерапевтичної допомоги особливо актуальним [47].

З точки зору психосоціальної адаптації панічні атаки виступають серйозною перешкодою для нормального включення людини у щоденне життя. Люди, які стикаються з цим розладом, поступово починають уникати будь-яких ситуацій, здатних спровокувати напад. Йдеться не тільки про контакти з іншими чи відвідування масових заходів, а й про буденні дії — користування транспортом, поїздки на відстань або навіть вихід з дому. Це призводить до значних обмежень у професійній сфері, втрати роботи чи звуження кар'єрних перспектив, скорочення кола спілкування і загального зниження якості життя. Виникає замкнене коло: очікування можливого нападу підсилює рівень тривожності, що, у свою чергу, підвищує ймовірність повторення епізоду. Таке явище отримало назву «страх страху», коли очікування стає більш руйнівним фактором, ніж сама атака.

У наукових джерелах підкреслюється, що панічні атаки мають складну природу і не пояснюються лише якимось одним чинником. З біологічного боку вони пов'язані з порушенням балансу нейромедіаторів (зокрема серотонінової та норадреналінової систем), а також із роботою серцево-судинної та дихальної систем. Це часто проявляється у вигляді прискореного серцебиття, гіпервентиляції чи відчуття нестачі повітря. У психологічному плані до цього додаються схильність до катастрофічного мислення, підвищена чутливість до тілесних відчуттів і формування негативних когнітивних схем, які змушують сприймати безпечні ситуації як загрозливі. Соціальні чинники включають стресові події, ізоляцію, а також травматичний досвід у дитинстві чи дорослому віці. У результаті виникає багаторівнева система, де різні фактори взаємодіють між собою і збільшують ймовірність розвитку панічних розладів.

Отже, панічні атаки доцільно інтерпретувати як складний і багатовимірний прояв психоемоційної дезадаптації, що сигналізує про глибоку втрату внутрішньої рівноваги та виснаження механізмів стресостійкості організму. Вони відображають не лише індивідуальну вразливість, а й дисфункцію системи психологічного та фізіологічного реагування на тривалу загрозу. Панічні епізоди часто виникають у момент максимальної напруги, коли адаптаційні ресурси людини виснажені й втрачають здатність ефективно підтримувати гомеостаз. Таким чином, панічні розлади є не просто приватною проблемою окремої особи, а серйозним викликом для системи охорони психічного здоров'я, яка має розробляти комплексні стратегії профілактики, ранньої діагностики та терапії.

Ситуація ускладнюється тим, що в умовах сучасних світових і локальних проблем поширеність тривожних та панічних розладів постійно зростає. Війни та збройні конфлікти призводять до масових психологічних травм, пандемії викликають значні зміни у соціальному та психоемоційному житті людей, економічна нестабільність створює відчуття постійної загрози й невизначеності, а надмірний потік інформації, характерний для цифрової доби, чинить додатковий тиск на нервову систему. Усе це стає причиною того, що панічні атаки

дедалі частіше виникають у представників різних вікових і соціальних категорій — від підлітків і людей працездатного віку до осіб похилого віку.

З огляду на все вищезазначене, особливо важливим стає своєчасне виявлення симптомів панічних атак, а також забезпечення професійної психотерапевтичної допомоги, яка здатна надати конкретні інструменти для контролю над тривожними станами. Не менш важливим є розбудова системи підтримки на рівні держави, соціальних служб і суспільства загалом, що включає психологічне консультування, соціальну адаптацію та доступ до спеціалізованих програм профілактики і корекції стресових розладів. Сучасні методи лікування панічних атак і тривожних розладів демонструють високу ефективність у зменшенні частоти та інтенсивності нападів, а також у відновленні здатності людини адаптуватися до складних і стресогенних умов.

Серед цих методів провідне місце займає когнітивно-поведінкова терапія, яка дозволяє пацієнтові усвідомлювати і змінювати хибні переконання, виробляти більш здорові та адаптивні реакції на тривожні переживання, зменшуючи емоційне навантаження. Експозиційна терапія надає можливість поступово зменшувати страх через контрольоване та безпечне зіткнення з тригерами панічних атак, що сприяє зниженню унікальної поведінки і страху перед новими нападами. Додатково застосування методик релаксації, дихальних вправ та технік «заземлення» допомагає стабілізувати фізіологічні реакції організму, зменшує соматичні прояви тривоги і підвищує загальний рівень психоемоційного комфорту [19].

У медичному контексті широко використовуються фармакологічні підходи, серед яких особливо ефективні антидепресанти з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СИЗС), які нормалізують нейрохімічні процеси в головному мозку, знижують гіперактивність симпато-адреналової системи та покращують регуляцію настрою. Комплексне застосування психотерапевтичних і медикаментозних методів дозволяє не лише значно зменшити частоту і силу панічних атак, а й відновити психологічні ресурси людини, покращити її здатність до саморегуляції, повернути до активного

соціального і професійного життя, підвищити стійкість до стресових ситуацій і сформувати ефективні стратегії подолання майбутніх труднощів. Такий підхід забезпечує не лише короткострокове полегшення симптомів, а й довгострокове зміцнення психоемоційного здоров'я та поліпшення якості життя [32].

1.3. Взаємозалежність хронічного стресу та панічних атак.

Хронічний стрес у сучасній психіатрії та психології розглядається як один із ключових факторів, що безпосередньо впливають на виникнення панічних атак і розвиток панічного розладу. Він визначається як тривалий стан емоційного, когнітивного та фізіологічного напруження, який виникає внаслідок дії стресових факторів, що перевищують здатність організму до адекватного пристосування та саморегуляції. Американська психологічна асоціація (АРА, 2020) підкреслює, що хронічний стрес проявляється не лише на рівні психічного стану, а й у фізіологічних змінах, що поступово виснажують нервову систему та її ресурси.

До таких чинників відносять як повсякденні труднощі, серед яких сімейні конфлікти, перевантаження на роботі, фінансова нестабільність, так і масштабні соціальні та екзогенні події: військові дії, епідемії, економічні та політичні кризи, катастрофи природного чи техногенного характеру. У таких умовах організм перебуває у постійному стані готовності до дії, що проявляється підвищеною активацією симпато-адреналової системи, надмірним виділенням катехоламінів і кортизолу, а також порушенням роботи гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі. Постійне напруження призводить до виснаження регуляторних механізмів нервової системи, зміни у балансі нейромедіаторів, які відповідають за контроль емоцій, когнітивну гнучкість і стресостійкість, та формує підвищену реактивність на будь-які внутрішні чи зовнішні подразники.

Внаслідок цього хронічний стрес не лише провокує часті емоційні сплески й надмірну тривожність, а й сприяє розвитку соматичних симптомів, зниженню ефективності мислення, проблемам із концентрацією та пам'яттю. У

довгостроковій перспективі він стає фундаментом для формування панічних атак, психоемоційної дезадаптації та поглиблення психологічних розладів, що суттєво знижує якість життя та соціальну активність людини [14].

Ряд сучасних наукових досліджень чітко демонструє, що саме хронічний стрес найчастіше передуся появи перших панічних нападів і фактично виступає своєрідним «спусковим механізмом» для формування панічного розладу. Його тривала дія на психіку та фізіологічні системи організму створює сприятливі умови для виникнення раптових епізодів гострого страху та супутніх соматичних проявів. Зокрема, дослідження Moitra та колег (2011) підкреслюють, що особи, які тривалий час піддаються потужним соціальним, професійним чи міжособистісним навантаженням, мають приблизно удвічі вищий ризик розвитку панічного розладу порівняно з тими, хто проживає в умовах відносної стабільності та низького рівня стресу. Це підтверджує прямий зв'язок між накопиченням стресових факторів і зниженням адаптаційних можливостей організму, що проявляється через підвищену емоційну реактивність та поглиблення психоемоційної нестійкості [18].

Додатково, Smith та інші (2020) відзначають, що хронічне накопичення стресових впливів не лише підвищує рівень тривожності, а й спричиняє структурні й функціональні зміни в головному мозку. Зокрема, зафіксовано зміни у мигдалині, яка відповідає за регуляцію емоцій та формування страху, і у префронтальній корі, що контролює когнітивну оцінку ситуацій і регуляцію поведінки. Такі нейрофізіологічні трансформації пояснюють, чому люди, які тривалий час перебувають у стані стресу, стають більш схильними до панічних нападів і одночасно менш здатними контролювати реакції на емоційно значущі події.

Подібні закономірності спостерігаються і в українських наукових працях. Наприклад, Карабань і Кушнір (2020) наголошують, що найбільш типовими тригерами панічних епізодів у вітчизняному контексті є воєнні події, соціально-економічні труднощі, втрата близьких, вимушене переміщення та інші форми небезпеки й невизначеності. Автори підкреслюють, що тривале перебування в

умовах невизначеності та постійного психоемоційного напруження значно підвищує ризик виникнення панічних нападів у вразливих груп населення, особливо серед молодих дорослих та людей із недостатньо розвинутими навичками саморегуляції. Ці спостереження повністю узгоджуються з міжнародними даними, що визначають хронічний стрес як універсальний фактор ризику, який однаково проявляється у різних культурних і соціальних контекстах, незалежно від географічного чи економічного середовища.

Таким чином, результати досліджень підтверджують, що хронічний стрес виступає ключовим фактором у розвитку панічних атак, і його своєчасне виявлення, моніторинг та корекція є надзвичайно важливими для профілактики панічних розладів та зниження психоемоційної дезадаптації. Ці дані підкреслюють необхідність комплексного підходу до психокорекції та психологічного супроводу людей, що перебувають у тривалому стресовому стані, з урахуванням як когнітивно-поведінкових, так і нейрофізіологічних аспектів психічного здоров'я [10].

Хронічний стрес не лише послаблює адаптаційні ресурси організму, але й створює нейробіологічний і психосоціальний ґрунт для формування панічних розладів. Він перетворюється на довготривалу «пастку», в якій людина поступово втрачає здатність ефективно реагувати на зовнішні виклики, що робить появу панічних атак майже неминучою.

Клінічні спостереження переконливо свідчать, що після тривалого та інтенсивного впливу стресових факторів у пацієнтів поступово формується так зване «замкнене коло» психофізіологічних реакцій. Цей механізм можна розглядати як динамічний процес, у якому взаємопов'язані психологічні та соматичні компоненти підсилюють один одного. Спочатку зростання рівня загальної тривожності провокує підвищену настороженість і постійне очікування можливого повторення нападу. Такий стан передчуття катастрофи супроводжується активацією симпатичної нервової системи, яка забезпечує готовність організму до «боротьби чи втечі». Поступове накопичення фізіологічної напруги — прискорене серцебиття, тремтіння, відчуття нестачі

повітря, запаморочення — стає своєрідним «сигналом небезпеки» для самої людини. У результаті відбувається ще більше зростання емоційної напруги, яка завершується появою повноцінного епізоду паніки. Таким чином, виникає патологічний цикл, у якому сама тривожність стає фактором підтримки розладу, створюючи стабільну систему негативних переживань і соматичних реакцій, які взаємно підсилюють одна одну.

Хронічний стрес необхідно розглядати не лише як фон, на якому розгортаються психопатологічні симптоми, але й як безпосередній пусковий механізм, що запускає, закріплює та підсилює розвиток панічних атак. Він виступає ключовим чинником у формуванні стійкої вразливості нервової системи, яка втрачає здатність адекватно регулювати рівень збудження. Це пояснює, чому пацієнти часто відчують, що навіть незначні подразники чи життєві труднощі здатні спричинити сильну панічну реакцію. Важливою характеристикою хронічного стресу є його здатність не тільки провокувати появу перших епізодів, а й створювати умови для їх систематичного повторення, що значно ускладнює перебіг панічного розладу та підвищує ймовірність його переходу в хронічну форму.

Лонгітюдні емпіричні дослідження демонструють, що в осіб із високим рівнем хронічного стресу ризик розвитку повноцінного панічного розладу протягом життя зростає у 2–3 рази. Цей зв'язок пояснюється тим, що тривале перебування у стресових умовах формує стійкі нейробіологічні й психологічні передумови: порушення регуляції нейромедіаторних систем, гіперактивність амігдали, зниження нейропластичності та виснаження когнітивних ресурсів. Усе це призводить до зниження здатності організму здійснювати ефективні адаптивні реакції. У результаті епізодичні симптоми тривожності та паніки мають значно вищі шанси перейти у стабільний патологічний стан, що суттєво знижує якість життя, обмежує соціальне функціонування та потребує тривалої терапії [11].

Теоретичні моделі, зокрема «Trait-State-Occasion Model», переконливо показують, що хронічний стрес із часом інтегрується у внутрішню психічну структуру особистості. На початкових етапах він проявляється як ситуативний

стан, однак поступово набуває характеристик відносно стійкої риси, яка визначає загальну поведінку, когнітивну активність та фізіологічну реактивність організму. Це означає, що навіть у випадку усунення конкретного зовнішнього стресора, людина зберігає підвищену вразливість до виникнення панічних нападів, оскільки її нервова система залишається налаштованою на патологічний режим функціонування [19].

Дані сучасних українських досліджень (Мельник & Сидоренко, 2021) також підтверджують цю тенденцію. Зокрема, у пацієнтів, які тривалий час перебувають під впливом стресових факторів, таких як внутрішнє переміщення у зв'язку з воєнними діями чи безпосередня участь у бойових операціях, панічні атаки схильні переходити у хронічний перебіг із високим ризиком ускладнень. Це свідчить про критичну необхідність своєчасних профілактичних та психотерапевтичних заходів, спрямованих не лише на усунення гострих симптомів, але й на систематичне зниження базового рівня стресу та зміцнення адаптаційних ресурсів людини.

Взаємозалежність між хронічним стресом і панічними атаками пояснюється складними нейробіологічними процесами, що відбуваються в центральній нервовій системі. Одним із провідних механізмів є дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (HPA-axis), яка регулює стресову реакцію організму. Під впливом хронічного стресу відбувається гіперсекреція кортизолу — основного гормону стресу, що зумовлює зміни у балансі нейротрансмітерів, зокрема серотоніну, дофаміну та γ -аміномасляної кислоти (GABA). Подібні зміни створюють підґрунтя для підвищеної збудливості амігдали — ключової ділянки мозку, що відповідає за формування емоції страху та запуск реакції «бий або тікай» [38]. Унаслідок цього навіть незначні зовнішні подразники можуть сприйматися організмом як небезпечні, що сприяє виникненню панічних нападів і підтримує їх повторюваність.

Нейровізуалізаційні дослідження підтверджують, що у пацієнтів із панічним розладом спостерігається гіперактивність амігдали та знижена активність префронтальної кори, яка зазвичай контролює емоційні реакції [33].

Таким чином, під впливом хронічного стресу формується «нейробіологічний ґрунт» для виникнення панічних атак.

Крім того, довготривалий стрес справляє надзвичайно суттєвий вплив на нейропластичність мозку — унікальну здатність нервової системи змінюватися, пристосовуватися та відновлюватися під впливом життєвого досвіду та зовнішніх факторів. Нейропластичність забезпечує можливість формування нових нейронних зв'язків, компенсування ушкоджень та адаптацію психічної діяльності людини до мінливих умов середовища. Коли стрес триває протягом тривалого часу, ці процеси починають функціонувати менш ефективно, що негативно відбивається як на когнітивній сфері, так і на емоційній стабільності особистості.

Результати численних нейропсихологічних досліджень переконливо демонструють, що хронічний стрес має безпосередній і значний вплив на структури головного мозку, зокрема спричиняє зменшення об'єму гіпокампа — однієї з ключових і найважливіших структур, яка відповідає за широке коло функцій, включаючи регуляцію пам'яті, просторової орієнтації, навчання та когнітивну гнучкість, а також формування здатності до адекватної емоційної адаптації. Зменшення об'єму гіпокампа безпосередньо впливає на якість запам'ятовування та відтворення інформації, знижує швидкість навчання, ускладнює освоєння нових навичок та засвоєння знань. Крім того, воно негативно позначається на механізмах контролю над емоційними реакціями, підвищуючи емоційну лабільність і схильність до імпульсивних або непропорційних відповідей на стресові подразники. Таким чином, хронічний стрес не лише погіршує когнітивні процеси, але й підвищує вразливість особистості до психоемоційних порушень, що робить особливо актуальним застосування профілактичних та корекційних стратегій, спрямованих на підтримку нейропластичності гіпокампа та загальної психоемоційної стабільності людини [14].

Гіпокамп бере безпосередню участь у гальмуванні реакцій страху та контролі над активністю гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, яка відповідає

за вироблення гормонів стресу. Якщо його функціонування порушене, організм фактично втрачає здатність ефективно відновлювати рівновагу після стресових подій. У результаті відбувається підвищення рівня тривожності, розвивається емоційна нестабільність і знижується здатність до психологічної саморегуляції.

Це пояснює, чому люди, які протягом тривалого часу перебувають у стані постійного напруження, не лише значно частіше страждають від панічних атак, але й демонструють нижчий рівень стресостійкості, швидше виснажуються та гірше справляються з психологічними й фізіологічними наслідками цих нападів. У таких осіб зростає ризик розвитку депресивних станів, тривалих розладів сну та зниження загальної працездатності.

Крім того, вони можуть мати серйозні труднощі з концентрацією уваги, опрацюванням та засвоєнням нової інформації, що безпосередньо позначається на їхній навчальній та професійній діяльності. Порушення емоційної регуляції призводить до дратівливості, імпульсивності та труднощів у міжособистісних відносинах. Усе це лише посилює замкнене коло патологічних переживань, з якого людині дедалі складніше вирватися без належної підтримки та корекційних психологічних або медичних втручань.

Механізм взаємодії хронічного стресу та панічних атак слід розглядати як багаторівневий і надзвичайно комплексний процес, який охоплює широкий спектр змін на різних рівнях функціонування організму. Ці зміни включають ендокринні порушення, дисбаланс нейротрансмітерів, порушення роботи гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, а також структурні й функціональні трансформації в головному мозку, зокрема в префронтальній корі, мигдалині та гіпокампі. Такі глибокі і багатогранні зміни пояснюють, чому панічні атаки супроводжуються як психоемоційними, так і соматичними симптомами, та підкреслюють критичну потребу в застосуванні комплексного і міждисциплінарного підходу для профілактики й лікування панічних розладів.

Оптимальні стратегії корекції та профілактики повинні поєднувати психотерапевтичні методи, спрямовані на зміну когнітивних і поведінкових патернів, із біологічними втручаннями, насамперед фармакотерапією, яка

нормалізує роботу нейромедіаторних систем і стабілізує психофізіологічний стан організму. Крім того, сучасні дослідження підкреслюють ефективність методів нейропластичної реабілітації, спрямованих на відновлення функціонування структур мозку, фізичної активності, яка позитивно впливає на нервову систему, а також медитативних і релаксаційних практик, що знижують рівень тривожності та підвищують стресостійкість. Використання таких комплексних підходів дає змогу не лише зменшити інтенсивність панічних симптомів і частоту нападів, але й запобігти їх хронізації, створюючи умови для стабільного та довготривалого відновлення психічного здоров'я.

Особливо важливо зазначити, що комплексна робота на всіх рівнях – психотерапевтичному, нейрофізіологічному та поведінковому – дозволяє підвищити адаптивні ресурси особистості, навчити її ефективно регулювати емоційні стани і реагувати на стресові ситуації без розвитку патологічних проявів. Такий багатовекторний підхід забезпечує не лише тимчасове полегшення симптомів, але й формує довготривалу стійкість до стресу, сприяє відновленню когнітивних функцій, покращенню якості життя та підтримці загальної психоемоційної стабільності. Він є особливо актуальним у сучасних умовах, коли постійні стресові чинники, соціальна нестабільність і зовнішні травматичні впливи створюють високий ризик розвитку панічних розладів у різних вікових групах населення [12].

Висновки до розділу 1

У першому розділі було розглянуто теоретичні підходи до розуміння феноменів хронічного стресу та панічних атак, а також проаналізовано взаємозв'язок між цими явищами.

Під хронічним стресом розуміють тривалий психофізіологічний стан напруження, що виникає внаслідок постійного впливу стресорів і перевищує адаптаційні можливості організму. Він супроводжується виснаженням енергетичних ресурсів, зниженням стійкості нервової системи, порушеннями сну, апетиту, емоційного стану та когнітивних функцій. Психологічно хронічний стрес проявляється у вигляді тривожності, дратівливості, апатії, почуття безпорадності, а фізіологічно — через порушення в роботі серцево-судинної, ендокринної та імунної систем.

Панічні атаки розглядаються як гострі епізоди інтенсивного страху або тривоги, що супроводжуються соматичними проявами (тахікардія, задишка, запаморочення, відчуття нереальності тощо) та виникають без об'єктивної загрози. З точки зору психології, панічні атаки — це прояви психоемоційної дезадаптації, результат накопичення нерозрядженого емоційного напруження та неефективних механізмів подолання стресу.

Аналіз теоретичних джерел свідчить, що між хронічним стресом і панічними атаками існує тісний взаємозв'язок. Тривалий вплив стресорів призводить до виснаження адаптаційних можливостей особистості, що створює ґрунт для виникнення панічних реакцій. У свою чергу, повторювані панічні атаки підсилюють відчуття тривожності, формують страх перед новими нападами, що підтримує хронічний стресовий стан. Таким чином, між цими явищами формується замкнене коло, яке без належної психотерапевтичної або психологічної допомоги може призвести до розвитку тривожних розладів.

РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПАНІЧНИХ АТАК ТА ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ

2.1. Методологія дослідження взаємозв'язку панічних атак та хронічного стресу

Для дослідження взаємозв'язку панічних атак та хронічного стресу було застосовано комплекс психодіагностичних методик, які дозволяють оцінити рівень тривожності, емоційного напруження та вираженість симптомів панічних атак у респондентів. Використання різних психометричних інструментів дало змогу розглянути проблему з кількох аспектів: когнітивного, емоційного та поведінкового.

1. Шкала тривожності Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI) була розроблена американським психотерапевтом Аароном Беком та його колегами у 1988 році як інструмент для вимірювання вираженості тривожних симптомів. Вона широко використовується в клінічній практиці та психологічних дослідженнях для оцінки як загального рівня тривоги, так і динаміки її змін у процесі терапії (Додаток А).

Методика складається з 21 твердження, кожне з яких описує один із типових симптомів тривожності. Ці симптоми охоплюють як соматичні прояви (наприклад: запаморочення, тремтіння, прискорене серцебиття, утруднене дихання, пітливість, відчуття жару чи холоду), так і когнітивно-емоційні прояви (відчуття страху, напруження, відчуття небезпеки, страх втратити контроль або збожеволіти).

Респонденти оцінюють, наскільки сильно кожен симптом турбував їх протягом останнього тижня, за чотирибальною шкалою:

- 0 – «зовсім не турбувало»;
- 1 – «турбувало дещо»;
- 2 – «турбувало помірно»;
- 3 – «турбувало дуже сильно».

Максимальна кількість балів за шкалою становить 63.

Інтерпретація результатів проводиться за такими рівнями тривожності:

- 0–7 балів – мінімальний рівень тривожності (симптоми практично відсутні);
- 8–15 балів – легка тривожність;
- 16–25 балів – середній рівень тривожності;
- 26–63 бали – високий рівень тривожності.

Важливо, що ВАІ має високу валідність та надійність, підтверджену численними психометричними дослідженнями. Вона чітко диференціює тривожні стани від депресивних симптомів, що робить її зручним інструментом у діагностиці, а також у контролі ефективності лікування (наприклад, когнітивно-поведінкової терапії чи медикаментозного втручання).

Завдяки орієнтації на соматичні прояви тривоги, методика особливо корисна при вивченні панічних атак та хронічного стресу, оскільки дозволяє виявити тілоцентричні реакції організму, які є ключовими у формуванні панічних розладів.

2. Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є одним із найпоширеніших інструментів у світі для оцінки тривожності. Вона була розроблена Ч. Д. Спілбергером (C. D. Spielberger) і адаптована для використання у країнах пострадянського простору Ю. Л. Ханіним. Методика отримала високу валідність і надійність, що підтверджено численними емпіричними дослідженнями (Додаток Б).

Основна мета методики – диференційована оцінка тривожності, яка може проявлятися як короткочасний емоційний стан або як стабільна особистісна риса.

Шкала складається з двох частин по 20 тверджень кожна (загалом 40 тверджень):

- Ситуативна тривожність (СТ) – відображає стан людини «тут і зараз», її реакцію на конкретну життєву або стресову ситуацію. Наприклад, перед іспитом, важливою зустріччю чи під час переживання конфлікту. Ситуативна

тривожність змінна й може знижуватися чи підвищуватися залежно від ситуаційних факторів.

- Особистісна тривожність (ОТ) – характеризує індивідуальну схильність людини сприймати широкий спектр життєвих ситуацій як загрозливі. Це стійка риса, яка впливає на поведінку та емоційну сферу особистості, незалежно від конкретних обставин.

Кожне твердження оцінюється респондентом за чотирибальною шкалою:

- 1 – «ніколи»;
- 2 – «майже ніколи»;
- 3 – «часто»;
- 4 – «майже завжди».

У деяких твердженнях використовується пряма (позитивна) шкала, а в інших – зворотна, що дозволяє врахувати як прояви тривожності, так і її відсутність.

Інтерпретація результатів

Сума балів за кожною шкалою (СТ та ОТ) може коливатися від 20 до 80 балів:

- 20–30 балів – низький рівень тривожності;
- 31–45 балів – середній рівень тривожності;
- 46 і більше балів – високий рівень тривожності.

Таким чином, результати дозволяють не лише оцінити поточний рівень емоційного напруження респондента, але й визначити його загальну схильність до тривожних реакцій.

Переваги методики: дає змогу чітко розрізняти ситуативні зміни у стані людини та стійкі індивідуальні особливості; є ефективним інструментом для вивчення впливу хронічного стресу на психіку; використовується як у наукових дослідженнях, так і в клінічній практиці (наприклад, для оцінки ефективності психотерапії чи фармакологічного лікування).

Методика Спілбергера–Ханіна дозволила диференціювати короточасні реакції тривоги, спричинені хронічним стресом, від стійкої особистісної

тривожності, яка є предиктором виникнення та закріплення панічних атак. Це має особливе значення у контексті пошуку стратегій подолання панічних розладів.

3. Тест на панічні атаки (Panic Disorder Severity Scale, PDSS). Шкала тяжкості панічного розладу (PDSS) була розроблена для кількісної оцінки вираженості симптомів панічних атак та їх впливу на життя людини. Методика складається із семи пунктів, які охоплюють основні прояви панічного розладу: частоту нападів, очікувальну тривогу, поведінку уникнення, а також ступінь дистресу й обмеження у повсякденній діяльності (Додаток В).

Оцінювання здійснюється за п'ятибальною шкалою від 0 до 4 балів, де нуль означає відсутність проявів, а чотири – їх максимальну інтенсивність. Загальний бал може варіюватися від 0 до 28. Чим вищий результат, тим більш виражений панічний розлад. Низькі значення свідчать про мінімальний вплив панічних симптомів, середні – про помірний рівень тяжкості, високі – про клінічно значущий розлад, що потребує спеціалізованої допомоги.

PDSS застосовується як у клінічній практиці для діагностики та моніторингу перебігу панічних розладів, так і в дослідженнях для оцінки ефективності терапевтичних втручань. Перевагою є його здатність враховувати не лише частоту панічних атак, а й рівень тривожного очікування та ступінь соціальної та професійної дезадаптації, що дає змогу отримати більш комплексну картину.

У контексті даного дослідження шкала PDSS дозволила оцінити не лише наявність панічних симптомів, а й те, наскільки вони ускладнюють щоденне функціонування респондентів, що є ключовим для аналізу взаємозв'язку між хронічним стресом і панічними атаками.

2.2. Аналіз тривожності та хронічного стресу

Емпіричну базу становили 46 респондентів, які брали участь у дослідженні стратегій подолання панічних атак у контексті хронічного стресу на базі

Фастівського міського центру соціальних служб. Вибірка була переважно жіночою: 28 жінок (60,9%) та 18 чоловіків (39,1%). Усі учасники належали до вікової категорії молодих дорослих (22–33 роки), що дозволяє інтерпретувати результати в межах періоду активної професійної та соціальної самореалізації, коли навантаження стресогенних чинників є підвищеним. Охоплення саме цього вікового зрізу методично виправдане: у 22–33 роки частіше поєднуються інтенсивні життєві переходи (працевлаштування, кар'єрні зміни, формування сімейних ролей) із потребою у сталих копінг-стратегіях, що безпосередньо релевантно досліджуваній темі.

Попереднє тестування рівня тривожності за методикою Спілберга-Ханіна проводилося двічі з інтервалом у два місяці. Отримані результати в обох вимірюваннях залишалися стабільними, що свідчить про стійкість тривожних проявів та дозволяє обґрунтовано віднести учасників вибірки до групи з наявністю саме хронічного стресу.

Ключовою особливістю вибірки є тривожні характеристики учасників. Дослідження цілеспрямовано проводилося переважно на особах із середнім та високим рівнем тривожності, що було критерієм включення. За результатами первинного скринінгу (самозвітні опитувальники тривожності та коротке клінічне інтерв'ю), понад дві третини респондентів продемонстрували показники середнього рівня тривожності, а близько третини — високого рівня тривожності. Відповідно, у вибірці домінували учасники з високою схильністю до панічних проявів: у більшості фіксувалася підвищена частота/інтенсивність панічних атак, що підтверджувалося як самозвітами, так і записами звернень по допомогу в межах центру. Таким чином, отримані результати відображають насамперед моделі опанувальної поведінки саме в групі підвищеного ризику (середня/висока тривожність, наявність панічних симптомів), а не в загальній популяції.

Гендерна структура вибірки створює підстави для порівняльних якісних спостережень щодо особливостей копіngu, водночас співвідношення 61/39 (%) зумовлює помірну диспропорцію на користь жінок, що варто враховувати під час

узагальнення. За віком вибірка відносно однорідна: всі респонденти перебували в близьких фазах життєвого циклу (рання дорослість), що зменшує ризик вікового конфаундингу при інтерпретації зв'язків між хронічним стресом, тривожністю та панічними симптомами. Водночас свідома концентрація на осіб із середнім/високим рівнем тривожності покращує внутрішню валідність щодо дослідницького питання (стратегії подолання панічних атак), але обмежує зовнішню валідність: висновки прямі насамперед для груп ризику, а не для осіб з низьким рівнем тривожності чи епізодичними панічними симптомами.

Відбір відбувався серед клієнтів установи, які перебувають у стані хронічного стресу та мають наявні або ймовірні панічні прояви. Це відповідає критеріям включення (середня/висока тривожність; наявність епізодів панічних атак або клінічно значущих панічних симптомів протягом останніх 6–12 місяців) і забезпечує тематичну релевантність. Усі учасники були проінформовані про мету та етапи дослідження, надали інформовану згоду; анонімність і конфіденційність дотримано.

Така вибірка дає змогу комплексно описати опанувальну поведінку молодих дорослих із підвищеною тривожністю та високою ймовірністю панічних атак у ситуації хронічного стресу. Водночас можливі джерела систематичної похибки (convenience sampling у межах одного центру; дисбаланс; відсутність старших вікових груп і осіб з низькою тривожністю) вимагають обережності під час поширення отриманих результатів на інші організаційні чи регіональні контексти. У подальших дослідженнях доцільно розширити географію, здійснити стратифікацію за ключовими соціально-демографічними ознаками та включити порівняльні підвибірки з низьким рівнем тривожності — це дозволить точніше оцінити специфіку копінг-стратегій та їхню ефективність у різних тривожнісних профілях.

Для оцінки взаємозв'язку панічних атак і хронічного стресу було проведено аналіз рівня тривожності респондентів за методиками Бека (BAI), Спілбергера–Ханіна та тестом на панічні атаки (PDSS). Отримані результати

дали можливість визначити як індивідуальні, так і групові особливості тривожності.

За шкалою Бека було встановлено, що значна частина респондентів демонструє середній та високий рівень тривожності, що свідчить про виражені соматичні та когнітивні симптоми напруження. Це вказує на наявність хронічного стресу, який не лише знижує адаптивні можливості організму, але й може виступати провокуючим фактором для розвитку панічних атак.

Аналіз результатів за шкалою Спілбергера–Ханіна дозволив відрізнити ситуативну тривожність, яка виникає у відповідь на конкретні стресові фактори, від особистісної тривожності, що є більш стабільною характеристикою. У більшості респондентів виявлено підвищений рівень особистісної тривожності, що вказує на схильність до хронічного переживання емоційної напруги незалежно від конкретної ситуації. Це створює передумови для закріплення негативних емоційних реакцій і розвитку тривожних розладів.

За результатами тесту PDSS у значної частини досліджуваних спостерігається середня або висока вираженість панічних атак. Це проявляється не лише у частоті нападів, але й у високому рівні очікувальної тривоги та унікальної поведінки, яка обмежує повсякденне життя та соціальну активність.

Усі респонденти пройшли тестування за шкалою тривожності Бека, результати якого стали основою для аналізу особливостей прояву тривожних станів у контексті хронічного стресу. У середньому показник тривожності склав 21,7%, що вказує на виражену тенденцію до високого рівня тривоги серед опитаних. При цьому переважна більшість учасників (65,2%) характеризуються саме високим рівнем тривожності, що є фактором ризику формування панічних атак.

Нижче наведено узагальнені результати розподілу рівнів тривожності у вибірці (таблиця 2.1) та їхня візуалізація (рис.2.1).

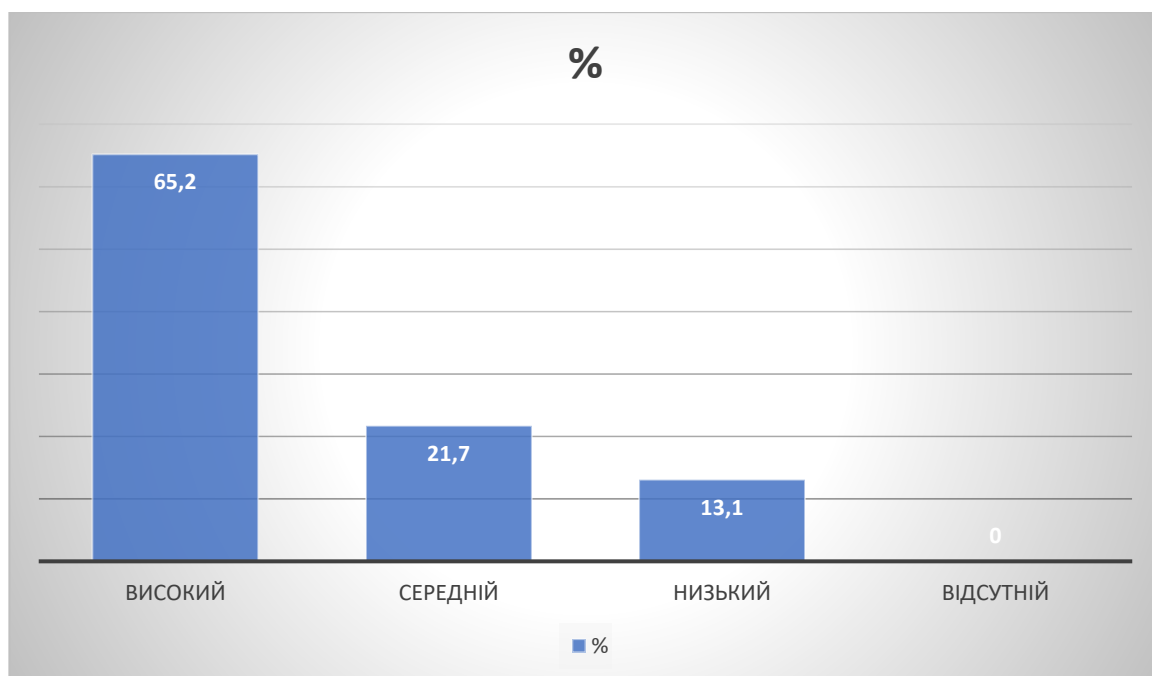


Рис. 2.1 Розподіл рівнів тривожності за шкалою Бека

Узагальнені дані розподілу респондентів за рівнями тривожності наведено у таблиці 2.1, яка відображає кількісні та відсоткові співвідношення в межах вибірки.

Таблиця 2.1

Зведені середні результати опитування за шкалою Бека

Рівень тривожності	Кількість осіб	% від вибірки
Високий	30	65,2 %
Середній	10	21,7 %
Низький	6	13,1 %
Відсутній	0	0 %

Ці дані підтверджують, що у більшості респондентів наявні високі показники тривожності, що в умовах хронічного стресу може провокувати панічні атаки. Отримані результати свідчать про необхідність застосування стратегій подолання панічних атак, спрямованих насамперед на зниження рівня тривоги.

Результати за шкалою тривожності Бека - учасники експерименту продемонстрували середній бал на рівні 32,3 бала, що свідчить про загальну тенденцію до високого рівня тривожності серед опитаних. Отримані результати показують, що більшість досліджуваних перебувають у зоні підвищеної емоційної напруженості, що може відобразитися як на особистому благополуччі, так і на професійній діяльності.

Для більш детального аналізу було застосовано методику Спілбергера–Ханіна, адаптовану для молоді. У таблиці наведено розподіл респондентів за трьома рівнями тривожності: низька, помірна та висока, що дозволяє узагальнити стан психологічного здоров'я учасників та визначити групи ризику (Додаток Д).

Таблиця 2.2

Розподіл рівнів тривожності за методикою Спілбергера–Ханіна

Рівень тривожності	Кількість осіб	Відсоток (%)
Низька	7	15,2%
Помірна	19	41,3%
Висока	20	43,5%
Всього	46	100%

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що значна частина респондентів демонструє високий рівень тривожності, який складає 43,5% від загальної кількості учасників дослідження. Це вказує на наявність істотного психологічного тиску, що відчують досліджувані, та підтверджує, що хронічний стрес може виступати потужним чинником, який сприяє формуванню панічних симптомів і підвищеній емоційній реактивності. Високий рівень тривожності у більшості респондентів свідчить про наявність значних емоційних навантажень, які можуть ускладнювати їхнє щоденне функціонування, впливати на якість життя, соціальні контакти та продуктивність у професійній сфері.

Помірний рівень тривожності, який зафіксовано у 41,3% учасників, свідчить про те, що ці респонденти також відчують певний психологічний

дискомфорт, проте його прояви менш інтенсивні та більш контрольовані. Водночас лише 15,2% респондентів характеризуються низьким рівнем тривожності, що свідчить про їхню стресостійкість та здатність ефективно справлятися з емоційними навантаженнями.

Узагальнено ці результати підкреслюють необхідність комплексного підходу до психологічної підтримки та профілактики тривожних станів, особливо серед груп із високим рівнем тривожності. Важливо впроваджувати психокорекційні програми, навчати методам саморегуляції та стресостійкості, а також створювати сприятливі умови для соціальної та професійної адаптації, щоб зменшити ризик розвитку панічних атак та хронічного психологічного дискомфорту.

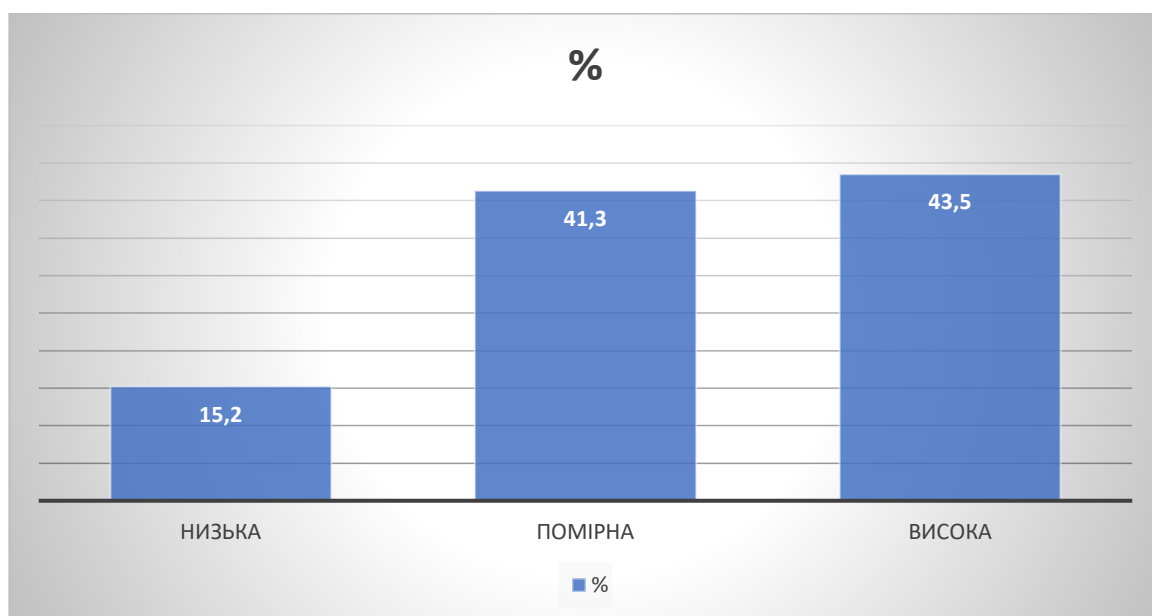


Рис. 2.2 Динаміка розподілів рівнів тривожності за методикою Спілбергера–Ханіна

Для всебічної оцінки тяжкості панічного розладу серед учасників дослідження було застосовано стандартизовану методику Panic Disorder Severity Scale (PDSS), яка є надійним інструментом клінічної психології та психіатрії для визначення інтенсивності панічних симптомів, частоти виникнення нападів, їх тривалості, а також ступеня впливу на повсякденне функціонування особистості. Ця шкала дозволяє не лише кількісно оцінити прояви панічного розладу, а й

провести якісну класифікацію учасників за рівнем тяжкості симптомів, що є важливим для планування психокорекційних заходів та визначення потреби у клінічному втручанні.

У представленій таблиці наведено результати проходження шкали PDSS усіма респондентами, включно з сумами балів за сім ключових критеріїв оцінки, що охоплюють як суб'єктивне відчуття тривоги, так і об'єктивні прояви панічних атак. Крім того, результати класифіковано за орієнтовними діапазонами балів, що дозволяють виділити групи з низькою, помірною, високою та дуже високою тяжкістю панічного розладу. Такий підхід дає змогу чітко простежити загальні тенденції в психологічному стані вибірки, оцінити рівень дискомфорту, уникання та порушення соціальної чи професійної діяльності, а також визначити групи респондентів, для яких рекомендоване подальше психокорекційне або клінічне втручання.

Таблиця 2.3

Результати за шкалою тяжкості панічного розладу (PDSS)

Рівень тяжкості панічного розладу	Діапазон балів	Кількість респондентів	Відсоток (%)
Практично без панічних симптомів / дуже низький рівень	0–4	0	0,0
Низька-помірна тяжкість	5–9	3	6,5
Помірна тяжкість	10–14	24	52,2
Висока тяжкість	15–20	17	37,0
Дуже висока тяжкість	21–28	2	4,3

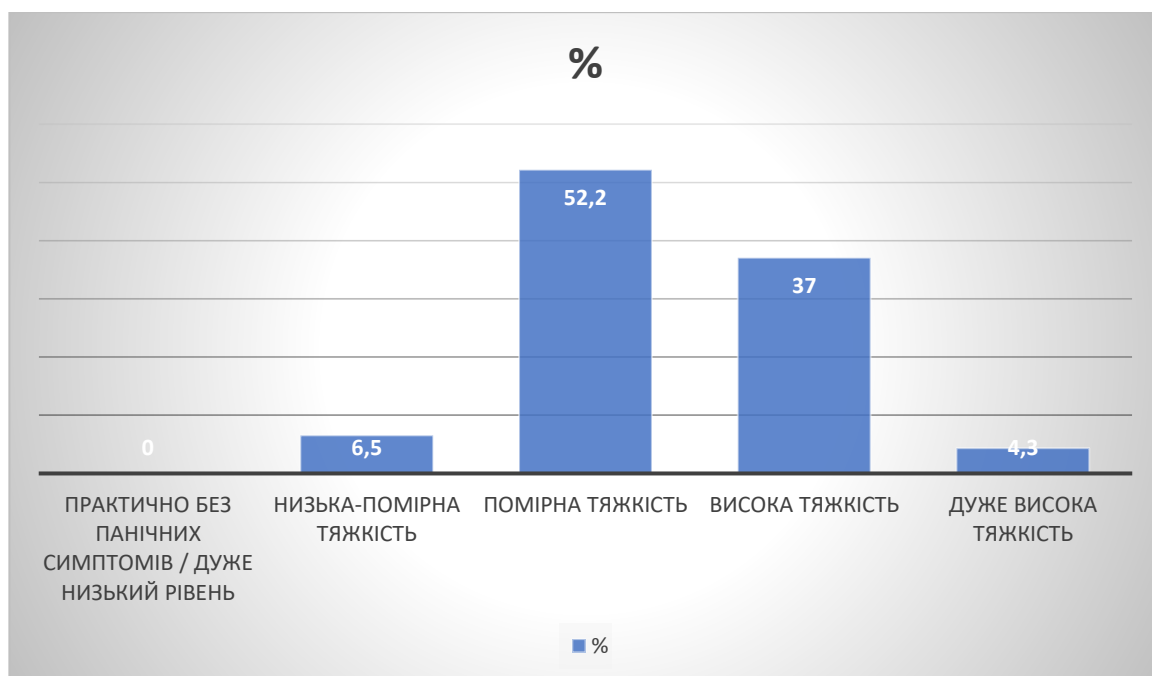


Рис. 2.3 Динаміка результатів за шкалою тяжкості панічного розладу (PDSS)

Орієнтовна інтерпретація результатів шкали тяжкості панічного розладу дозволяє всебічно оцінити рівень вираженості панічних симптомів у респондентів та їхній вплив на повсякденне життя. Результати в діапазоні від 0 до 4 балів свідчать про практично відсутні прояви панічних атак або їхню дуже рідкісну появу, коли респонденти не зазнають жодного суттєвого дискомфорту, і їхнє соціальне або професійне функціонування не порушується. Балами від 5 до 9 оцінюють низьку-помірну тяжкість, що означає наявність мінімальних симптомів, які можуть ледь відчутно впливати на повсякденну діяльність, проте не створюють серйозних обмежень у соціальній чи робочій сфері. Якщо сума балів становить від 10 до 14, це свідчить про помірну тяжкість панічного розладу, при якій симптоми стають більш вираженими, спостерігається часткове уникання певних ситуацій, що може обмежувати робочі обов'язки, соціальні контакти та загальну активність респондента. Результати від 15 до 20 балів вказують на високий рівень тяжкості, який характеризується значним дискомфортом, чітким униканням потенційно стресових ситуацій, суттєвим впливом на якість життя та соціальну активність, а також на необхідність

пильного спостереження або психологічного втручання. Найвищі показники, від 21 до 28 балів, відповідають дуже високій тяжкості панічного розладу, при якій напади виникають часто і регулярно, створюють серйозні труднощі у виконанні професійних та соціальних обов'язків, значно обмежують повсякденне життя та вимагають клінічного втручання, психотерапевтичної підтримки та ретельного медичного нагляду для зменшення негативного впливу на психічний стан та загальну функціональність респондента.

2.3. Взаємозв'язок між хронічним стресом та розвитком панічних атак

Вивчення взаємозв'язку між хронічним стресом та виникненням панічних атак належить до одного з найважливіших напрямів сучасної клінічної психології та психіатрії, оскільки дозволяє не лише розуміти механізми розвитку психоемоційних розладів, а й формувати ефективні програми їхньої профілактики та корекції. Хронічний стрес чинить комплексний негативний вплив на психологічну стійкість особистості, поглиблюючи емоційну лабільність, знижуючи здатність до саморегуляції та підвищуючи вразливість до різних психопатологічних проявів. Саме на фоні тривалого емоційного напруження створюються сприятливі умови для появи панічних симптомів, які при відсутності належної підтримки або втручання можуть трансформуватися у повноцінний панічний розлад із вираженою соматичною та психічною симптоматикою.

Для перевірки цього припущення було здійснено кореляційний аналіз результатів трьох спеціалізованих діагностичних методик, що дозволяють оцінити різні аспекти тривожності та панічних проявів. Зокрема, застосовувалися шкала тривожності Бека, яка визначає загальний рівень тривожності та її когнітивно-афективні прояви; шкала ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера–Ханіна, що дозволяє диференціювати тимчасові (ситуативні) та стійкі (особистісні) прояви тривожності; а також шкала тяжкості панічного

розладу (PDSS), що оцінює частоту, інтенсивність та психоемоційні наслідки панічних атак.

Отримані результати були узагальнені у вигляді кореляційної матриці, що дала змогу визначити ступінь взаємозв'язку між рівнем хронічного стресу, проявами тривожності та тяжкістю панічних симптомів. Цей підхід забезпечує глибоке розуміння взаємодії психоемоційних процесів і створює надійну наукову основу для подальшого розроблення ефективних психокорекційних стратегій і програм профілактики панічних розладів у молодих дорослих, особливо в умовах підвищеного психоемоційного навантаження.

Таблиця 2.4

**Кореляційна матриця між результатами за шкалами Бека,
Спілбергера–Ханіна та PDSS**

	Beck	Spielberger	PDSS
Beck	1.00	-0.08	0.19
Spielberger	-0.08	1.00	0.07
PDSS	0.19	0.07	1.00

На підставі отриманих кореляцій ($r=0,19$ між показниками за Beck і PDSS; $r=0,07$ між Spielberger–Hanin і PDSS; $r=-0,08$ між Beck і Spielberger–Hanin) сформульовано клінічно релевантне узагальнення, що підвищені значення хронічної тривожності/стресу асоціюються з підвищеною ймовірністю розвитку панічних атак і більшою тяжкістю їх перебігу, тоді як низькі значення хронічної тривожності відповідають переважно низькій–помірній тяжкості панічної симптоматики. З урахуванням слабкої сили парних зв'язків робиться висновок про багатофакторну природу явища, що зумовлює необхідність профільного (кластерного) підходу.

Хронічний стрес інтерпретується як «тонічний» чинник, який знижує поріг толерантності до інтероцептивних сигналів і сприяє катастрофічним інтерпретаціям фізіологічних відчуттів. У такому середовищі ситуативні тригери (за Spielberger–Hanin) не стільки ініціюють, скільки модулюють тяжкість уже сформованої вразливості, що при високому тонічному рівні тривожності навіть помірні стресори більш імовірно призводять до панікоподібних епізодів, тоді як за низького тонічного рівня ті самі стресори частіше завершуються короткочасними, клінічно незначними підвищеннями тривоги.

Отримані дані підтверджують тезу, що люди з підвищеним стресом мають підвищений розвиток панічних атак, у тому числі в напрямі переходу до помірної–вираженої тяжкості (PDSS). Натомість люди з низьким рівнем тривожності демонструють низьку–помірну тяжкість симптомів, навіть за наявності окремих ситуативних піків. Звідси випливає пріоритет профілактичних і корекційних стратегій, спрямованих насамперед на зниження хронічної тривожності/стресу (когнітивно-поведінкова терапія з інтероцептивними експозиціями, тренування саморегуляції, план рецидив-профілактики), із додатковою роботою з тригерами для осіб із підвищеною ситуативною реактивністю.

Для підвищення пояснювальної здатності моделі доцільним є подальший аналіз із використанням багатофакторної регресії (з контролем віку, статі, коморбідних станів та фармакотерапії) і стратифікації вибірки за порогами клінічної інтерпретації шкал, що дозволить перевести описані закономірності у формат прогнозних правил для практики.

Отримані результати свідчать, що найбільш вираженим виявився позитивний зв'язок між показниками за шкалою Бека та рівнем тяжкості панічного розладу за шкалою PDSS ($r = 0,19$). Хоча цей показник характеризується як слабкий, він підтверджує наявність взаємозв'язку між хронічною тривожністю та інтенсивністю панічних симптомів. Це означає, що з підвищенням балів за шкалою Бека зростає ймовірність більшого прояву симптомів панічного розладу. У прикладних термінах: люди з підвищеним

стресом мають підвищений розвиток панічних атак, тоді як люди з низьким рівнем тривожності, як правило, мають низьку–помірну тяжкість панічної симптоматики.

Аналіз показників за шкалою Спілбергера–Ханіна та PDSS засвідчив наявність дуже слабкого позитивного зв'язку ($r = 0,07$). Така низька кореляція вказує на те, що ситуативна та особистісна тривожність меншою мірою асоціюється з тяжкістю панічного розладу. Водночас зафіксована нами закономірність дозволяє конкретизувати профілі ризику: люди з підвищеним фоновим (хронічним) стресом і водночас помірною ситуативною тривожністю демонструють вищу імовірність переходу до помірної–вираженої тяжкості за PDSS, тоді як особи з низькими показниками хронічної тривожності навіть за наявності окремих ситуативних піків здебільшого утримуються в діапазоні низької–помірної тяжкості.

Висновки до розділу 2

Аналіз тривожності та хронічного стресу показав, що для досліджуваної групи характерний високий рівень емоційного напруження. За шкалою Бека середній показник тривожності становив 32,3 бала, а переважна більшість учасників мала високий рівень тривожності, що свідчить про значне психоемоційне навантаження та підвищену ймовірність виникнення панічних атак. Методика Спілбергера–Ханіна дозволила відрізнити ситуативну тривожність від особистісної, причому значна частка респондентів мала високий рівень особистісної тривожності, що вказує на хронічне переживання стресу незалежно від конкретних обставин. Результати за шкалою тяжкості панічного розладу (PDSS) свідчили про поширення помірної та високої тяжкості панічних симптомів серед більшості учасників, що підтверджує негативний вплив тривожності на повсякденне життя та соціальну активність. Ці дані підкреслюють необхідність застосування комплексних психокорекційних заходів, включаючи методи саморегуляції, релаксаційні техніки та розвиток стресостійкості.

Вивчення взаємозв'язку між хронічним стресом та виникненням панічних атак підтвердило, що хронічна тривожність відіграє більш значну роль у формуванні панічних симптомів, ніж ситуативна тривожність. Кореляційний аналіз показав слабкий позитивний зв'язок між рівнем тривожності за шкалою Бека та тяжкістю панічного розладу, тоді як зв'язок між ситуативною та особистісною тривожністю за шкалою Спілбергера–Ханіна і тяжкістю панічного розладу виявився дуже слабким. Це свідчить, що хронічний стрес створює сприятливі умови для формування панічних симптомів і визначає загальну схильність до підвищеної емоційної напруги, тоді як ситуативна тривожність лише підсилює прояви вже наявних симптомів. Результати дослідження підтверджують необхідність першочергового контролю та зниження рівня хронічного стресу через психотерапевтичні практики.

РОЗДІЛ III. РОЗРОБКА СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ ПАНІЧНИХ АТАК ПРИ ХРОНІЧНОМУ СТРЕСІ

3.1. Концептуальні основи розробки стратегії подолання панічних атак при хронічному стресі

Вибір саме молодого віку учасників дослідження є особливо значущим, оскільки в цей період відбувається активне формування професійної та соціальної компетентності, стабілізація емоційної сфери, засвоєння навичок саморегуляції та розвитку механізмів подолання стресу. Молоді дорослі опановують навички ефективної взаємодії в соціумі, визначають особистісні цінності та формують базові стратегії подолання життєвих труднощів, що робить їх дослідження особливо актуальним для психологічної науки та практики [44].

Інтерес до проблеми опанувальної поведінки у сучасній психології постійно зростає. Вона розглядається як складна та багатовимірна форма реалізації активності особистості, у якій одночасно проявляються загальні, специфічні та індивідуальні характеристики суб'єкта під час взаємодії з важкими життєвими обставинами. Опанувальна поведінка виступає своєрідним механізмом адаптації, що включає цілеполягаючі дії, передбачення можливих наслідків, аналіз ризиків та творчий пошук ефективних рішень у кризових ситуаціях. Вона охоплює когнітивні компоненти, пов'язані з мисленням, прийняттям рішень та плануванням; емоційні компоненти, що регулюють тривожність, страх і напруження; а також поведінкові компоненти, що проявляються у практичних діях для зменшення впливу стресора.

Опанувальна поведінка забезпечує суб'єкту можливість не лише реагувати на зовнішні стресові фактори, а й активно управляти ними, формуючи стратегії, що сприяють збереженню психоемоційної рівноваги та підвищенню адаптивного потенціалу. В умовах хронічного стресу та схильності до панічних атак така поведінка стає критично важливою, оскільки дозволяє поєднувати когнітивний аналіз ситуації з емоційною саморегуляцією та конкретними діями,

спрямованими на мінімізацію негативного впливу стресових факторів. Крім того, дослідження поведінкових стратегій у молодих дорослих дає можливість виявити ключові закономірності розвитку навичок подолання стресу та створити практичні рекомендації для психологічного консультування та психотерапевтичної підтримки.

Результати численних наукових досліджень засвідчують, що поняття «опанування» виходить далеко за межі традиційного розуміння поведінки під час стресових ситуацій. Воно охоплює не лише реактивні дії людини, а й функціонально-динамічні характеристики особистості, її здатність до самовираження, ставлення до світу, власних можливостей та обставин. В процесі опанування проявляються комплексні психічні процеси, які забезпечують адаптацію, регуляцію емоційного стану, а також формування активних стратегій подолання стресу та панічних атак. Функції опанувальної поведінки не обмежуються лише мінімізацією дистресу чи тимчасовим полегшенням емоційного стану, вони реалізуються через перетворюючу діяльність, випереджальний вплив на стресори та систематичне планування стратегій подолання панічних атак у часовій перспективі. Це означає, що суб'єкт не просто реагує на негативні стимули, а й активно впливає на ситуацію, прогнозує можливі наслідки, обирає оптимальні способи дій та коригує власну поведінку для забезпечення психоемоційної стабільності та ефективного функціонування у складних умовах [5].

Особливе значення у вивченні опанувальної поведінки має поділ на конструктивні та неконструктивні стратегії. Конструктивні стратегії вважаються найбільш ефективними, оскільки вони сприяють адаптації, особистісному розвитку та підвищенню стійкості до стресових факторів. Вони передбачають активну роботу з власними емоціями, реалістичну оцінку ситуації, прогнозування можливих наслідків та пошук творчих рішень проблемних ситуацій. Такі стратегії дозволяють людині не лише зменшити вплив стресора, а й використовувати його як стимул для саморозвитку, підвищення власних ресурсів та зміцнення психоемоційної стійкості.

На противагу конструктивним, неконструктивні стратегії опанування спрямовані переважно на тимчасове зниження психічної напруженості, але вони не змінюють саму ситуацію та не сприяють особистісному розвитку. Неконструктивна поведінка може включати уникнення проблеми, надмірне пасивне спостереження або залежність від зовнішніх факторів, що лише відтерміновує адаптацію і не запобігає повторним панічним атакам.

Конструктивна опанувальна поведінка, навпаки, вирізняється реалістичністю, гнучкістю, усвідомленістю та активністю. Вона передбачає довільний вибір стратегій, посилює адаптивні можливості людини, сприяє зміцненню психологічної стабільності та формує основу для попередження панічних атак. Людина, яка активно практикує конструктивні стратегії опанування, здатна не лише ефективно протидіяти стресу, але й трансформувати його у ресурси для особистісного та професійного розвитку. У таких випадках опанувальна поведінка стає не просто засобом виживання у стресових умовах, а ефективним інструментом саморегуляції та досягнення психологічного благополуччя.

Сучасні практико-орієнтовані підходи до фасилітації та регуляції опанувальної поведінки формуються на основі багатьох психологічних теорій і наукових концепцій, що дозволяють комплексно підходити до проблем подолання стресових станів та панічних атак. Соціальне навчання А. Бандури підкреслює значення моделювання поведінки, спостереження за прикладами успішного подолання стресу та імітації ефективних стратегій, що дозволяє особистості засвоювати поведінкові навички, не піддаючись безпосередньо стресовим ситуаціям [49]. Теорія формування ідентичності Е. Еріксона акцентує на розвитку самовизначення, внутрішньої стабільності та почуття власної цінності, що виступає основою для формування адаптивних стратегій поведінки у кризових обставинах [50]. Транзактний підхід Р. Лазаруса зосереджує увагу на аналізі взаємодії суб'єкта та стресора, оцінюванні значущості подій та ефективності власних ресурсів, що дозволяє прогнозувати реакції організму і розробляти оптимальні способи протидії панічним атакам [51]. Когнітивно-

поведінкова терапія А. Бека спрямована на зміну дисфункціональних переконань та автоматичних негативних думок, які посилюють тривогу, та на формування ефективних стратегій реагування, що забезпечують більш контрольовану і передбачувану поведінку у стресових ситуаціях. Рольова теорія та психодрама Дж. Морено дають можливість відпрацьовувати поведінкові моделі у безпечному груповому середовищі, що створює умови для експериментування з різними стратегіями опанування та розвитку соціальних навичок [53].

Сучасні підходи також включають розвиток оптимізму як своєрідного «щеплення» проти стресу (М. Селігман), а також використання гумору, метафор і креативних прийомів, які сприяють ефективній регуляції емоцій і формуванню концептуальних основ розробки стратегії подолання панічних атак при хронічному стресі (Е. Фрайденберг) [54, 55]. Такі методи дозволяють підвищити емоційну стійкість особистості, активізувати внутрішні ресурсні резерви та інтегрувати теоретичні знання у практичну діяльність, що особливо важливо у реальних життєвих і професійних ситуаціях.

Якщо розглядати концептуальні основи розробки стратегії подолання панічних атак у широкому сенсі, вони поєднують елементи адаптивної поведінки, ефективного вирішення проблем та стрес-менеджменту. Навчання таким навичкам можна трактувати як формування життєвих компетенцій, спрямованих на підвищення психосоціальної стійкості та здатності до саморегуляції. Це особливо актуально для молодих дорослих, які беруть участь у програмах соціальної підтримки та розвитку, оскільки системне опанування таких навичок дозволяє формувати стійкі методи подолання панічних атак, планувати поведінку у стресових ситуаціях, прогнозувати можливі наслідки та приймати оптимальні рішення, що сприяє розвитку внутрішньої психологічної стабільності та покращенню якості життя в умовах хронічного стресу.

Формування концептуальних основ розробки стратегії подолання панічних атак при хронічному стресі включає як теоретичні знання, так і практичні навички, що дозволяють молодим дорослим усвідомлено та ефективно

управляти своїми емоціями, підвищувати адаптивні ресурси та забезпечувати психологічний комфорт у складних життєвих ситуаціях [48, с. 1571–1575].

Розробка стратегії подолання панічних атак при хронічному стресі ґрунтується на комплексному підході, що поєднує психотерапевтичні, поведінкові та когнітивні методи. Одним із перших кроків є ідентифікація тригерів, тобто визначення конкретних ситуацій, умов або внутрішніх станів, які провокують панічні атаки. Наприклад, у людини, яка працює в умовах постійного дедлайну, тригером може бути очікування важливої наради або необхідність швидко виконати завдання. Виявлення таких тригерів дозволяє передбачити ситуації, що підвищують ризик нападу, та підготувати відповідні стратегії реагування.

Не менш важливим є моніторинг симптомів. Ведення щоденника панічних атак допомагає оцінити їхню частоту, тривалість та інтенсивність. Це дозволяє визначити закономірності виникнення нападів і взаємозв'язок із зовнішніми або внутрішніми стресовими чинниками. Наприклад, записуючи час, місце та емоційний стан під час панічної атаки, людина може помітити, що напади частіше виникають після конфліктів на роботі або при нестачі сну.

Когнітивна перебудова спрямована на зміну негативних переконань і автоматичних думок, що посилюють тривогу. Пацієнт навчається помічати мисленнєві стереотипи, такі як «Я не можу впоратися» або «Мене неодмінно щось трапиться», і замінювати їх реалістичними, заспокійливими формулюваннями. Наприклад, замість катастрофізації ситуації можна навчитися мислити: «Ця панічна атака неприємна, але вона не небезпечна і мине через кілька хвилин».

Техніки релаксації відіграють ключову роль у зменшенні фізіологічної напруги, що супроводжує панічні атаки. Дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація та медитація дозволяють заспокоїти серцебиття, нормалізувати дихання та відновити відчуття контролю над тілом. Наприклад, при нападі можна застосовувати глибокі вдихи через ніс із повільним видихом через рот, що допомагає знизити відчуття задухи та тривоги.

Поведенчі інтервенції включають поступове зіткнення з тригерами у контрольованих умовах, що дозволяє виробити стійкість до стресових ситуацій. Цей метод, відомий як експозиційна терапія, допомагає поступово зменшувати страх перед певними подіями. Наприклад, людина, яка боїться користуватися громадським транспортом після панічних атак у метро, може почати з коротких поїздок у супроводі, поступово збільшуючи тривалість та складність поїздок.

Психосоціалізація спрямована на підвищення розуміння фізіології панічних атак та механізмів стресу. Коли людина знає, що прискорене серцебиття або запаморочення під час нападу є природною реакцією організму на стрес, вона легше справляється з тривогою і не підсилює її додатковими страхами.

Важливим компонентом є підтримка соціального оточення. Консультації з психологом, підтримка сім'ї та близьких допомагають людині відчувати безпеку та отримувати допомогу у складних ситуаціях. Наприклад, обговорення з близькими стратегій заспокоєння під час нападу або спільне виконання релаксаційних вправ може зменшити інтенсивність симптомів та підвищити відчуття контролю.

Комплексна стратегія подолання панічних атак передбачає інтегроване застосування кількох взаємопов'язаних напрямів. Когнітивно-поведінкові техніки спрямовані на зміну деструктивних переконань і автоматичних негативних думок, що підсилюють тривожні реакції. Вони дозволяють людині усвідомити зв'язок між думками, емоціями та фізичними проявами панічної атаки та навчитися коригувати їх у реальному часі. Релаксаційні методи, такі як дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація та медитація, допомагають знижувати фізіологічне напруження, нормалізувати серцебиття та дихання, а також створюють відчуття контролю над тілесними реакціями. Психосоціалізаційні програми надають знання про механізми стресу, фізіологію панічних атак та способи їхнього подолання, що підвищує усвідомленість і сприяє саморегуляції.

Завдяки поєднанню когнітивно-поведінкових технік, релаксаційних методів та психосоціалізаційних програм комплексна стратегія подолання панічних атак дозволяє не лише зменшити їхню інтенсивність та частоту, але й підвищити

здатність людини ефективно управляти своїми реакціями у стресових ситуаціях. Постійне застосування цих методів формує адаптивні навички, що допомагають швидко відновлювати емоційну рівновагу, знижувати тривожність і підтримувати стійкість особистості у довгостроковій перспективі.

Наприклад, людина, яка регулярно веде щоденник панічних атак, одночасно практикує дихальні вправи під час нападів і аналізує свої автоматичні негативні думки, швидше набуває здатності передбачати тригери та зменшувати їхній вплив. Вона може помітити закономірності, наприклад, що панічні атаки частіше виникають перед важливими робочими зустрічами або під час перевантаження інформацією. Завдяки щоденному запису симптомів і аналізу емоційних реакцій, людина починає планувати короткі паузи для релаксації, застосовувати техніки глибокого дихання або короткі медитації перед потенційно стресовими ситуаціями. Це дозволяє не лише зменшити частоту нападів, а й навчитися контролювати тривожні думки та швидше відновлювати психологічну рівновагу [44].

Ефективна стратегія подолання панічних атак ґрунтується на системному підході, який включає розпізнавання тригерів, контроль за симптомами, модифікацію когнітивних схем, розвиток адаптивних навичок та використання соціальної підтримки. Такий підхід забезпечує інтегроване покращення психоемоційного стану, підвищує стійкість до хронічного стресу, сприяє зниженню ризику повторних панічних атак та загальному покращенню якості життя. Для щоденної практики можна застосовувати наступний приклад: зранку людина виділяє 10–15 хвилин на ведення щоденника, записуючи свої емоційні стани, думки та потенційні тригери на день. Під час роботи або навчання, коли виникає тривога, вона використовує дихальні вправи та короткі техніки м'язової релаксації, одночасно спостерігаючи за реакціями тіла. Ввечері аналізує події дня, оцінює ефективність застосованих методів і планує, які стратегії можна покращити наступного дня. Таке поєднання самоспостереження, релаксації та когнітивного аналізу формує звичку до усвідомленої регуляції емоцій, дозволяє

передбачати і зменшувати вплив тригерів, а також зміцнює внутрішній ресурс для подолання стресу.

Впровадження комплексної стратегії подолання панічних атак допомагає людині не лише ефективно справлятися з нападом у конкретний момент, але й формує довготривалу психологічну стабільність, підвищує адаптивність і гнучкість мислення, а також створює основу для більш впевненого життя, ефективної соціальної взаємодії та розвитку особистісного потенціалу [48].

3.2. Програма подолання панічних атак при хронічному стресі

На основі детального аналізу наукових даних, системного огляду сучасної психологічної літератури та результатів емпіричного дослідження, була розроблена комплексна програма, спрямована на формування та відпрацювання ефективних стратегій подолання панічних атак у контексті хронічного стресу. Обрана вибірка дозволила оцінити особливості психоемоційного стану молодих дорослих, які постійно перебувають під високим психічним навантаженням та характеризуються підвищеною схильністю до панічних реакцій. Молодий вік учасників є особливо значущим, оскільки саме в цей період відбувається інтенсивне формування професійних і соціальних компетенцій, стабілізація емоційної сфери та розвиток навичок саморегуляції, що безпосередньо впливає на здатність долати стресові ситуації [28].

Програма поєднує науково обґрунтовані теоретичні знання про природу панічних станів, механізми хронічного стресу та психофізіологічні аспекти тривоги з практичними вправами, інтерактивними заняттями та активними методами навчання, що дозволяють учасникам не лише отримати інформацію, але й одразу застосовувати її у процесі тренінгової діяльності. Завдяки інтегрованому підходу, учасники мають можливість усвідомлено контролювати власні емоційні реакції, опановувати прийоми саморегуляції, релаксації та стрес-менеджменту, формувати ефективні адаптивні стратегії поведінки у кризових ситуаціях та знижувати рівень психоемоційного навантаження.

Особливістю програми є гармонійне поєднання індивідуальних та групових методик, що забезпечує одночасну роботу над особистими стратегіями подолання стресу та розвиток комунікативних навичок, взаємопідтримки та колективного вирішення проблем у професійній сфері. Індивідуальні вправи дозволяють кожному учаснику відпрацьовувати власні способи контролю емоцій, вести щоденник спостереження за тригерами панічних атак та аналізувати реакції тіла й психіки. Групові заняття створюють безпечне середовище для обміну досвідом, моделювання стресових ситуацій та спільного пошуку рішень, що сприяє розвитку емпатії, підтримки та колективної ефективності. Такий комплексний підхід сприяє глибшому усвідомленню власних реакцій, зміцненню адаптивних механізмів поведінки та формуванню психосоціальної компетентності, що є особливо важливим для працівників соціальної сфери, які щоденно зіштовхуються з високим рівнем стресу та емоційних навантажень.

Мета психокорекційної програми полягає у систематичному зниженні інтенсивності та частоти панічних атак, формуванні стійких адаптивних копінг-стратегій, підвищенні стресостійкості та розвитку вміння самостійно регулювати власний психоемоційний стан у реальних життєвих і професійних ситуаціях. Програма спрямована на глибоке формування розуміння механізмів виникнення панічних атак, розвиток навичок самопостереження, саморегуляції та контролю над тілесними та психологічними проявами тривоги. Особлива увага приділяється усвідомленню та трансформації ірраціональних переконань, які посилюють тривожні реакції, а також підвищенню впевненості у власних силах та здатності самостійно обирати оптимальні стратегії подолання стресових станів [21].

Застосування цієї комплексної програми передбачає практичне відпрацювання конкретних сценаріїв, наприклад, імітацію стресових ситуацій, тренування технік дихання та релаксації під час і після панічного епізоду, когнітивний аналіз автоматичних негативних думок і розробку індивідуальних планів протидії тригерам. Завдяки регулярним вправам учасники набувають

здатності передбачати можливі провокаційні фактори, оперативно реагувати на них і відновлювати психологічну рівновагу.

Таблиця 3.1

Програма подолання панічних атак при хронічному стресі

Заняття	Тема	Мета	Година
1	Знайомство та формування очікувань	Встановлення довірливих відносин, зниження емоційної напруги, створення атмосфери безпеки та згуртованості, формування позитивної мотивації	1
2	Тіло і стрес: усвідомлення фізіологічних реакцій	Ознайомлення з фізіологічними проявами стресу та панічних атак, розвиток усвідомлення тіла, навчання базових технік саморегуляції	1
3	Порочне коло тривоги: взаємозв'язок думок, емоцій і поведінки	Усвідомлення впливу негативних думок на емоційний стан і поведінку, навчання виявляти автоматичні думки та розривати замкнене коло тривоги	1
4	Ірраціональні переконання та їх трансформація	Виявлення ірраціональних переконань та їх заміна на раціональні установки	1
5	Техніки релаксації та майндфулнес	Освоєння ефективних способів зниження фізіологічної та психічної напруги, розвиток усвідомленості та концентрації на теперішньому моменті	1
6	Копінг-стратегії при панічних атаках	Формування навичок подолання тривоги та панічних атак через когнітивні, поведінкові та емоційні стратегії	1
7	Подолання страхів, що провокують панічні атаки	Усвідомлення страхів та поступове зменшення їхньої інтенсивності за допомогою методів десенсибілізації	1
8	Контроль тілесних симптомів панічних атак	Усвідомлення та контроль фізіологічних проявів паніки, підвищення здатності швидко заспокоюватися	1
9	Розвиток стресостійкості та ресурсів	Підвищення здатності протистояти стресу, мобілізація внутрішніх ресурсів та опір негативним емоціям	1
10	Підсумкове заняття та формування індивідуальної стратегії подолання панічних атак	Узагальнення знань та навичок, формування персональної стратегії подолання панічних атак, закріплення результатів	1

Програма була впроваджена серед респондентів шляхом проведення занять, 46 респондентів були поділені на 3 групи: 15/15/16 чоловік. Кожне заняття тривало 1 годину.

Заняття 1. Знайомство та формування очікувань

Мета: встановлення довірливих відносин між учасниками, зниження емоційної напруги, створення атмосфери безпеки, відкритості та згуртованості групи, формування позитивної мотивації на подальшу роботу.

Вступна частина: психолог щиро вітає учасників і підкреслює, що група є безпечним простором, де панує конфіденційність та взаємоповага. Учасникам пропонується невелика релаксаційна вправа на глибоке дихання, яка допомагає зняти первинне хвилювання та налаштовує на спільну роботу. Потім проводиться «коло знайомства»: кожен учасник коротко розповідає про себе, свої інтереси та те, чого очікує від програми.

Основна частина: учасникам пояснюється структура майбутніх занять, їхня тривалість та основні завдання. Психолог пропонує створити групові правила, які сприятимуть комфортній роботі (право на висловлювання, повага до думки іншого, заборона критики особистих переживань, дотримання конфіденційності). Це допомагає кожному відчути себе частиною спільноти та усвідомити, що він не один у своїх проблемах. Після цього проводиться вправа «Очікування», де учасники на картках пишуть, чого вони прагнуть досягти у процесі занять, а потім обговорюють результати.

Заклучна частина: психолог підсумовує заняття, підкреслюючи важливість щирості та взаємної підтримки. Завершується зустріч короткою вправою на підняття настрою, наприклад, обміном позитивними асоціаціями про себе чи теплими словами один одному.

Домашнє завдання: учасникам пропонується вести щоденник емоцій, де вони щодня записуватимуть свій емоційний стан та ситуації, які викликали найбільшу тривогу. Це стане основою для подальшої роботи з виявленням тригерів панічних атак.

Заняття 2. Тіло і стрес: усвідомлення фізіологічних реакцій

Мета: ознайомлення учасників із фізіологічними проявами стресу та панічних атак, розвиток усвідомлення власного тіла та навчання базових технік саморегуляції.

Вступна частина: заняття починається з короткої релаксаційної вправи на глибоке діафрагмальне дихання. Психолог пояснює, як тривога і панічні атаки відображаються на фізіології: прискорене серцебиття, напруження м'язів, прискорене дихання, пітливість. Учасники розповідають, які тілесні симптоми вони зазвичай відчувають під час паніки.

Основна частина: психолог демонструє техніку «Сканування тіла», коли учасники по черзі концентрують увагу на різних ділянках тіла, виявляють напруження та відчуття дискомфорту. Далі проводиться навчальна вправа на контроль дихання: учасники вчаться робити повільний вдих животом і повільний видих, фокусуючи увагу на відчуттях. Обговорюється, як дихальні техніки знижують рівень тривоги та допомагають керувати фізіологічними симптомами паніки.

Заключна частина: психолог пропонує учасникам рефлексію: що нового вони помітили у своєму тілі, які відчуття виникали під час вправ. Завершується заняття короткою вправою на релаксацію рук та плечей.

Домашнє завдання: вести щоденник тілесних симптомів панічних атак та записувати, які техніки саморегуляції були ефективними в конкретних ситуаціях.

Заняття 3. Порочне коло тривоги: взаємозв'язок думок, емоцій і поведінки

Мета: допомогти учасникам усвідомити, як негативні думки впливають на емоційний стан і поведінку, навчити виявляти автоматичні думки та розривати замкнене коло тривоги.

Вступна частина: заняття починається із вправи на усвідомлення дихання для зниження початкового рівня тривоги. Психолог нагадує учасникам про попередні техніки контролю дихання та сканування тіла, щоб створити базу для роботи з психоемоційними процесами.

Основна частина: учасникам пояснюється модель взаємозв'язку «думка – емоція – поведінка». Психолог розбирає приклади автоматичних негативних

думок, що провокують паніку («Я задихнусь», «Я можу втратити свідомість»), і демонструє, як вони підсилюють фізіологічні симптоми та тривогу. Далі проводиться групова вправа «Зупинка думки», під час якої учасники тренуються розпізнавати негативну думку та замінювати її на більш реалістичну або нейтральну.

Заключна частина: психолог проводить обговорення: що нового помітили учасники, як змінилось сприйняття власних думок і реакцій. Підкреслюється важливість постійного самоспостереження та практики.

Домашнє завдання: протягом тижня записувати автоматичні негативні думки, ситуації, що їх викликали, і методи самозаспокоєння, які учасники застосовували.

Заняття 4. Ірраціональні переконання та їх трансформація

Мета: навчити учасників виявляти ірраціональні переконання, що лежать в основі тривожних та панічних станів, і замінювати їх на раціональні установки.

Вступна частина: заняття починається з вправи на розслаблення та концентрацію уваги. Психолог коротко нагадує, як автоматичні думки впливають на емоційний стан, і вводить поняття ірраціональних переконань за теорією Альберта Елліса.

Основна частина: учасникам пояснюється структура переконань: подія – переконання – емоційна реакція. Психолог наводить приклади, які показують, як надмірні очікування чи страх помилки провокують тривогу та паніку. Проводиться вправа «Раціональна заміна», під час якої учасники формулюють альтернативні, більш реалістичні думки, що зменшують рівень тривоги. Учасники обговорюють свої спостереження та відчуття під час зміни переконань.

Заключна частина: психолог підкреслює значення усвідомлення ірраціональних переконань і регулярного їх перетворення на раціональні. Заняття завершується вправою на релаксацію м'язів обличчя та плечового поясу.

Домашнє завдання: вести щоденник переконань, записуючи ситуації, коли виникала тривога, і формулювати альтернативні раціональні думки.

Заняття 5. Техніки релаксації та майндфулнес

Мета: навчити учасників ефективним способам зниження фізіологічної та психічної напруги, розвиток усвідомленості та концентрації на теперішньому моменті.

Вступна частина: заняття починається з короткої вправи на діафрагмальне дихання та «сканування тіла», щоб учасники зосередилися та знизили рівень тривоги. Психолог нагадує про зв'язок між фізіологічними реакціями і емоційним станом, підкреслюючи, що контроль тіла допомагає контролювати думки.

Основна частина: проводиться прогресивна м'язова релаксація Джекобсона: учасники по черзі напружують і розслабляють різні групи м'язів, концентруючи увагу на відчутті різниці. Далі виконується вправа «Усвідомлене дихання»: учасники спостерігають свій вдих і видих без оцінки, навчаться помічати відволікаючі думки та повертати увагу до дихання. Психолог пояснює, як ці техніки можна застосовувати при появі панічних атак у повсякденному житті.

Заключна частина: групова рефлексія: учасники обговорюють, які відчуття виникли під час вправ, що спрацювало найбільше, що було складно. Заняття завершується вправою на розслаблення плечей і рук.

Домашнє завдання: щоденно практикувати одну з технік релаксації, записувати ефективність і зміни у своєму емоційному стані.

Заняття 6. Копінг-стратегії при панічних атаках

Мета: сформувати навички ефективного подолання тривоги та панічних атак через когнітивні, поведінкові та емоційні стратегії.

Вступна частина: психолог на початку нагадує попередні техніки контролю дихання та релаксації, обговорює домашні завдання і досвід учасників. Це допомагає підготувати їх до активної практичної частини.

Основна частина: учасники знайомляться з різними копінг-стратегіями: когнітивними (зміна ірраціональних думок), поведінковими (фокусування на конкретних діях), емоційними (самозаспокоєння). Проводяться рольові ігри «Що робити під час панічної атаки», де учасники відтворюють реальні тригерні

ситуації і застосовують техніки на практиці. Додатково виконується вправа «Заземлення», яка передбачає концентрацію на 5 видимих, 4 відчутних, 3 почутих, 2 понюханих і 1 з'їдених об'єктах, щоб повернути контроль над емоційним станом.

Заключна частина: обговорення труднощів і успіхів у застосуванні копінг-стратегій. Психолог підкреслює важливість регулярного тренування для ефективності цих методів у повсякденному житті.

Домашнє завдання: фіксувати щодня ситуації, що викликали тривогу, і способи їх подолання, використовуючи освоєні техніки.

Заняття 7. Подолання страхів, що провокують панічні атаки

Мета: навчити учасників усвідомлювати свої страхи та поступово зменшувати їхню інтенсивність за допомогою методів десенсибілізації.

Вступна частина: початок заняття включає вправу на концентрацію уваги та релаксацію, що дозволяє учасникам заспокоїтися та налаштуватися на роботу зі страхами. Психолог нагадує, що страхи часто провокують панічні атаки і важливо навчитися розпізнавати їхні тригери.

Основна частина: проводиться обговорення типових страхів учасників: страх смерті, втрати контролю, осуду з боку інших. Психолог пояснює принцип десенсибілізації: страхи розташовуються у вигляді «сходів» від найменш інтенсивного до найсильнішого. Кожен учасник формує власну ієрархію страхів і поступово уявляє ситуації, починаючи з найлегших. У процесі застосовуються техніки дихання, релаксації та «заземлення», щоб утримувати контроль над реакцією.

Заключна частина: обговорення досвіду: які страхи вдалося «подолати» на перших щаблях, які техніки були найбільш ефективними. Психолог підкреслює важливість поступовості та регулярної практики для тривалого ефекту.

Домашнє завдання: практикувати уявне опрацювання страхів із використанням десенсибілізації та технік саморегуляції, записувати результати та емоційні відчуття в щоденник.

Заняття 8. Контроль тілесних симптомів панічних атак

Мета: навчити учасників усвідомлювати та контролювати фізіологічні прояви паніки, підвищити здатність швидко заспокоюватися у стресових ситуаціях.

Вступна частина: заняття починається з вправи на концентрацію уваги та розслаблення м'язів шиї і плечового пояса. Психолог нагадує, що панічні атаки часто супроводжуються фізіологічними симптомами (прискорене серцебиття, задишка, м'язова напруга) і пояснює, як ці прояви взаємопов'язані з емоційним станом.

Основна частина: учасники виконують вправи для регуляції серцебиття та дихання, навчаються швидко відстежувати напруження в тілі. Психолог демонструє техніку «швидкого відновлення», що включає три глибокі вдихи, легке потягування та фокусування уваги на зовнішньому об'єкті. Проводиться парна вправа: один учасник відтворює симптоми паніки, другий допомагає застосовувати методи саморегуляції, потім ролі змінюються.

Заклучна частина: обговорення ефективності вправ та відчуттів учасників під час практики. Психолог підкреслює, що регулярне використання цих методик допомагає контролювати тілесні симптоми і попереджати розвиток панічних атак.

Домашнє завдання: тренувати техніки саморегуляції при появі тривоги, вести записи у щоденнику про симптоми і способи їх подолання.

Заняття 9. Розвиток стресостійкості та ресурсів

Мета: підвищити здатність учасників протистояти стресу, навчити мобілізувати внутрішні ресурси та опиратися негативним емоціям.

Вступна частина: заняття починається з вправи на глибоке дихання та релаксацію, психолог нагадує про попередні методики саморегуляції. Обговорюється, як стрес і тривога впливають на повсякденне життя та здатність контролювати паніку.

Основна частина: учасники створюють власний «ресурсний список», який включає внутрішні і зовнішні джерела підтримки, улюблені заняття, позитивні думки та афірмації. Проводиться вправа «Я впораюсь», де кожен пригадує

ситуації, у яких він вже долав труднощі, і формулює переконання про власну здатність справлятися з панічними станами. Додатково відпрацьовується вправа на розвиток впевненості у собі: учасники вимовляють твердження «Я можу контролювати свій стан», підтримуючи його відповідною позою та невербальною поведінкою.

Заключна частина: групове обговорення досвіду: які ресурси виявилися найбільш корисними, які методики допомагають швидко відновлювати контроль над емоціями. Психолог наголошує, що регулярна практика розвитку ресурсів підвищує стійкість до стресових ситуацій.

Домашнє завдання: щодня застосовувати техніки мобілізації ресурсів, вести щоденник про їх ефективність та власні досягнення у контролі тривоги.

Заняття 10. Підсумкове заняття та формування індивідуальної стратегії подолання панічних атак

Мета: узагальнити отримані знання та навички, сформувати персональну стратегію подолання панічних атак і закріпити досягнуті результати.

Вступна частина: заняття починається з вправи на релаксацію та концентрацію уваги. Психолог підкреслює, що метою є інтеграція всього, чому учасники навчилися протягом програми.

Основна частина: кожен учасник складає індивідуальний план подолання панічних атак, де зазначає ефективні техніки релаксації, методи трансформації ірраціональних думок, прийоми «заземлення» та власні ресурси підтримки. Проводиться вправа «Лист самому собі в майбутнє», де учасники пишуть слова підтримки і нагадування про власну силу у разі повторного панічного стану. Групова дискусія дозволяє поділитися планами та отримати зворотній зв'язок.

Заключна частина: психолог підводить підсумки програми, обговорює досягнуті результати та наголошує на важливості самостійного застосування навичок. Заняття завершується вправою на підняття настрою та символічним «закриттям» групи, що дозволяє учасникам відчувати завершення спільного шляху.

Домашнє завдання: підтримувати регулярну практику усіх освоєних технік, вести щоденник для самоспостереження та оцінки прогресу, періодично переглядати індивідуальний план і коригувати його при необхідності.

3.3. Результати впровадження програми: ефективність та динаміка

Після завершення психокорекційної програми учасники експериментальної групи були повторно протестовані за методиками Бека (BAI), Спілбергера–Ханіна та тестом на панічні атаки (PDSS) для комплексної оцінки змін у рівні тривожності, частоті панічних атак та ефективності застосування стратегій саморегуляції. Порівняння отриманих даних із вихідними результатами показало наявність суттєвої позитивної динаміки у психоемоційному стані більшості учасників. Результати свідчать не лише про зниження вираженості симптомів тривоги, але й про формування більш усвідомленого підходу до контролю власних емоцій і поведінки у стресових ситуаціях.

Для всебічної оцінки рівня тривожності учасників після завершення психокорекційної програми було повторно застосовано шкалу Бека (BAI), яка є надійним інструментом для вимірювання як когнітивних, так і соматичних проявів тривожності. Таблиця, що наводиться нижче, відображає середні результати респондентів та розподіл учасників за різними рівнями тривожності після проходження програми.

Такий підхід дозволяє не лише простежити динаміку змін у порівнянні з вихідними показниками, а й оцінити ефективність конкретних психокорекційних методик, що були використані під час тренінгів, зокрема технік релаксації, дихальних вправ, методів «заземлення» та когнітивної перебудови.

Завдяки цьому стає можливим комплексно проаналізувати, наскільки участь у програмі сприяла зменшенню загальної емоційної напруженості, підвищенню здатності до самоконтролю та формуванню адаптивних реакцій на стресові ситуації, а також визначити, які аспекти програми були найбільш ефективними для зниження тривожності серед молодих дорослих.

Таблиця 3.1

Середні результати за шкалою Бека (BAI) до та після програми

Рівень тривожності	До програми (кількість осіб / %)	Після програми (кількість осіб / %)
Високий	30 / 65,2 %	28/60,9%
Середній	10 / 21,7 %	10/21,7%
Низький	6 / 13,1 %	4/8,7%
Відсутній	0 / 0 %	4/8,7%

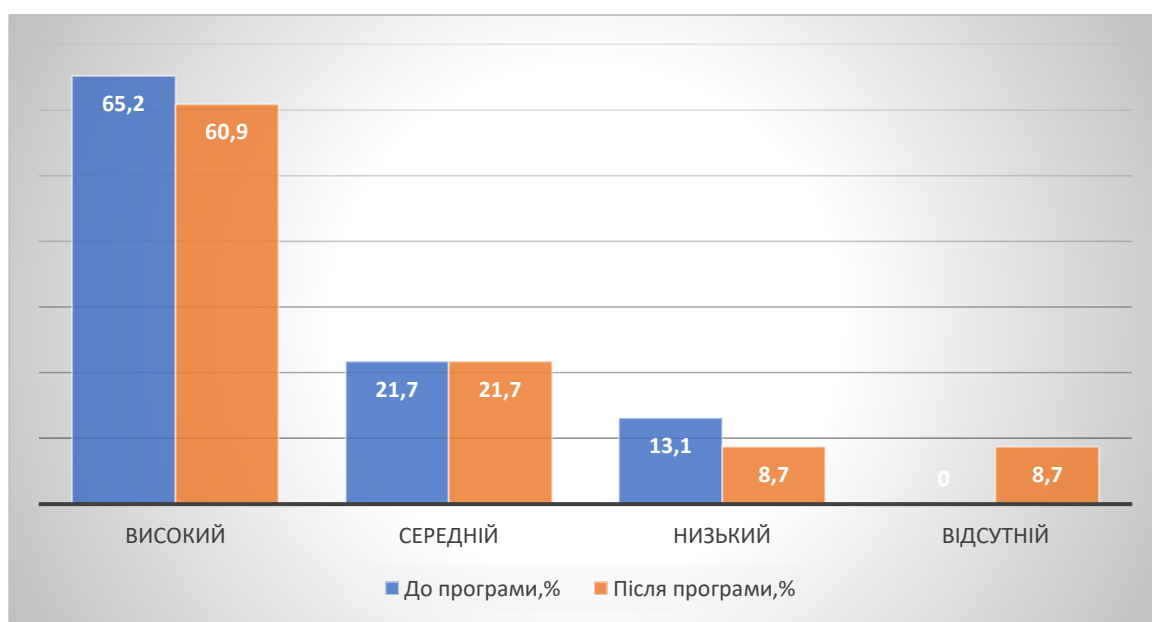


Рис. 3.1 Динаміка результатів за шкалою Бека (BAI) до та після програми, %

Порівняння розподілу рівнів тривожності за шкалою Бека до і після програми свідчить про помірне загальне поліпшення стану групи. Найпомітніша позитивна зміна – поява категорії «відсутня тривожність», якщо до інтервенції таких учасників не було, то після програми їх частка становить близько 8,7% (4 особи). Водночас частка респондентів із високою тривожністю знизилася з 65,2% до приблизно 60,9% (30 → 28 осіб), що вказує на зсув у бік менш інтенсивних симптомів серед найбільш уразливої підгрупи. Середній рівень тривожності

зберіг стабільність (21,7%; 10 осіб), що може свідчити про інерційність цього стану та потребу у більш таргетованих або пролонгованих втручаннях. Зменшення підгрупи «низький рівень» з 13,1% до 8,7% ймовірно пояснюється «перетоком» частини учасників до категорії «відсутня тривожність», тобто не є ознакою погіршення.

У підсумку сумарна частка учасників із середнім і високим рівнем тривожності зменшилася з 86,9% до 82,6%, а частка з низьким або відсутнім рівнем зросла з 13,1% до 17,4%, що інтерпретується як загальний, хоч і невеликий, терапевтичний ефект програми. Водночас характер змін радше свідчить про початок корисної динаміки, ніж про її завершеність стабільність середньої підгрупи і лише часткове зниження високої тривожності підкреслюють доцільність продовження втручання, посилення індивідуалізації методів та супроводу між сесіями. Для підтвердження статистичної значущості змін та уточнення клінічної вагомості ефекту бажано доповнити аналіз порівняльними тестами для розподілів і, за можливості, оцінити зміну середнього балу ВАІ та величину ефекту (наприклад, r або Cohen's d).

Для комплексної оцінки змін у психоемоційному стані учасників було використано методику Спілбергера–Ханіна, яка дозволяє визначити як ситуативну, так і особистісну тривожність. Таблиця, що наводиться нижче, демонструє середні значення показників та розподіл респондентів за рівнями тривожності після проходження програми. Це дає змогу простежити не лише динаміку змін у стабільних характеристиках особистості, що відображають стійкі особистісні риси, а й у реакціях на конкретні стресові ситуації, що є критично важливим для оцінки ефективності психокорекційного впливу.

Аналіз даних за цією методикою дозволяє визначити, наскільки програма сприяла підвищенню здатності учасників до адаптивного реагування, зменшенню емоційного збудження та розвитку навичок контролю над ситуативною тривожністю, що є ключовими компонентами стратегії подолання панічних атак.

Таблиця 3.2

Середні результати за методикою Спілбергера–Ханіна до та після програми

Рівень тривожності	До програми	Після програми
Низька	15,2%	21%
Помірна	41,3%	40,3%
Висока	43,5%	38,7%
Всього	100%	100%

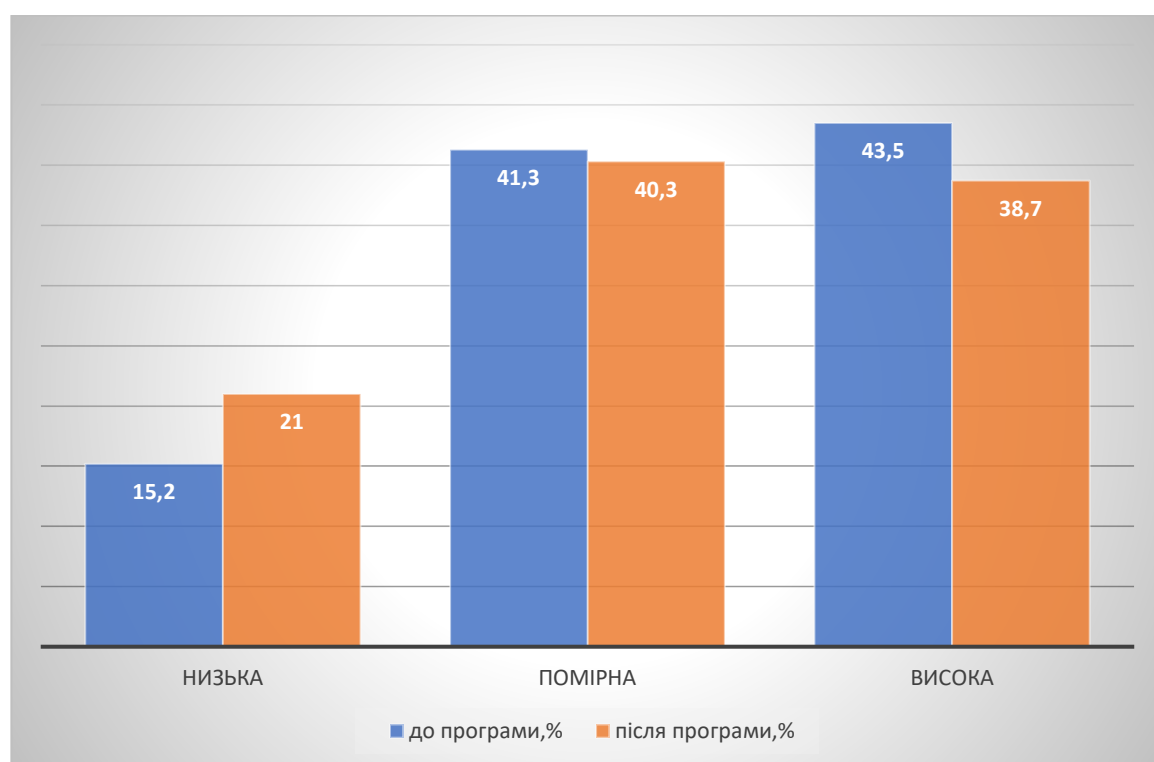


Рис. 3.2 Динаміка середніх результатів за методикою Спілбергера–Ханіна до та після програми, %

Порівняно з початком, після програми зафіксовано зниження помірної тривожності з 41,3% до 40,3%, група «високої» знизилася з 43,5% до 38,7%, в свою чергу «низька» збільшилась з 15,2% до 21%. Інтерпретаційно це свідчить про часткове зниження інтенсивності тривоги у частини респондентів із високими показниками (перехід у «помірну»), водночас збільшення «низької» тривоги може означати як реалістичніше самооцінювання (після навчання

учасники точніше розпізнають тривожні симптоми), так і недостатню інтенсивність/тривалість втручання для закріплення стійкого низького рівня. Сукупно «помірна + висока» зменшились з 84,8% до 79%, структура змінилася на користь менш клінічно загрозливого середнього рівня.

Практичний висновок, що програму варто диференціювати. Для групи з високою тривожністю посилити індивідуальні модулі (СВТ-експозиції, тренінг толерантності до тривоги, дихальні/інтероцептивні техніки), збільшити кількість сесій і супровід між ними. Для групи з помірною зосередитися на закріпленні навичок і профілактиці рецидивів, аби перевести частину учасників у «низький» діапазон і втримати цей рівень у подальшому моніторингу.

Для більш детальної оцінки змін у прояві панічних станів було повторно застосовано шкалу тяжкості панічного розладу (Panic Disorder Severity Scale, PDSS). Таблиця, наведена нижче, демонструє середні результати та розподіл респондентів за рівнями тяжкості панічного розладу після завершення програми.

Аналіз цих даних дає змогу детально оцінити, наскільки ефективно психокорекційна програма сприяла зменшенню частоти та інтенсивності панічних атак, покращенню контролю над фізіологічними, когнітивними та емоційними проявами тривоги, а також підвищенню здатності учасників до адаптивного функціонування у повсякденному житті.

Важливо підкреслити, що позитивні зміни спостерігаються не лише у фізіологічних і когнітивних компонентах панічних станів, таких як серцебиття, м'язова напруга та автоматичні негативні думки, а й у поведінковій сфері респонденти стали значно менш схильні до унікальної поведінки, яка обмежує соціальну активність та професійні контакти, а також демонструють більш усвідомлене та ефективне використання індивідуальних стратегій саморегуляції. Крім того, учасники навчились заздалегідь передбачати потенційні стресові ситуації та застосовувати превентивний контроль, що дозволяє зменшувати емоційне напруження ще до розвитку панічних симптомів.

Такий комплексний вплив програми підтверджує її ефективність у формуванні адаптивних навичок подолання панічних атак та забезпеченні більш

стабільного психоемоційного стану, що сприяє підвищенню якості життя та соціальної активності респондентів.

Таблиця 3.3

Результати за шкалою тяжкості панічного розладу (PDSS) до і після програми, осіб/%

Рівень тяжкості панічного розладу	Діапазон балів	До програми (к-ть осіб/%)	Після програми (к-ть осіб/%)
Практично без панічних симптомів/ дуже низький рівень	0–4	0/0	3/6,5
Низька-помірна тяжкість	5–9	3/6,5	10/21,7
Помірна тяжкість	10–14	24/52,2	20/43,5
Висока тяжкість	15–20	17/37	13/28,3
Дуже висока тяжкість	21–28	2/4,3	0/0

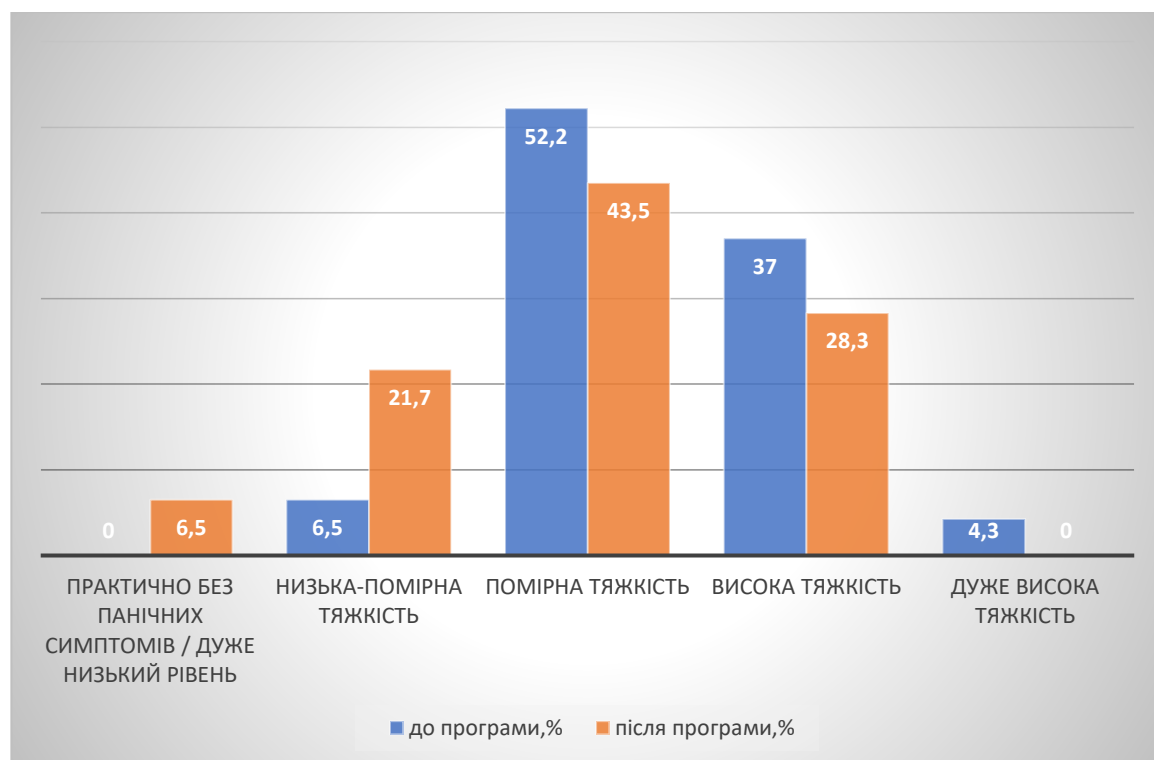


Рис. 3.3 Динаміка результатів за шкалою тяжкості панічного розладу до і після програми (PDSS), %

Після участі в програмі спостерігається помірно позитивний зсув розподілу тяжкості панічних симптомів. З'явилася група з мінімальними симптомами (0 до 3 особи), а частка високої тяжкості зменшилася з 17 до 13 осіб. Водночас дуже висока тяжкість зменшилась (з 2 до 0 осіб), а помірна тяжкість зменшилась (з 24 до 20 осіб). Частка низько-помірної збільшилась (з 3 до 10 осіб).

Узагальнено, клінічно найризикованіший сегмент (висока + дуже висока) скоротився з 41,3% до 28,3 %, тобто частина учасників перемістилась у менш тяжкі категорії, зокрема до «помірної» та «дуже низької». Це свідчить про ефект програми щодо зниження пікової інтенсивності панічних проявів, хоча «ядро» проблеми зосереджено в помірній зоні (понад половина вибірки), а дуже висока тяжкість лишається резистентною для окремих учасників.

Доцільно посилити та диференціювати втручання для групи з високою/дуже високою тяжкістю додати інтенсивні КПТ-протоколи (інтероцептивні експозиції, робота з катастрофізацією, тренінг толерантності до тривоги), розглянути комбінування з фармакотерапією за показаннями, для «помірної» забезпечити бустер-сесії та домашні практики, щоби сприяти переходу до низької/дуже низької тяжкості та утриманню результатів.

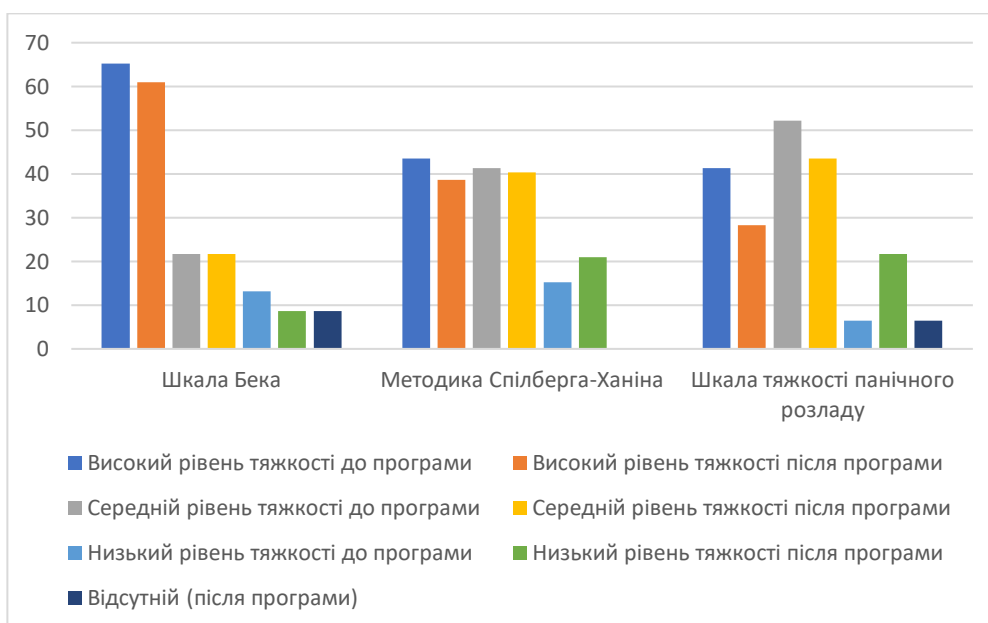


Рис. 3.4 Узагальнена діаграма розподілу рівнів тривожності до і після,

%

Наведені результати слід інтерпретувати з огляду на профіль вибірки, адже саме склад учасників визначає як напрям змін, так і межі узагальнення висновків. Дослідження цілеспрямовано орієнтоване на групу підвищеного ризику до участі включалися молоді дорослі 22–33 років ($n=46$), у яких під час первинного скринінгу фіксувалися помірні та високі рівні тривожності й наявні або ймовірні панічні прояви, за статтю вибірка складалася з 28 жінок і 18 чоловіків. Така конфігурація підсилює внутрішню валідність оцінки зв'язку «стрес-тривожність-панічні симптоми», але природно звужує можливість екстраполяції на інші вікові когорти та на осіб із низьким рівнем тривожності.

Після проходження психокорекційної програми зафіксовано узгоджену позитивну динаміку за всіма трьома інструментами. За шкалою Бека (BAI) з'явилася підгрупа учасників із відсутніми симптомами (4 особи), а частка високої тривожності зменшилася з 30 до 28 осіб, помірний рівень залишився стабільним (10 осіб), а «низький» дещо скоротився, що інтерпретується як перехід частини респондентів у категорію «відсутня тривожність». За методикою Спілбергера–Ханіна відбувся прогнозований перерозподіл від «високої» до «помірної» та «низької» тривожності, висока знизилася з 43,5% до 38,7%, помірна зменшилась з 41,3% до 40,3%, тоді як низька зросла (15,2% → 21%). На шкалі PDSS клінічно найризикованіший сегмент зменшився: кількість учасників із дуже високою тяжкістю з 2 скоротилася до 0, із високою з 17 до 13; водночас з'явилися 3 учасники з практично відсутніми симптомами, а «ядро» розподілу змістилося в бік помірної та низько-помірної тяжкості. Сукупно це свідчить про зниження пікової інтенсивності панічних проявів і кращий контроль над тривожністю, насамперед через «стиснення» крайніх станів до середнього діапазону.

Отримана картина вказує на помірний, але змістовний терапевтичний ефект програми у найбільш вразливій підгрупі зменшилися частота й сила панічних епізодів, посилилися навички саморегуляції та толерантності до тривоги, а структурні зрушення в бік помірних значень зафіксовано як на рівні

симптомної інтенсивності (BAI), так і у вимірах стану/риси (Спілбергер–Ханін) та клінічної тяжкості (PDSS). Водночас стабільність частини показників і збереження помітної частки учасників у зонах помірної та високої тривожності підкреслюють потребу у продовженні й диференціації втручань для групи з високими показниками інтенсивніші й більш персоналізовані КПТ-протоколи (зокрема інтероцептивні експозиції та робота з катастрофізацією) з можливим фармакологічним супроводом за медичними показаннями, для групи з помірною тривожністю бустер-сесії, міжсесійний супровід і вправи на закріплення навичок, спрямовані на перехід у «низький» діапазон і утримання досягнутого рівня в подальшому моніторингу.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було здійснено комплексний теоретико-практичний аналіз проблеми подолання панічних атак у контексті хронічного стресу та розроблено ефективну програму психокорекційного впливу, спрямовану на зниження інтенсивності тривожних проявів і зміцнення психологічної стійкості особистості.

По-перше, визначено, що молодий вік є найбільш сприятливим періодом для формування конструктивних стратегій опанування, оскільки саме в цей час закладаються навички саморегуляції, емоційної стабільності та адаптації до соціального й професійного середовища. Опанувальна поведінка виступає центральним механізмом психологічної адаптації, який забезпечує активне подолання труднощів через поєднання когнітивних, емоційних і поведінкових компонентів.

По-друге, проаналізовано концептуальні основи стратегії подолання панічних атак, що поєднують елементи когнітивно-поведінкової, транзактної, гуманістичної та соціально-навчальної теорій. Зокрема, наголошено на ролі когнітивної перебудови, розвитку усвідомленості, зміцненні ідентичності та формуванні навичок саморегуляції як базових умов для подолання тривоги та панічних проявів. Конструктивні копінг-стратегії, спрямовані на активне вирішення проблем і внутрішню трансформацію досвіду, визнані найефективнішими для стабілізації емоційного стану.

По-третє, визначено основні практичні напрями формування ефективних стратегій подолання панічних атак. До них належать:

- ідентифікація тригерів і моніторинг симптомів;
- когнітивна перебудова деструктивних переконань;
- використання технік релаксації, дихальних вправ і майндфулнес;
- поступове опрацювання страхів та експозиційна терапія;
- розвиток соціальної підтримки й навичок комунікації.

Зазначено, що систематичне застосування цих технік сприяє підвищенню стресостійкості, зменшенню частоти панічних епізодів і формуванню довготривалої психологічної стабільності.

По-четверте, представлена комплексна програма подолання панічних атак при хронічному стресі, що поєднує індивідуальні та групові форми роботи. Її структура передбачає поступовий перехід від усвідомлення фізіологічних і когнітивних механізмів тривоги до активного відпрацювання навичок самоконтролю, релаксації та конструктивного реагування у стресових ситуаціях.

Загалом, розроблена стратегія продемонструвала, що поєднання когнітивно-поведінкових, психоосвітніх і релаксаційних методів дозволяє досягти значного зниження рівня тривожності, підвищення саморегуляції та адаптивності учасників. Це свідчить про ефективність інтегрованого підходу до подолання панічних атак у молодих дорослих, які перебувають у стані хронічного стресу.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило всебічно та детально оцінити вплив хронічного стресу на розвиток панічних атак та виявити найбільш ефективні шляхи їх корекції серед молодих дорослих, що перебувають у умовах постійного психоемоційного навантаження. Теоретичний аналіз підтвердив, що хронічний стрес є багатовимірним явищем, яке включає психологічні, емоційні та фізіологічні компоненти, що взаємодіють між собою, створюючи складну систему впливів на психіку людини. Панічні атаки у цьому контексті виступають як прояв психоемоційної дезадаптації та одночасно як фактор, що поглиблює стресовий стан, формуючи замкнене коло: тривале емоційне напруження підвищує ймовірність виникнення панічних нападів, а повторювані панічні стани, у свою чергу, поглиблюють загальний рівень стресу, підривають психологічну стійкість і знижують здатність особистості до ефективної саморегуляції.

Емпіричне дослідження, проведене на базі Фастівського міського центру соціальних служб із участю 46 молодих дорослих віком від 22 до 33 років, підтвердило наявність високого рівня тривожності у більшості респондентів. Спостерігався значний прояв як ситуативної, так і особистісної тривожності, що вказує на недостатню емоційну рівноваженість і низьку стресостійкість, а також регулярні епізоди панічних атак, які негативно впливають на повсякденне функціонування, професійну діяльність і соціальну активність. Отримані дані підкреслюють актуальність та необхідність розробки комплексних психокорекційних стратегій, спрямованих не лише на зниження психоемоційного навантаження і частоти панічних проявів, а й на формування адаптивних навичок саморегуляції, підвищення впевненості у власних ресурсах та здатності ефективно управляти стресовими станами в різних життєвих ситуаціях.

Такий підхід дозволяє забезпечити системне втручання, що поєднує теоретичні знання про природу панічних атак та механізми хронічного стресу з

практичними методиками релаксації, дихальними вправами та когнітивно-поведінковими техніками, створюючи умови для поступового зниження емоційної напруженості та формування стабільних адаптивних стратегій поведінки у довгостроковій перспективі. Результати дослідження свідчать, що впровадження комплексної програми психокорекції сприяє не лише зменшенню проявів тривожності та панічних атак, а й підвищенню загальної психоемоційної стійкості, здатності до самоконтролю та ефективного функціонування у щоденних професійних і соціальних ситуаціях.

У межах проведеного дослідження була розроблена комплексна та багаторівнева програма подолання панічних атак у контексті хронічного стресу, яка поєднувала когнітивно-поведінкові техніки, різноманітні методики релаксації, дихальні вправи, техніки «заземлення», а також цілеспрямований розвиток адаптивних копінг-стратегій. Особливістю програми стало інтегрування індивідуальних і групових методів роботи, що дозволяло одночасно формувати особистісні навички саморегуляції та підвищувати комунікаційні й соціальні компетенції учасників. Такий підхід сприяв не лише розвитку внутрішнього ресурсу особистості, а й покращенню здатності ефективно взаємодіяти з іншими людьми в умовах стресових ситуацій, що є критично важливим для молодих дорослих, які постійно перебувають у психоемоційно напруженому середовищі.

Результати повторного тестування учасників експериментальної групи підтвердили наявність суттєвої позитивної динаміки у психоемоційному стані респондентів. Середній рівень тривожності за шкалою Бека виявив значне зниження, що супроводжувалося зменшенням вираженості як когнітивних, так і соматичних симптомів тривоги. У межах оцінки ситуативної та особистісної тривожності за методикою Спілбергера–Ханіна спостерігалось помітне зниження показників, що свідчить про формування більш стабільної емоційної регуляції та підвищення здатності контролювати негативні емоційні стани незалежно від зовнішніх обставин. Крім того, аналіз результатів за шкалою PDSS показав зменшення частоти та інтенсивності панічних атак, а також значне

зниження рівня очікувальної тривоги та проявів унікальної поведінки, що обмежує соціальну активність. Учасники стали більш здатними застосовувати раціональні установки та методи саморегуляції, що забезпечує ефективне запобігання загостренню панічних станів у реальних життєвих і професійних ситуаціях.

Дослідження підтвердило високий рівень взаємозв'язку між хронічним стресом і виникненням панічних атак, а також продемонструвало, що системне застосування психокорекційної програми значно підвищує ефективність формування адаптивних стратегій подолання панічних станів та розвитку стресостійкості. Комплексний підхід, що поєднував теоретичну підготовку з практичними вправами та інтерактивними тренінговими методиками, сприяв не лише зниженню загальної емоційної напруженості, а й підвищенню впевненості учасників у власних ресурсах та розвитку здатності до самоконтролю. Це, у свою чергу, є надзвичайно важливим для підтримки довгострокової психоемоційної стабільності у молодих дорослих, які перебувають у постійному психічному навантаженні та часто стикаються з високими рівнями стресу.

Отримані результати мають важливе практичне значення, оскільки розроблена програма може бути використана психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками та іншими фахівцями для ефективної профілактики та корекції панічних атак. Вона надає можливість не лише зменшити прояви тривоги та панічних симптомів, а й підвищити якість життя та адаптивність осіб, які перебувають у умовах хронічного стресу, сприяючи розвитку стійких навичок саморегуляції, покращенню психоемоційного стану та зміцненню внутрішніх ресурсів особистості для успішного функціонування у повсякденних життєвих та професійних сферах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бурчинський С. Г. Фармакопрофілактика когнітивних розладів в умовах хронічного стресу: можливості нейропептидної стратегії // Міжнародний неврологічний журнал. 2024. Т. 20, № 1. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/issue-34750/>
2. Вовканич М. Д. Психологічні особливості здорових осіб та юнаків із межовими нервово-психічними розладами : дис. ... д-ра психол. наук. Київський університет імені Т. Шевченка. Київ, 2002.
3. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика. Львів : Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. 338 с.
4. Гоженко А. І., Гришко Ю. М. Хронічний стрес та його метаболічне забезпечення // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2019. Т. 19, № 4. С. 123–129. DOI: <https://doi.org/10.31718/2077-1096.19.4.123>
5. Гоч Н. В. Особливості прояву психологічного стресу у підлітків // Психологічна допомога: від кризи до ресурсу : матеріали III Всеукр. наук.-практ. форуму (21–26 квітня 2020 р., м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк. Суми : НВВ КЗ СОШПО, 2020. URL: <http://surl.li/josurd>
6. Карабань В., Кушнір Н. Стресові фактори та панічні розлади: клінічні спостереження в умовах соціальної кризи // Український медичний часопис. 2020. № 4 (134). С. 45–52.
7. Кузняк А. С., Проскурка Н. М. Програма психокорекції емоційних станів дорослих в умовах воєнного конфлікту // Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія. 2024. Вип. 2 (25). С. 45–53.
8. Карамушка Л., Креденцер О., Терещенко К., Лагодзінська В., Івкін В., Ковальчук О. С. Особливості психічного здоров'я персоналу освітніх та наукових організацій в умовах війни // Організаційна психологія. Економічна психологія. 2022. № 1 (25). С. 62–74.

9. Кокун О. М., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій. Київ–Одеса : Фенікс, 2022. 89 с.
10. Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності. Київ : Ельга; Ніка-Центр, 2010. 340 с.
11. Корольчук М. С., Науменко Н. П. Аналіз чинників негативних психічних станів особистості до і під час війни (за результатами анкетування) // Вісник Національного університету оборони України. 2023. Вип. 3 (73). С. 83–91.
12. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. Луцьк : РВВ-Вежа, 2017. 204 с.
13. Майорош А., Христук О., Кузьо О. Сучасні дослідження стресу та його вплив на психіку людини. 2024. URL: <http://surl.li/qrzjnr>
14. McEwen B. S., Nasca C., Gray J. D. Stress effects on neuronal structure: Hippocampus, amygdala, and prefrontal cortex // Neuropsychopharmacology. 2015. Vol. 41, № 1. P. 3–23. DOI: <https://doi.org/10.1038/npp.2015.171>
15. Мельник О., Сидоренко І. Психологічні особливості перебігу панічних атак у внутрішньо переміщених осіб // Науковий вісник ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. Психологія. 2021. Вип. 65 (1). С. 115–122.
16. Миронець С. М., Тімченко О. В. Негативні психічні стани рятувальників в умовах надзвичайної ситуації : монографія. Київ : Консультант, 2008. 230 с.
17. Осьодло В. І. Стрес-асоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту. Дніпро : Акцент, 2019. 323 с.
18. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / уклад. О. Ю. Овчаренко. Київ : Університет «Україна», 2023. 145 с.
19. Орос М. М., Гал А. В. Стрес, дистрес, його види та корекція // Ліки України. 2021. № 7 (253). С. 32–35. DOI: [https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.7\(253\).24566](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.7(253).24566)

20. Медична психологія : у 2 т. / за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця : Нова книга, 2020. Т. 2 : Загальна медична психологія. 247 с.
21. Пшук Н. Г. Психофізіологічні аспекти стресу: механізми і корекція. Вінниця : Нова книга, 2018.
22. Предко В. В. Життєстійкість у постковідний період: подолання наслідків переживання відчуття втрати // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2023. № 3. С. 23–27.
23. Проскурка Н. М., Демченко Н. І., Кокарева А. М. Мобільні застосунки як інструмент підтримки психічного здоров'я здобувачів вищої освіти під час війни // Актуальні проблеми вищої професійної освіти : матеріали XII Міжнар. наук.-практ. конф. (28 квітня 2024 р.). Київ, 2024. С. 45–49.
24. Романовська Д. Д., Швачій Р. А. Гармонізація психічного здоров'я, розвиток життєстійкості, стресостійкості учасників освітнього процесу : метод. комплекс. Чернівці, 2020. 90 с.
25. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
26. Ушакова І., Брюховецька О. Психологічні особливості реагування підлітків на стрес та шляхи його подолання // Збірник наукових праць Університету менеджменту освіти. 2021. Вип. 3. С. 166.
27. Шебанова В. І. Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях : навч.-метод. рек. Херсон : Вид-во ПП Вишемирський В. С., 2017. 136 с.
28. Moitra E., Lewis-Fernández R., Weisberg R. B. Stress and anxiety disorders in ethnic minorities: A review // Depression and Anxiety. 2011. Vol. 28 (5). P. 386–395. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.20788>
29. Nicolaides N. C., Chrousos G. P. Impact of stress on health in childhood and adolescence // Hormone Research in Paediatrics. 2023. Vol. 96 (1). P. 5–7. DOI: <https://doi.org/10.1159/000528065>

30. American Psychological Association. Stress: The different kinds of stress. 2020. URL: <https://www.apa.org>
31. Cole D. A., Martin N. C., Steiger J. H. Empirical and conceptual problems with longitudinal trait–state models: Introducing a trait–state–occasion model // Psychological Methods. 2005. Vol. 10 (1). P. 3–20. DOI: <https://doi.org/10.1037/1082-989X.10.1.3>
32. Craske M. G., Stein M. B., Eley T. C., Milad M. R., Holmes A., Rapee R. M., Wittchen H. U. Anxiety disorders // Nature Reviews Disease Primers. 2017. Vol. 3. Article 17024. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
33. Etkin A., Wager T. D. Functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia // American Journal of Psychiatry. 2007. Vol. 164 (10). P. 1476–1488. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07030504>
34. The Mind-Body Connection in Stress and Immunity: A Systematic Review // Healthcare Bulletin. 2023. URL: <https://healthcare-bulletin.co.uk/article/the-mind-body-connection-in-stress-and-immunity-a-systematic-review-2577>
35. Hypothalamic–pituitary–adrenal axis. Wikipedia. 2024. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Hypothalamic%E2%80%93pituitary%E2%80%93adrenal_axis
36. Immune system stress sensor linked to depression. ScienceDaily. 07.02.2024. URL: <https://www.sciencedaily.com/releases/2024/02/240207120515.htm>
37. Stress, Immunity, and Health: A Review of Psychoneuroimmunology // MDPI – Biology. 2023. Vol. 14 (1). Article 76. DOI: <https://doi.org/10.3390/biology14010076>
38. Kudielka B. M., Wüst S. Human models in acute and chronic stress: Assessing determinants of individual hypothalamus-pituitary-adrenal axis activity and reactivity // Stress. 2019. Vol. 22 (4). P. 403–423. DOI: <https://doi.org/10.1080/10253890.2019.1572705>

39. Lupien S. J., McEwen B. S., Gunnar M. R., Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour, and cognition // *Nature Reviews Neuroscience*. 2009. Vol. 10 (6). P. 434–445. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrn2639>
40. Study Finds Stress Accelerates Aging of Immune System. Cleveland Clinic Newsroom. 26.07.2023. URL: <https://newsroom.clevelandclinic.org/2023/07/26/study-finds-stress-accelerates-aging-of-immune-system>
41. Boltivets S., Korolchuk M., Korolchuk V., Myronets S., Pozdnychev Y. Comparative characteristics of stress-resistant and non-stress-resistant individual profiles. 2021. P. 78.
42. Ovdiyenko I., Chausova I. Impact of the COVID-19 pandemic on academic, social, emotional, and behavioral changes in university students // *International Journal of Health Sciences*. 2022. Vol. 6 (2). P. 832–845.
43. Kulchytska A., Polikarchyk S. Psychological analysis of the problems of psycho-emotional states of individuals in the conditions of separation // *Psychological Prospects Journal*. 2023. № 41. P. 133–145. DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-41-kyl>
44. Itani Taha, Jacobsen K. H., Kraemer A. Suicidal ideation and planning among Palestinian middle school students living in Gaza Strip, West Bank, and UNRWA camps // *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2017. Vol. 4, Is. 2. P. 54–60.
45. Wazir Z. In Gaza, Childhoods Lost to the Trauma of War Israel's May siege leaves the majority of children in Gaza with deep emotional scars, a new study shows // *U.S.News*. 2021. P. 55.
46. Comtesse H., Powell S., Soldo A., et al. Long-term psychological distress of Bosnian war survivors: an 11-year follow-up of former displaced persons, returnees, and stayers // *BMC Psychiatry*. 2019. P. 78.
47. Shear M. K., Brown T. A., Barlow D. H., Money R., Sholomskas D. E., Woods S. W., Gorman J. M., Papp L. A. Multicenter collaborative Panic Disorder

Severity Scale // American Journal of Psychiatry. 1997. Vol. 154. P. 1571–1575. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1571>

48. Houck P. R., Spiegel D. A., Shear M. K., Rucci P. Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale // Depression and Anxiety. 2002. Vol. 15 (4). P. 183–185. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.10049>

49. Bandura A. *Social Learning Theory*. 2006. URL: https://www.asecib.ase.ro/mps/Bandura_SocialLearningTheory.pdf

50. Erikson E. H. *The Theory of Identity Development*. 2006. URL: <https://psychology.fas.harvard.edu/people/erik-erikson?utm>

51. Lazarus R. S., Folkman S. *The Revised Transactional Model (RTM) of Occupational Stress and Coping: An Improved Process Approach*. 2005. URL: https://www.researchgate.net/publication/50933792_The_Revised_Transactional_Model_RTm_of_Occupational_Stress_and_Coping_An_Improved_Process_Approach

52. Beck A. T. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. 1995. URL: <https://img3.reoveme.com/m/be38edbbfc79330a.pdf>

53. Moreno J. L. *Role Theory and Role Analysis in Psychodrama*. 2017. URL: <https://scispace.com/pdf/role-theory-and-role-analysis-in-psychodrama-a-contribution-13ur9sggo0.pdf>

54. Seligman M. S. *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life*. 2006. URL: <https://www.savetovalistebalans.rs/wp-content/uploads/2021/06/Learned-Optimism-by-Seligman-Martin.pdf>

55. Freidemberg E. *Psychological Aspects of Coping with Stress*. 2008. URL: https://www.researchgate.net/publication/267750204_Bandura%27s_Social_Learning_Theory_Social_Cognitive_Learning_Theory

56. Goddard, A. W. *The neurobiology of panic: A chronic stress disorder*. *Frontiers in Neuroscience*, 2017. P. 11, 1–12.

57. Curtiss, J. E. *Cognitive-behavioral treatments for anxiety and stress-related disorders*. *Psychiatric Clinics of North America*, 2021. P. 44(4), 1–13.

58. Archer, C. *Beta-blockers for the treatment of anxiety disorders: A systematic review. Journal of Affective Disorders*, 2025. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.12.034>
59. Curtiss, J. E. . *Cognitive-behavioral treatments for anxiety and stress-related disorders. Psychiatric Clinics of North America*, 2021. P. 44(4), 1–13.
60. Holt, R. *Management of treatment-resistant panic disorder. Journal of Clinical Psychiatry*, 2007. P. 68(6), 1–8.
61. Gorman, J. M. *Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association*, 2000. №283(19), P. 2529–2536. <https://doi.org/10.1001/jama.283.19.2529>

ДОДАТОК А**Методика «Шкала тривоги Бека»****Інструкція**

Виберіть і позначте якою мірою, кожен із симптомів турбував Вас в останній тиждень, зокрема й сьогодні. взагалі не турбує (0 балів); турбує легкою мірою, не дуже турбує (1 бал); турбує в середній мірі, це було дуже неприємно, але я впорався з цим (2 бали); турбує значною мірою, важко з цим впорався (3 бали).

Текст опитувальника:

1. Притуплення почуттів, печіння та поколювання в тілі.
2. Відчуття жару.
3. Тремтіння в ногах, мимовільні рухи ногами.
4. Неможливість заспокоїтися.
5. Страх, що станеться найгірше
6. Запаморочення або затуманена свідомість.
7. Прискорене серцебиття.
8. Неврівноваженість.
9. Відчуття паніки.
10. Нервозність.
11. Відчуття задухи.
12. Тремтіння в руках.
13. Слабкість (ватні ноги).
14. Страх втратити самовладання.
15. Утруднене дихання.
16. Страх смерті
17. Переляк
18. Розлад травлення (відчуття дискомфорту в животі).
19. Відчуття непритомності.
20. Почервоніння обличчя (жар).

21. Холодний піт

Обробка та інтерпретація результатів Оцінка даних заснована на підсумовуванні всіх результатів, і може бути від 0 до 63: 0 – 9 симптоми тривоги відсутні 10 – 18 низький рівень тривоги 19 – 29 середній рівень тривоги 30 – 63 високий рівень тривоги.

ДОДАТОК Б**Шкала тривоги Спілбергера–Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)****Опис методики**

- Шкала тривоги Спілбергера–Ханіна (STAI) — це інструмент самооцінки рівня тривожності, що вимірює два компоненти: ситуативну (реактивну) тривожність (стан) і особистісну тривожність (тривожність-як-властивість особистості).
- Методика широко застосовується в клінічній практиці для оцінки поточного емоційного стану людини під впливом стресу, а також для виявлення стійкої схильності до тривожних реакцій.

Інструкція

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

Пункти шкали**Підшкала 1. Ситуативна тривожність (стан тривоги)**

1. Я спокійний
2. Мені ніщо не загрожує
3. Я перебуваю в напруженні
4. Я внутрішньо скутий
5. Я відчуваю себе вільно
6. Я засмучений
7. Мене хвилюють можливі невдачі
8. Я відчуваю душевний спокій
9. Я стривожений
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення

11. Я впевнений в собі
12. Я нервуюсь
13. Я не знаходжу собі місця
14. Я напружений
15. Я не відчуваю скутості, напруження
16. Я задоволений
17. Я стурбований
18. Я дуже збуджений і мені не по собі
19. Мені радісно
20. Мені приємно
21. Я приємний

Підшкала 2. Особистісна тривожність

22. У мене буває піднесений настрій
23. Я буваю дратівливим
24. Я легко впадаю в розпач
25. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші
26. Я тяжко переживаю неприємності та довго не можу про них забути
27. Я відчуваю приплив сил і бажання працювати
28. Я спокійний, урівноважений та зібраний
29. Мене турбують можливі труднощі
30. Я дуже переживаю через дрібниці
31. Я буваю цілком щасливий
32. Я все приймаю близько до серця
33. Мені не вистачає впевненості в собі
34. Я відчуваю себе беззахисним
35. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів
36. У мене буває хандра
37. Я буваю задоволений
38. Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене
39. Я врівноважена людина

40. Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи
(Примітка: формулювання пунктів узято з ресурсу, може трохи відрізнятися від оригінальних формулювань STAI-Y або інших адаптацій.)

Обробка результатів

- Кожна підшкала обчислюється окремо — сумуються бали по відповідних пунктах.
- Можливий діапазон оцінок для кожної підшкали: від 20 до 80 балів.
- Чим вище бал, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної).

Орієнтовна інтерпретація

Оцінка (балів)	Рівень тривожності
До 30	Низька тривожність
31–44	Помірна тривожність
45 і більше	Висока тривожність

Коментар до результатів

- Високі бали на підшкалі особистісної тривожності можуть свідчити про стійку схильність людини до тривожних реакцій у широкому колі ситуацій.
- Порівняння показників ситуативної та особистісної тривожності дозволяє дізнатися, наскільки емоційна реакція (ситуативна тривожність) співвідноситься із загальною схильністю до тривоги цієї людини (особистісна тривожність). Це важливо для розрізнення, чи тривога у конкретному випадку є реакцією на поточну ситуацію, чи радше виявом внутрішньої тривожної структури особистості.

ДОДАТОК В

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

PDSS — це методика самооцінки, розроблена для оцінювання тяжкості симптомів панічного розладу. Вона враховує такі компоненти: частоту панічних нападів, ступінь їх дискомфорту, передчуття («anticipatory anxiety»), уникання місць чи ситуацій, уникання фізичних відчуттів, пов'язаних з панікою, а також вплив на роботу і соціальне функціонування.

Інструкція

«Заповніть, будь ласка, наступні пункти, відповідаючи на основі Вашого досвіду за останній тиждень. Відповіді оцінюються по шкалі від 0 («немає симптомів» / «незначний рівень») до 4 («дуже важко / максимально виражений рівень»).»

Симптоми панічних нападів визначаються як: раптовий приплив страху чи дискомфорту, що супроводжується принаймні 4 фізіологічними симптомами паніки (наприклад, прискорене серцебиття, потовиділення, тремтіння, труднощі з диханням тощо).

Пункти шкали (7 пунктів)

1. Частота панічних чи обмежених симптомами нападів протягом тижня.
2. Наскільки сильний дискомфорт чи лячність під час нападів (якщо вони були).
3. Наскільки Ви хвилювались або боялись наступного панічного нападу або про наслідки нападів (наприклад фізичні проблеми, соціальна стигма тощо).
4. Чи уникали Ви місць або ситуацій через страх панічного нападу? (чи був страх/уникання ситуацій)
5. Чи уникали Ви фізичних відчуттів, які можуть нагадувати панічні симптоми або які можуть викликати напад?

6. Наскільки нападів та пов'язані симптоми вплинули на Вашу здатність виконувати роботу або обов'язки вдома?

7. Наскільки симптоми паніки впливали на Ваше соціальне життя та стосунки з іншими людьми?

Обробка результатів

- Кожен пункт оцінюється від 0 до 4.
- Сумарний бал = сума всіх 7 пунктів. Можливий діапазон: 0 до 28 балів.

Орієнтовна інтерпретація

Діапазон балів	Тяжкість панічного розладу / коментар
0-4	Практично без панічних симптомів або дуже низький рівень
5-9	Низька-помірна тяжкість, може бути незначний вплив на щоденне функціонування
10-14	Помірна тяжкість — симптоми більш виражені, можливо уникання, втручання у робочі чи соціальні сфери
15-20	Висока тяжкість — значний дискомфорт, уникання, сильний вплив на життя
21-28	Дуже висока тяжкість — часті напади, великий вплив на виконання обов'язків, можливо потребує клінічного втручання

ДОДАТОК Г

Результати проходження за шкалою тривожності Бека

№	Стать	Загальний бал	Тривога відсутня	Низький рівень тривоги	Середній рівень тривоги	Високий рівень тривоги
P. 1	2	27			+	
P. 2	1	32				+
P. 3	2	37				+
P. 4	1	16		+		
P. 5	2	28			+	
P. 6	1	39				+
P. 7	2	35				+
P. 8	1	31				+
P. 9	2	15		+		
P. 10	2	23			+	
P. 11	1	43				+
P. 12	2	31				+
P. 13	1	14		+		
P. 14	2	18		+		
P. 15	1	31				+
P. 16	2	46				+
P. 17	1	26			+	
P. 18	2	30				+
P. 19	1	36				+
P. 20	2	13		+		
P. 21	2	39				+
P. 22	1	37				+
P. 23	1	37				+
P. 24	2	20			+	
P. 25	1	43				+
P. 26	2	22			+	
P. 27	1	47				+

P. 28	2	37				+
P. 29	1	41				+
P. 30	2	20			+	
P. 31	1	41				+
P. 32	2	35				+
P. 33	2	40				+
P. 34	1	28			+	
P. 35	2	33				+
P. 36	1	22			+	
P. 37	2	32				+
P. 38	1	40				+
P. 39	2	18		+		
P. 40	2	41				+
P. 41	1	33				+
P. 42	1	53				+
P. 43	2	47				+
P. 44	1	19			+	
P. 45	1	44				+
P. 46	2	46				+

ДОДАТОК Д

Результати проходження методики: Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна (адаптація для молоді)

П/ Р	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Р. 1	3	2	1	1	2	1	4	2	3	4	2	2	2	2	1	3	3	2	4	2	1	3	1	1	3	2	3	3	4	3	1	1	2	2	1	2	3	2	3	2
Р. 2	4	4	1	4	3	3	1	1	4	2	4	3	1	2	1	4	3	2	3	1	1	1	2	4	1	4	3	1	1	4	4	2	4	4	2	2	1	2	2	4
Р. 3	4	2	1	4	4	2	4	1	3	3	3	2	3	2	3	1	2	3	1	3	4	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	1	4	1	2	4	1	4	2	4
Р. 4	2	2	2	3	4	3	2	1	2	1	4	3	2	3	2	1	3	2	3	4	4	3	4	1	3	4	4	1	1	3	1	2	1	2	4	3	4	2	4	2
Р. 5	1	1	1	1	4	2	1	3	1	3	1	4	1	2	4	1	3	1	3	3	3	2	2	2	2	4	1	2	4	4	1	2	4	3	4	4	3	4	2	1
Р. 6	3	4	4	1	4	4	2	1	1	3	2	3	3	3	4	3	4	4	1	4	1	2	3	2	1	4	1	3	2	3	2	2	4	1	2	2	1	2	3	3
Р. 7	3	2	3	1	2	2	2	1	1	3	3	3	4	1	3	4	2	2	3	3	3	3	4	2	4	1	1	4	4	2	4	4	2	3	4	3	3	3	4	1
Р. 8	1	3	4	3	2	4	4	1	3	3	2	1	1	3	4	3	2	4	1	4	4	4	2	3	4	1	1	2	4	2	3	2	1	2	1	1	1	3	1	2
Р. 9	4	1	3	3	4	3	2	1	4	2	3	4	2	1	1	2	3	4	1	3	2	3	2	3	2	4	2	1	4	1	3	3	2	2	3	1	1	1	1	3
Р. 10	3	1	2	1	4	2	1	4	4	1	2	3	2	4	3	3	2	4	2	4	4	3	1	2	2	3	4	2	2	3	3	2	2	4	1	1	1	2	3	2
Р. 11	2	4	3	4	1	1	1	1	4	4	1	2	4	1	1	3	1	2	3	2	1	2	2	4	3	2	2	2	3	1	4	2	3	4	4	2	3	1	1	1
Р. 12	1	2	4	1	3	1	3	1	1	4	2	4	1	1	1	1	3	2	3	4	4	1	1	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	1	2	1	2	2
Р. 13	2	2	4	1	3	1	4	1	1	2	2	3	2	2	3	2	2	1	3	4	4	3	1	2	1	1	3	4	2	1	3	2	3	3	3	1	4	1	4	3
Р. 14	4	4	3	3	2	4	4	4	4	4	4	3	3	1	4	3	3	4	2	4	4	3	2	3	1	3	3	1	4	3	1	1	4	3	3	3	3	2	1	2

P. 15	3	4	1	3	4	1	3	1	1	1	1	2	3	4	2	3	3	3	2	4	2	2	2	4	3	3	3	2	4	1	3	4	4	1	4	4	4	2	1	3
P. 16	4	2	3	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	4	4	4	2	3	4	4	1	4	3	2	1	3	4	3	2	4	3	4	3	1	3	3	3	2	4
P. 17	1	3	3	3	2	4	2	3	3	4	1	2	4	1	2	2	4	2	1	1	3	4	2	3	1	3	4	4	4	4	1	4	3	3	3	2	2	4	3	2
P. 18	1	3	1	4	2	4	4	2	3	4	2	3	2	1	2	4	3	1	4	1	4	3	3	4	1	4	1	2	1	1	3	1	1	3	1	1	4	4	4	3
P. 19	1	1	3	3	1	2	3	1	4	3	4	4	4	4	1	1	1	2	1	3	1	3	2	3	3	4	4	4	4	3	2	3	4	2	4	2	1	2	4	2
P. 20	3	2	2	2	1	3	4	2	2	3	2	2	2	3	4	2	1	4	1	4	3	4	3	2	1	2	1	1	1	2	1	3	1	2	1	3	4	4	2	1
P. 21	2	2	4	2	1	1	2	2	2	4	2	4	2	4	1	1	2	3	3	1	1	4	2	2	1	1	3	4	1	2	1	4	2	3	2	1	2	4	1	4
P. 22	3	3	3	4	3	3	2	1	2	4	1	4	2	3	1	1	3	2	1	1	4	4	1	4	2	2	3	3	2	4	2	3	4	4	3	1	2	2	2	3
P. 23	3	2	1	1	3	1	1	1	1	4	3	4	4	3	1	1	4	1	3	1	2	2	3	2	3	1	1	1	3	4	2	2	3	2	3	3	4	4	4	4
P. 24	3	4	1	3	3	4	2	2	3	3	1	3	2	1	2	1	4	2	3	2	3	4	2	2	4	1	1	2	1	4	1	3	1	3	3	1	3	3	2	4
P. 25	4	2	2	2	3	2	2	4	1	3	1	1	4	1	3	3	2	1	2	4	1	4	1	4	3	4	4	4	1	1	2	1	2	3	1	4	3	2	3	4
P. 26	2	4	1	3	4	1	4	4	2	4	2	2	2	2	3	1	4	2	3	4	3	4	4	4	4	4	2	2	3	3	1	2	2	1	4	1	1	3	1	3
P. 27	2	1	3	1	2	2	1	2	1	4	4	1	3	1	1	3	3	1	3	3	2	1	2	4	4	2	2	3	1	1	2	2	3	3	1	3	3	3	3	3
P. 28	2	1	4	3	4	1	3	3	2	2	3	3	3	4	1	3	4	3	1	2	1	2	2	1	4	3	4	2	3	2	1	3	4	3	2	1	3	1	3	3
P. 29	1	3	4	1	1	3	2	1	1	1	4	2	3	1	3	3	2	1	1	3	1	4	4	2	2	1	1	3	1	1	2	1	3	1	1	4	3	4	4	4
P. 30	3	2	3	4	1	4	2	2	1	2	4	3	3	1	2	2	4	3	1	3	3	1	1	3	4	2	4	1	1	4	4	4	3	4	1	3	4	1	4	1
P. 31	3	1	2	2	4	1	1	2	4	1	1	4	4	2	4	3	3	4	2	4	3	1	1	2	2	1	2	2	1	1	3	1	3	4	3	2	4	1	3	1

P. 32	2	3	1	2	3	2	2	4	4	4	3	3	4	1	1	3	3	1	4	1	4	4	1	1	3	1	1	3	2	4	3	2	2	3	3	2	1	2	3	3	
P. 33	4	3	3	1	4	3	4	3	2	4	1	2	3	3	4	2	4	3	3	2	2	1	4	2	4	2	4	3	2	2	3	2	3	1	1	4	1	3	3	4	
P. 34	2	4	3	3	2	4	2	2	1	2	2	4	3	2	3	1	1	3	3	1	1	3	2	1	3	3	3	3	2	1	1	2	1	2	2	3	3	3	2	4	
P. 35	4	1	2	1	1	4	4	4	4	1	4	1	4	3	3	3	3	3	2	3	4	1	4	1	3	3	2	3	4	3	2	4	1	2	1	3	1	3	2	4	
P. 36	2	1	1	2	1	1	2	2	3	3	4	4	2	2	4	1	2	2	1	4	4	2	1	1	1	1	2	1	4	3	4	3	4	3	4	3	2	1	2	4	
P. 37	4	4	3	3	1	3	2	3	1	3	3	4	1	3	1	1	4	4	3	3	1	1	2	2	4	1	2	3	4	1	4	1	3	2	2	1	2	3	3	1	
P. 38	2	2	3	1	1	2	3	2	4	2	1	3	3	3	2	2	3	2	2	2	4	2	3	2	4	2	3	3	4	4	2	1	2	4	3	4	2	2	1	3	
P. 39	2	1	3	3	3	4	3	1	4	2	1	3	1	1	3	3	4	4	3	2	3	3	3	2	4	3	3	1	3	1	4	4	1	4	3	3	2	3	3	4	
P. 40	2	3	2	3	2	3	4	1	2	4	4	2	4	1	2	2	2	3	4	3	1	3	1	2	4	4	4	1	2	1	2	4	4	1	4	2	2	4	3	1	
P. 41	2	4	4	4	4	4	2	3	2	3	3	3	3	2	1	2	3	2	1	3	1	3	4	1	2	3	2	2	2	3	4	4	4	4	2	1	2	3	1	3	4
P. 42	3	2	2	1	3	2	4	1	2	2	3	1	2	1	1	2	2	2	2	2	4	2	1	4	1	3	4	4	2	3	3	4	3	4	4	1	1	3	1	4	
P. 43	2	3	4	2	3	3	1	4	4	4	2	4	1	4	4	3	2	4	4	2	2	4	2	3	3	4	3	2	2	3	3	3	3	1	4	2	3	2	1	2	2
P. 44	1	2	3	3	1	3	2	4	4	1	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	4	1	2	4	3	2	1	4	4	1	1	1	4	4	2	
P. 45	1	4	2	2	3	3	1	1	4	1	2	1	2	4	1	4	1	1	1	3	3	2	2	2	3	3	2	1	3	3	3	3	2	1	2	1	4	2	3	2	1
P. 46	2	3	2	4	1	3	1	4	1	2	3	1	4	3	4	1	1	1	2	2	1	4	1	4	2	2	3	4	3	3	3	3	2	2	3	2	4	2	1	2	2

Примітка: Ніколи - 1 Майже ніколи - 2 Часто - 3 Майже завжди - 4.

ДОДАТОК Е

Результати проходження за шкалою тяжкості панічного розладу (Panic Disorder Severity Scale, PDSS)

№ респондента	П1	П2	П3	П4	П5	П6	П7	Сума
P. 1	0	4	1	3	4	0	0	12
P. 2	4	4	2	4	1	0	0	15
P. 3	2	0	0	3	0	0	1	6
P. 4	0	3	0	3	4	4	2	16
P. 5	3	2	3	3	1	2	2	16
P. 6	3	2	3	0	0	3	1	12
P. 7	3	2	2	1	1	1	3	13
P. 8	0	0	1	0	4	1	4	10
P. 9	1	0	0	1	0	1	0	3
P. 10	0	2	1	0	2	3	3	11
P. 11	4	3	0	1	0	3	4	15
P. 12	3	0	2	1	1	3	4	14
P. 13	3	0	2	4	2	0	2	13
P. 14	3	3	3	2	1	2	2	16
P. 15	4	2	3	0	0	3	2	14
P. 16	1	4	0	0	4	3	2	14
P. 17	2	2	3	1	3	3	3	17
P. 18	0	2	0	3	0	1	0	6
P. 19	1	1	4	2	2	3	0	13
P. 20	3	1	1	2	3	0	0	10
P. 21	0	2	1	4	2	4	3	16
P. 22	4	2	4	1	1	0	1	13
P. 23	0	2	3	4	0	4	2	15
P. 24	3	0	2	0	0	2	3	10
P. 25	3	0	0	4	2	1	3	13
P. 26	4	0	1	3	3	1	3	15

P. 27	3	4	3	0	4	3	4	21
P. 28	4	0	3	4	4	0	4	19
P. 29	1	0	4	2	3	0	2	12
P. 30	1	2	2	2	0	4	0	11
P. 31	1	1	1	3	1	0	0	7
P. 32	0	2	0	3	3	2	3	13
P. 33	2	0	4	2	2	3	1	14
P. 34	0	4	0	0	2	4	2	12
P. 35	4	1	0	0	3	1	3	12
P. 36	1	0	4	3	2	1	2	13
P. 37	4	4	3	3	3	0	2	19
P. 38	3	2	2	1	3	4	1	16
P. 39	1	4	3	0	2	4	4	18
P. 40	3	1	1	0	1	3	4	13
P. 41	2	0	3	2	0	0	4	11
P. 42	0	0	2	0	1	4	1	8
P. 43	3	2	4	2	1	3	1	16
P. 44	4	1	3	1	2	1	1	13
P. 45	3	3	1	0	4	4	1	16
P. 46	3	3	3	3	2	2	4	20

ДОДАТОК Ж

**Кореляційна матриця між результатами за методиками: Шкала тривожності Бека, Шкала тривожності
Спілбергера–Ханіна та Шкала тяжкості панічного розладу (PDSS).**

	Beck	Spielberger	PDSS
Beck	1.00	-0.08	0.19
Spielberger	-0.08	1.00	0.07
PDSS	0.19	0.07	1.00

Висновок: між результатами за шкалою Бека та тяжкістю панічного розладу (PDSS) виявлено слабкий позитивний зв'язок ($r \approx 0.19$). Між шкалами Спілбергера–Ханіна та PDSS спостерігається дуже слабкий позитивний зв'язок ($r \approx 0.07$). Між Беком і Спілбергером простежується слабкий негативний зв'язок ($r \approx -0.08$).

ДОДАТОК К

**Результати проходження за шкалою тяжкості панічного розладу (Panic Disorder Severity Scale, PDSS) після
проходження програми**

№ респондента	П1	П2	П3	П4	П5	П6	П7	Сума
P. 1	0	4	1	3	3	0	0	11
P. 2	4	4	2	3	1	0	0	14
P. 3	2	0	0	3	0	0	1	6
P. 4	0	3	0	3	4	4	2	16
P. 5	3	2	3	3	1	2	2	16
P. 6	3	2	3	0	0	3	1	12
P. 7	3	2	2	1	1	1	3	13
P. 8	0	0	1	0	4	1	4	10
P. 9	1	0	0	1	0	1	0	3
P. 10	0	2	1	0	2	3	3	11
P. 11	4	3	0	1	0	3	4	15
P. 12	3	0	2	1	1	3	4	14
P. 13	3	0	2	4	2	0	2	13
P. 14	3	3	3	2	1	2	2	16
P. 15	4	2	3	0	0	3	2	14
P. 16	1	4	0	0	4	3	2	14
P. 17	2	2	3	1	3	3	3	17
P. 18	0	2	0	3	0	1	0	6
P. 19	1	1	4	2	2	3	0	13
P. 20	3	1	1	2	3	0	0	10
P. 21	0	2	1	4	2	4	3	16
P. 22	4	2	4	1	1	0	1	13
P. 23	0	2	3	4	0	4	2	15
P. 24	3	0	2	0	0	2	3	10
P. 25	3	0	0	4	2	1	3	13
P. 26	2	0	1	3	3	1	3	13

P. 27	3	4	3	0	4	3	3	20
P. 28	4	0	3	4	4	0	4	19
P. 29	1	0	4	2	3	0	2	12
P. 30	1	2	2	2	0	4	0	11
P. 31	1	1	1	3	1	0	0	7
P. 32	0	2	0	3	3	2	3	13
P. 33	2	0	4	2	2	3	1	14
P. 34	0	4	0	0	2	4	2	12
P. 35	4	1	0	0	3	1	3	12
P. 36	1	0	4	3	2	1	2	13
P. 37	3	4	3	3	3	0	2	18
P. 38	3	2	2	1	3	4	1	16
P. 39	1	4	3	0	2	4	3	17
P. 40	3	1	1	0	1	3	3	12
P. 41	2	0	3	2	0	0	4	11
P. 42	0	0	2	0	1	3	1	7
P. 43	3	2	4	2	1	3	1	16
P. 44	4	1	3	1	2	1	1	13
P. 45	3	3	1	0	4	4	1	16
P. 46	3	3	3	3	2	2	3	19

ДОДАТОК Л

Результати проходження методики: Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна (адаптація для молоді) після проходження програми

П/ Р	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
Р. 1	2	2	1	1	2	1	4	2	3	3	2	2	2	2	1	3	3	2	4	2	1	3	1	1	3	2	3	3	4	3	1	1	2	2	1	2	3	2	3	2	
Р. 2	4	4	1	4	3	3	1	1	4	2	4	3	1	2	1	4	3	2	3	1	1	1	2	4	1	4	3	1	1	4	4	2	4	3	2	2	1	2	2	4	
Р. 3	4	2	1	4	3	2	4	1	3	3	3	2	3	2	3	1	2	3	1	3	4	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	4	1	2	4	1	4	2	4
Р. 4	2	2	2	3	4	3	2	1	2	1	4	3	2	3	2	1	3	2	3	4	4	3	4	1	3	4	4	1	1	3	1	2	1	2	4	3	4	2	4	2	
Р. 5	1	1	1	1	4	2	1	3	1	3	1	4	1	2	4	1	3	1	3	3	3	2	2	2	2	4	1	2	4	4	1	2	4	3	4	4	3	4	2	1	
Р. 6	3	4	4	1	4	4	2	1	1	3	2	3	3	3	4	3	4	4	1	4	1	2	3	2	1	4	1	3	2	3	1	2	3	1	2	2	1	2	3	3	
Р. 7	3	2	3	1	2	2	2	1	1	3	3	3	4	1	3	4	2	2	3	3	3	3	4	2	4	1	1	4	4	2	4	4	2	3	4	3	3	3	4	1	
Р. 8	1	3	4	2	2	4	4	1	3	3	2	1	1	3	4	3	2	4	1	4	4	4	2	3	4	1	1	1	4	2	3	2	1	2	1	1	1	3	1	2	
Р. 9	4	1	3	3	4	3	2	1	4	2	3	4	2	1	1	2	3	4	1	2	2	3	2	3	2	4	2	1	4	1	3	3	2	2	3	1	1	1	1	3	
Р. 10	3	1	2	1	4	2	1	4	4	1	2	3	2	4	3	3	2	4	2	4	4	3	1	2	2	3	4	2	2	3	3	2	2	4	1	1	1	2	3	2	
Р. 11	2	4	3	4	1	1	1	1	4	4	1	2	4	1	1	3	1	2	3	2	1	2	2	4	3	2	2	2	3	1	4	2	3	4	4	2	3	1	1	1	
Р. 12	1	2	4	1	3	1	3	1	1	4	2	4	1	1	1	1	3	2	3	4	4	1	1	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	1	2	1	2	2	
Р. 13	2	2	4	1	3	1	4	1	1	2	2	3	2	2	3	2	2	1	3	4	4	3	1	2	1	1	3	4	2	1	3	2	3	3	3	1	4	1	2	3	

P. 14	4	4	3	3	2	4	4	4	4	4	4	3	3	1	4	3	3	4	2	4	4	3	2	3	1	3	3	1	4	3	1	1	4	3	3	3	3	2	1	2
P. 15	3	4	1	3	4	1	3	1	1	1	1	2	3	2	2	3	3	3	2	4	2	2	2	4	3	3	3	2	4	1	3	4	4	1	4	4	4	2	1	3
P. 16	4	2	3	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	4	4	4	2	3	4	4	1	4	3	2	1	3	4	3	2	4	3	4	3	1	3	3	3	2	4
P. 17	1	3	3	3	2	4	2	3	3	4	1	2	4	1	2	2	4	2	1	1	3	4	2	3	1	3	4	4	4	4	1	4	3	3	3	2	2	4	3	2
P. 18	1	3	1	4	2	4	4	2	3	4	2	3	2	1	2	4	3	1	4	1	4	3	3	4	1	4	1	2	1	1	3	1	1	3	1	1	4	4	4	3
P. 19	1	1	3	3	1	2	3	1	4	3	4	4	4	4	1	1	1	2	1	3	1	3	2	3	3	4	4	4	4	3	2	3	4	2	4	2	1	2	4	2
P. 20	3	2	2	2	1	3	4	2	2	3	2	1	2	3	4	2	1	4	1	4	3	4	3	2	1	2	1	1	1	2	1	3	1	2	1	3	4	4	2	1
P. 21	2	2	4	2	1	1	2	2	2	4	2	4	2	4	1	1	2	3	3	1	1	4	2	2	1	1	3	4	1	2	1	4	2	3	2	1	2	4	1	4
P. 22	3	3	3	4	3	3	2	1	2	4	1	4	2	3	1	1	3	2	1	1	4	4	1	4	2	2	3	3	2	4	2	3	4	4	3	1	2	2	2	3
P. 23	3	2	1	1	3	1	1	1	1	4	3	4	4	3	1	1	4	1	3	1	2	2	3	2	3	1	1	1	3	4	2	2	3	2	3	3	4	4	4	4
P. 24	3	4	1	3	3	4	2	1	3	3	1	3	2	1	2	1	4	2	3	2	3	4	2	2	4	1	1	2	1	4	1	2	1	3	3	1	3	3	2	4
P. 25	4	2	2	2	3	2	2	4	1	3	1	1	4	1	3	3	2	1	2	4	1	4	1	4	3	4	4	4	1	1	2	1	2	3	1	4	3	2	3	4
P. 26	2	4	1	3	4	1	4	3	2	4	2	2	2	2	3	1	4	2	3	4	3	4	4	4	4	4	2	2	3	3	1	2	2	1	4	1	1	3	1	3
P. 27	2	1	3	1	2	2	1	2	1	4	4	1	3	1	1	3	3	1	3	3	2	1	2	4	4	2	2	3	1	1	2	2	3	3	1	3	3	3	3	3
P. 28	2	1	4	3	4	1	3	3	2	2	3	3	3	4	1	3	4	3	1	2	1	2	2	1	2	3	4	2	3	2	1	3	4	3	2	1	3	1	3	3
P. 29	1	3	4	1	1	3	2	1	1	1	4	2	3	1	3	3	2	1	1	3	1	4	4	2	2	1	1	3	1	1	2	1	3	1	1	4	3	4	3	4
P. 30	3	2	3	4	1	4	2	2	1	2	4	3	3	1	2	2	4	3	1	3	3	1	1	3	4	2	4	1	1	4	4	4	3	4	1	3	4	1	4	1

P. 31	3	1	2	2	4	1	1	2	4	1	1	4	4	2	4	3	3	4	2	4	3	1	1	2	2	1	2	2	1	1	3	1	3	4	3	2	4	1	1	1		
P. 32	2	3	1	2	3	2	2	4	4	4	3	3	4	1	1	3	3	1	4	1	4	4	1	1	3	1	1	3	2	4	3	2	2	3	3	2	1	2	3	3		
P. 33	4	3	3	1	4	3	4	3	2	4	1	2	3	3	4	2	4	3	3	2	2	1	4	2	4	2	4	3	2	2	3	2	3	1	1	4	1	3	3	4		
P. 34	2	4	3	3	2	4	2	2	1	2	2	4	3	2	3	1	1	3	3	1	1	3	2	1	3	3	3	3	2	1	1	2	1	2	2	3	3	3	2	4		
P. 35	4	1	2	1	1	4	4	4	4	1	4	1	4	3	3	3	3	3	2	3	4	1	4	1	3	3	2	3	4	3	2	4	1	2	1	3	1	3	2	4		
P. 36	2	1	1	2	1	1	2	2	3	3	4	4	2	2	4	1	2	2	1	4	4	2	1	1	1	1	2	1	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	2	1	2	4
P. 37	4	4	3	3	1	3	2	3	1	3	3	4	1	3	1	1	4	4	3	3	1	1	2	2	4	1	2	3	4	1	4	1	3	2	2	1	2	3	3	1		
P. 38	2	2	3	1	1	2	3	2	4	2	1	3	3	3	2	2	3	2	2	2	4	2	3	2	4	2	3	3	4	4	2	1	2	4	3	2	2	2	1	3		
P. 39	2	1	3	3	2	4	3	1	4	2	1	3	1	1	3	3	4	4	3	2	3	3	3	2	4	3	3	1	3	1	4	4	1	4	3	3	2	3	3	4		
P. 40	2	3	2	3	2	3	4	1	2	4	4	2	4	1	2	2	2	3	4	3	1	3	1	2	4	4	4	1	2	1	2	4	4	1	4	2	2	4	3	1		
P. 41	2	4	4	4	4	4	2	3	2	3	3	3	3	2	1	2	3	2	1	3	1	2	4	1	2	3	2	2	2	3	4	4	4	4	2	1	2	3	1	3	4	
P. 42	3	2	2	1	3	2	4	1	2	2	3	1	2	1	1	1	2	2	2	2	4	2	1	4	1	3	4	4	2	3	3	4	3	4	4	1	1	3	1	4		
P. 43	2	3	4	2	3	3	1	4	4	4	2	4	1	4	4	3	2	4	4	2	2	2	2	3	3	4	3	2	2	3	3	3	1	4	2	3	2	1	2	2		
P. 44	1	2	3	3	1	3	2	4	4	1	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	4	1	2	4	3	2	1	4	4	1	1	1	4	4	2		
P. 45	1	4	2	2	3	3	1	1	4	1	2	1	2	4	1	4	1	1	1	3	3	2	2	2	3	3	2	1	3	3	3	2	1	2	1	4	2	3	2	1		
P. 46	1	3	2	4	1	3	1	4	1	2	3	1	4	3	4	1	1	1	2	1	1	4	1	4	2	2	3	4	3	3	3	2	2	3	2	2	2	1	2	2		

Примітка: Ніколи - 1 Майже ніколи - 2 Часто - 3 Майже завжди - 4.

ДОДАТОК М

Результати проходження за шкалою тривожності Бека після проходження програми

№	Стать	Загальний бал	Тривога відсутня	Низький рівень тривоги	Середній рівень тривоги	Високий рівень тривоги
P. 1	2	27			+	
P. 2	1	32				+
P. 3	2	37				+
P. 4	1	16			+	
P. 5	2	28			+	
P. 6	1	39				+
P. 7	2	35			+	
P. 8	1	31				+
P. 9	2	15		+		
P. 10	2	23				+
P. 11	1	43			+	
P. 12	2	31				+
P. 13	1	14			+	
P. 14	2	18		+		
P. 15	1	31			+	
P. 16	2	46				+
P. 17	1	26			+	
P. 18	2	30			+	
P. 19	1	36				+
P. 20	2	13		+		
P. 21	2	39				+
P. 22	1	37			+	
P. 23	1	37				+
P. 24	2	20			+	
P. 25	1	43				+
P. 26	2	22			+	
P. 27	1	47				+

P. 28	2	37			+	
P. 29	1	41				+
P. 30	2	20			+	
P. 31	1	41			+	
P. 32	2	35				+
P. 33	2	40			+	
P. 34	1	28			+	
P. 35	2	33				+
P. 36	1	22			+	
P. 37	2	32			+	
P. 38	1	40				+
P. 39	2	18			+	
P. 40	2	41			+	
P. 41	1	33				+
P. 42	1	53			+	
P. 43	2	47				+
P. 44	1	19			+	
P. 45	1	44			+	
P. 46	2	46				+