

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

РЕФЕРАТ

**кваліфікаційної роботи на здобуття
освітнього ступеня бакалавр зі
спеціальності 053 «Психологія» за
освітньою програмою «Психологія»
на тему: «Панічні атаки як проблема сучасної молоді»**

Виконавець: студентка
денної форми навчання

Кайхер Івета Ігорівна _____

(прізвище, ім'я, по батькові)

/підпис/

Науковий керівник:

д. психол. н.

Асєєва Юлія Олександрівна _____

(прізвище, ім'я, по батькові)

/підпис/

Одеса – 2023

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність дослідження. Актуальність дослідження теми «панічні атаки як проблема сучасної молоді» зумовлена тим, що панічні атаки є досить поширеним явищем серед молоді в сучасному світі. Згідно з дослідженнями, понад 20% населення країн з високим рівнем розвитку переживають панічні атаки протягом життя, при цьому більшість з них - особи молодого віку.

Це ставить перед психологами і психотерапевтами завдання розробки та вдосконалення методів діагностики, лікування та підтримки молоді з проблемами панічних атак. Крім того, панічні атаки можуть серйозно впливати на якість життя молоді та їхню професійну та соціальну адаптацію, тому вивчення цієї проблеми є важливим і необхідним завданням для розуміння і покращення життя молоді в сучасному світі. Є три обставини, які ускладнюють вивчення «панічних атак»: поширеність та різноманітність цієї групи станів, взаємозв'язки між психологічними характеристиками людини та розвитком «панічних атак», та недостатня розуміння механізмів психологічного консультування та його впливу на особистість клієнта під час інтегративного консультування, що включає психотерапію та психокорекційну діяльність.

Однією з важливих характеристик цього дослідження є розгляд панічних атак з погляду психології як тривожного стану, що складається з симптомів та переживання тривоги. Однак, на відміну від попередніх досліджень, які фокусувалися на індивідуальних характеристиках, дана робота ставить за мету вивчення взаємодії між особистісними характеристиками тих, хто переживає панічні атаки, та групою станів «панічна атака». Ми також зосереджуємось на вивченні психологічного потенціалу особистості та можливостей його активації, а також на розробленні моделі психологічної підтримки та допомоги. У цьому дослідженні будуть розглядатися три ключові аспекти: панічні атаки з точки зору психології, особистісні чинники, що впливають на розвиток цих атак та реалізацію особистісного потенціалу, і методи психологічного консультування для підтримки та допомоги клієнтам з цим станом.

Об'єкт дослідження – панічні атаки як проблема сучасної молоді.

Предмет дослідження – особистісні особливості осіб молодого віку, які переживають панічну атаку.

Метою даного дослідження є з'ясування особливостей осіб молодого віку, які зазнали панічну атаку, та розроблення системи психологічної роботи в рамках консультативно-терапевтичної діяльності, яка спрямована на зменшення інтенсивності цього досвіду.

Задачі дослідження :

1. Провести огляд наукових досліджень з визначення та етіології панічних атак.
2. Проаналізувати світову статистику з виявлення, дослідження та надання психологічної допомоги людям з панічними атаками.
3. Описати типи та види станів «панічна атака» та їх особливості.
4. Визначити та проаналізувати психологічні характеристики особистості, яка переживає панічну атаку.

5. Здійснити кількісний та якісний аналіз зібраних даних.

Методи дослідження. У дослідженні були використані наступні методи: аналіз наукових джерел з проблеми панічних атак, спостереження, а також процедури кількісної та якісної обробки даних. Для проведення психодіагностики були використані такі інструменти: тест на самооцінку психічних станів Г.Айзенка, шкала тривоги Спілбергера (STAI) та тест самопочуття, активності та настрою (САН).

Обсяг і структура роботи: Дипломна робота складається зі вступу, двох основних розділів та п'яти підрозділів, висновків, списку використаних джерел (78 найменувань) та додатки. Загальний обсяг дипломної 86 сторінки, матеріали проілюстровано 4 таблицями.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У вступі обґрунтовано актуальність теми роботи, визначено мету, завдання, об'єкт, предмет, наукову новизну і методи дослідження.

У першому розділі «Загальна характеристика панічних розладів» розкрито: сутність поняття «панічні розлади» причини виникнення, основні характеристики та діагностика, психотерапевтичне лікування при панічних розладах та сучасні дослідження цієї теми.

У другому розділі «Практичне дослідження особистісних особливостей у молоді при панічних розладах» описана організація практичного дослідження та методи діагностики, а також аналіз та обговорення виявлених показників серед студентської молоді з панічними атаками методики які використані в емпіричному дослідженні. Розкриваючи результати власного дослідження, важливим є формування установки використання існуючого особистісного ресурсу, який веде до зниження інтенсивності панічних атак, їх тривалості і частоти виникнення, що у кінцевому підсумку забезпечує стійкий психологічний контроль проблемної ситуації.

В результаті емпіричного дослідження визначено, що дівчата виявилися більш тривожними, з них лише 13,8 % мали низький рівень тривоги та високий рівень тривоги в них відмічався у 34,5 % проти 28,0 % у юнаків відповідно. Більш гармонічною та адаптивною виявилась група дівчат, в них 82,8 % осіб мали низький та середній рівень фрустрації, а група юнаків виявилась менше однорідною, в них переважав низький рівень фрустрації (44,0 % та високий рівень фрустрації 24,0 %). Дівчата та юнаки з високим рівнем фрустрації були нами спрямовані до надання психологічної допомоги до фахівців.

Юнаки за проведеним тестом виявилися практично у двічі агресивнішими за дівчат 48,0 % проти (д) 27,6 %). Низький рівень агресивності мали лише 12,0 % юнаків проти 41,4 % у дівчат.

ВИСНОВКИ

«Панічна атака (ПА) (вегетативний криз) являє собою раптовий для людини, незрозумілий з причин свого виникнення і болісний характер протікання напад інтенсивної тривоги в поєднанні зі страхом». За підсумками чого, надалі, утворюються елементи вторинної симптоматики, які мають соматичний характер

перебігу, що виявляється у вегетативних розладах різного характеру, але завжди психосоматичного генезу.

Етіологія ПА є невизначеною та поєднує в собі як елементи біологічних, так і психічних причин формування. Найбільш поширена точка зору на цю проблематику і на місце психологічного компонента в загальному комплексі – це спроба організму, на основі негативного досвіду минулого, попередити організм про можливу небезпеку. Відповідно, тривожна реакція є наслідком спроби мобілізації організму, покликаного відповісти на зовнішню загрозу для цілісності власного «Я».

Дані статистики говорять про те, що ПА зустрічається у 3%-6% людей, які приходять за первинною медичною допомогою. Найчастіший вік виникнення ПА – це 15-64 роки. Найбільше переважає зустрічання у центрі цієї групи: 25-44 року. Це означає, що ПА схильні переважно люди, що у найбільш соціально і фізіологічно активному віці, який характеризується як «акме»

Слід зазначити, що фармакологічні засоби не дають стійкого та довготривалого ефекту, а часто взагалі не дають жодного ефекту. За даними J. C. Ballenger, R. B. Lydiard, C. D. Brock, W. Brenner та ін. симптоматика у 50% людей, які страждають на ПА, повертається приблизно через півроку, при лікуванні селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну

В даний час ПА є описаними в МКБ-10 і DSM-V, причини неефективності традиційних методів фармакологічного лікування не були достатньо досліджені. Це пов'язано з тим, що симптоматика ПА є вкрай нестабільною та плінною. Клінічні прояви ПА також є поліморфними, що ускладнює їх оцінку.

Слід сказати, що «панічні атаки» формуються не тільки на основі тривожності, проте саме почуття несвідомої тривоги, що, безсумнівно, є однією зі складових психічного розладу.

Специфічність людей, що переживають панічні атаки, знаходить своє відображення у ряді характеристик особистості, пов'язаних з тривогою, фрустрацією, самооцінкою та іншими показниками дослідження особистості. Неадекватність зазначених характеристик, поєднуючись із низкою специфічних переживань, самозвинувачення, аутоагресія, недовірливість, формують передумови у розвитку групи станів «панічна атаки».

Виходячи з історії розвитку та формування наукової думки з цього питання, можна стверджувати, що первинною гіпотезою про утворення ПА був феноменологічний підхід, в рамках якого, З. Фрейд «синдром страху» виділив окрему групу неврозів. Більш глибокі причини формування цього розладу, тим часом, були дуже туманними. З. Фрейд пропонував пов'язувати неврози тривожних станів з важкими переживаннями з дитинства сексуального характеру (можливе дитяче насильство тощо), які формують певну передумову в особистісній структурі людини на формування цієї групи неврозів вже у дорослому віці. Наступним витком розвитку цієї проблеми було перенесення «вини» за виникнення ПА зовнішні чинники, названі «стресом», що відбито у роботах Б. Д. Карвасарського, Ю. А. Олександрівського. Однак згодом О. Вітке

трактував цей синдром як звичайну реакцію страху, яка з'являється у відповідь на зовнішні та внутрішні подразники.

У традиціях вітчизняної медицини та психології прийнято використовувати терміни «вегетативний криз», «симптоадреналовий криз», «кардіоневроз», «ВСД (вегетосудинна дистонія) з кризовим перебігом», «НЦД – нейроциркуляторна дистонія» – всі вони спрямовані на підкреслення ядра розладу, що за медичною традицією перебуває у розладі вегетативної нервової системи та визначається за провідним у комплексі симптомом. Однак у світовій практиці визнаними є терміни «панічна атака» та «панічне розлад».

Необхідно відзначити, що наявність ПА у клієнта зовсім не означає наявність «панічного розладу» та наявність соматичних відхилень у вегетативній нервовій системі. ПА також можуть бути симптомами у складі наступних захворювань: феохромоцитомі, соматоформних дисфункцій, фобій, депресивних розладів, захворювань серця, мітохондріальних захворювань.

Типова симптоматика. ПА включає у свою структуру сильне відчуття страху, тривоги, як правило, не має предметного змісту в об'єктивній дійсності. ПА визнається в тому випадку, якщо внутрішня напруга узгоджується з чотирма або більше симптомами, представленими в списку: «неритмічне серцебиття, прискорене серцебиття, підвищена пітливість, відчуття ознобу, внутрішнього тремтіння, нестачі повітря, поява задишки, посилення тремору, поява дихання, дискомфортні відчуття в області серця, нудота, запаморочення, дискомфорт в області живота, неузгодженість рухової координації, легкість у голові, переднепритомний стан, відчуття оніміння в кінцівках, безсоння, розлад стільця, порушення зору та слуху, відчуття грудки у горлі, судоми ніг та рук». У сфері психіки характерні такі симптоми: дереалізація, деперсоналізація, страх необдуманого і неконтрольованого вчинку, страх збожеволіти, страх смерті, сплутаність думок.

Інтенсивність страху може змінюватись у найширших межах і від конкретної ситуації: від неконтрольованої паніки до відчуття внутрішньої тривожної напруженості, очікування чогось поганого чи небезпечного. Всі ті розлади, які були названі у вітчизняній редакції, відрізняються збідненою психічною симптоматикою та вираженою соматичною. Про такі випадки прийнято говорити як про ПА без відчуття страху та паніки. Такі випадки характерні для неврологічної та психіатричної практики, але не для нормативних клієнтів, які страждають на панічні атаки. Характерною відмітною ознакою соматичних і психічних ПА – це зниження почуття страху при нападах, що повторюються, у разі соматичної природи захворювання.

ПА поділяються на три групи: «спонтанні ПА – не мають видимої причини виникнення та не прив'язані до конкретних об'єктів; ситуаційні ПА – мають своєю точкою відліку психотравматичну ситуацію і надалі наступають при очікуванні повторення даної ситуації або при появі окремих рис, що запам'яталися; умовно-ситуаційні ПА – виникають унаслідок хімічних чи біологічних стимулів, якими виступають алкоголь та інші психоактивні речовини; зміна внутрішнього гормонального фону тощо».

Також, ПА поділяють на типові та атипові – залежно від клінічної картини, проте складність подібного розмежування полягає у вкрай високій варіативності як приватної симптоматики, так і її змін при кожному окремому нападі. Типові варіанти ПА пов'язують із серцево-судинною симптоматикою, яка і є причиною звернення за медичною допомогою та виражається в тахікардії, дискомфорті в грудях та інших скаргах на серцеву діяльність, а вже після проведення медичної діагностики, за відсутності соматичних захворювань у того, хто звернувся, йому рекомендують звернутися до психолога, оскільки передбачувана причина відчуттів має психосоматичний характер. Атиповим ПА властиві судоми у м'язах, розкоординація рухової активності, сенсорні порушення – насамперед слуху та зору – афазія, втрата свідомості, блювання відбуваються раптово. Це також є відмінністю від соматичних захворювань.

1. З метою розкриття поставлених завдань у психодіагностичній частині роботи були використані наступні методи дослідження: теоретичні – аналіз психолого-педагогічних літературних джерел з проблеми дослідження, спостереження, процедури якісної та кількісної обробки даних. Психодіагностичний комплекс склали: тест на самооцінку психічних станів Г. Айзенка; Шкала тривоги Спілбергера (STAI); тест самопочуття, активність, настроїв (САН).

У дослідженні взяло участь 54 особи, з них 29 дівчат та 25 хлопців, у віковій категорії від 18 до 22 років. Відсоткове гендерне співвідношення наступне: дівчата 53,7 % та юнаки 46,3 %. Більшість досліджених осіб з обох груп були у віці 19-20 років (юнаки 56,0 %, дівчата 55,1 % відповідно). Менше за все у вибірці була представлена 18-річна вікова група обстежених юнаків (8,0 %) та 22 річних дівчат (10,4 %).

Проведений тест самооцінки психічних станів Г. Айзенка показав, що частина обстежених мають особистісні ознаки, які потребують психокорекційних заходів.

Дівчата виявилися більш тривожними, з них лише 13,8 % мали низький рівень тривоги та високий рівень тривоги в них відмічався у 34,5 % проти 28,0 % у юнаків відповідно.

Більш гармонічною та адаптивною виявилась група дівчат, в них 82,8 % осіб мали низький та середній рівень фрустрації, а група юнаків виявилась менше однорідною, в них переважав низький рівень фрустрації (44,0 % та високий рівень фрустрації 24,0 %).

Юнаки за проведеним тестом виявилися практично у двічі агресивнішими за дівчат (Г1(ю) 48,0 % проти Г2(д) 27,6 %). Низький рівень агресивності мали лише 12,0 % юнаків проти 41,4 % у дівчат.

Дівчата виявилися менш ригідними за юнаків (низький рівень ригідності у Г1(ю) 36,0 % проти Г2(д) 44,9 %) та високий рівень ригідності у Г1(ю) 44,0 % проти Г2(д) 20,7 %).

Тест тривоги Спілбергера (STAI) підтвердив результати за цим показником отримані у тесті самооцінки психічних станів Г. Айзенка. Практично половина

опитаних осіб з обох груп мали помірний рівень тривоги (загалом 45,8 % сумарно з Г1(ю) та Г2(д)).

Лише чверть з опитаних обох груп виявили низький рівень тривоги (загалом 22,9 % сумарно з Г1(ю) та Г2(д)). Та третина осіб з обох груп мали високий рівень тривоги (загалом 31,3 % сумарно з Г1(ю) та Г2(д)).

За проведеним тестом САН (самопочуття, активність, настрій) було виявлено, вельми широкий розбіг отриманих показників по дослідженим гендерним групам. Слід врахувати, що при проведенні аналізу функціонального стану важливі як значення окремих його показників, так й їх співвідношення, тому ми підійшли індивідуально до кожного конкретного випадку і оцінили його у взаємозв'язку з клінічним інтерв'ю та іншими проведеними методиками за результатами яких особам було рекомендовано звернення за допомогою до фахівців.

В цілому за результатами проведеного дослідження ми бачимо, що частина респондентів потребують тривалої психокорекційної роботи зі спеціалістом, їм рекомендована індивідуальна психотерапевтична та групова робота у спеціалізованих групах психологічної допомоги.

Ефективність консультативно-терапевтичних заходів у рамках роботи з варіантами стану «панічна атака» пов'язана з такими факторами: особистісними особливостями клієнта, зокрема з особливостями самооцінки та самовідношення, рівнем та проявами базової та ситуативної тривожності; суб'єктною особистісною позицією клієнта, зокрема зі ступенем внутрішньої готовності до вирішення проблемної ситуації, наявності особистісного психологічного ресурсу, бажання його активувати, що у свою чергу передбачає достатній ступінь особистісної зрілості та навичку рефлексивного аналізу; вибором елементів психотерапевтичних технік та органічне включення їх у зміст консультативно-терапевтичного процесу.

За знайденими даними, звичайно у рамках консультативної роботи на запит «панічні атаки», з точки зору активації особистісного потенціалу (ресурсу) використання методів класичної психотерапії та інтегративних психотерапевтичних технік у поєднанні з елементами консультативного аналізу дозволяє в короткий термін змінити динаміку розвитку панічних атак. Формування установки використання існуючого особистісного ресурсу, веде до зниження інтенсивності панічних атак, їх тривалості і частоти виникнення, що у кінцевому підсумку забезпечує стійкий психологічний контроль проблемної ситуації.