

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

Допущено до захисту

Завідувач кафедри
д. психол. н., професор Ю. О. Асєєва

(підпис)

«_____» _____ 2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня бакалавр

Зі спеціальності _____ 053 Психологія _____

(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою _____ «Психологія» _____

(назва освітньої програми)

На тему: **«ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНО-ПАНІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД
МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ»**

Виконавець:

студент 4 курсу 41 групи
факультету ФЕУП

_____ Станева Олександра Петрівна
/підпис/

Науковий керівник

д. психол. н., професор кафедри МППП

_____ Асєєва Ю.О.
/підпис/

Одеса 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТРИВОЖНО-ПАНІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ.....	9
1.1. Поняття та класифікація тривожно-панічних розладів.....	9
1.2. Причини, фактори ризику та клінічні прояви тривожно-панічних розладів.....	22
1.3. Вплив тривожно-панічних розладів на психологічні стани і якість життя молоді.....	29
Висновки до першого розділу.....	37
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНО-ПАНІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД МОЛОДІ.....	40
2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження.....	40
2.2. Кількісний та якісний аналіз отриманих результатів.....	46
Висновки до другого розділу.....	55
РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИКА ТРИВОЖНО-ПАНІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ.....	58
3.1. Основні стратегії профілактики тривожно-панічних розладів.....	58
Висновки до третього розділу.....	65
ВИСНОВКИ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	71
СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	78
ДОДАТКИ.....	79

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Дослідження тривожно-панічних розладів серед молодих людей зумовлена їх високою поширеністю та значним впливом на психологічне благополуччя молоді. У сучасному світі, з його прискореним темпом життя, зростаючими соціальними, економічними та культурними змінами, молоді люди стикаються з численними стресовими ситуаціями, які можуть стати причиною розвитку психічних розладів, зокрема тривожних та панічних розладів. Тривожні розлади, що проявляються у вигляді панічних атак, постійного відчуття тривоги та нервозності, серйозно впливають на якість життя молодих людей, порушують їх соціальну адаптацію, академічну та професійну діяльність, а також негативно позначаються на міжособистісних відносинах. Це захворювання, яке характеризується раптовими приступами інтенсивної тривоги, які супроводжуються численними фізіологічними та психологічними симптомами, має величезний вплив на якість життя і соціальну адаптацію молодих людей.

Дослідження тривожно-панічних розладів серед молодих людей мають значний науковий потенціал, що підтверджується працями низки вітчизняних та зарубіжних вчених. Зокрема, І.І. Ярмола досліджував психосоматичні аспекти тривожних розладів та їх взаємозв'язок із соціокультурними чинниками, що впливають на психічну адаптацію молоді. В.Ф. Черняхівський зробив значний внесок у розробку психотерапевтичних методик для лікування тривожних станів серед молоді. Б.Х. Херман акцентував увагу на нейробіологічних аспектах панічних атак, вивчаючи порушення в роботі нервової системи як основні механізми виникнення цих розладів. Дж. Бек, на основі когнітивно-поведінкової терапії, розробив ефективні методи лікування панічних атак, а також визначив роль спотвореного сприйняття реальності у виникненні тривожних розладів. М.С. Селигман, через концепцію навченої безпорадності, вивчав психологічні фактори, що сприяють розвитку панічних розладів, а П. Вілсон, фокусуючись на психофізіологічних аспектах, досліджував реакції нервової системи на стрес як

фактор розвитку тривожних розладів у молоді. Зигмунд Фрейд, основоположник психоаналізу, вивчав психодинамічні аспекти тривожних розладів, вважаючи їх результатом несвідомих конфліктів і репресій. Він також запропонував концепцію «переносу» тривоги з внутрішніх конфліктів на зовнішні об'єкти або ситуації, що може сприяти виникненню панічних атак.

Карл Юнг, один із учнів Фрейда, розвинув ідеї про колективне несвідоме та архетипи, які можуть бути основою для розвитку тривожних станів у молодих людей. К. Юнг підкреслював важливість інтерпретації символічних аспектів тривоги та страху, що можуть виникати через глибокі емоційні конфлікти.

Наразі є багато вчених які вивчають тривожні розлади і вносять багато нових досліджень, наприклад К.В. Аймедов, Ю.О. Асєєва, Д.В. Возний, А.М. Яцишина та інші, досліджували як тривожність може впливати на якість міжособистісних стосунків, зокрема на формування залежних стосунків або виникнення конфліктів та багато інших робіт.

За даними статистики, тривожні розлади часто виникають у підлітковому або ранньому дорослому віці, що робить їх особливо важливими для дослідження в контексті розвитку особистості та психічного здоров'я. Тривожно-панічні розлади не лише впливають на особисте життя молодих людей, але й мають значні соціально-економічні наслідки. Вони можуть призводити до зниження успішності в навчанні, прогулів, проблем з працевлаштуванням, а також до збільшення витрат на медичне обслуговування та психологічну допомогу. Проблема стигматизації психічних розладів, зокрема тривожних, серед молоді залишається актуальною. Багато молодих людей соромляться звертатися за допомогою через страх осуду або нерозуміння з боку оточення. Важливо також, враховувати гендерні відмінності у проявах та поширеності тривожно-панічних розладів. Тому що, дослідження показують, що жінки частіше страждають від цих розладів, ніж чоловіки. Розуміння причин цих відмінностей допомагає розробляти більш ефективні програми допомоги з урахуванням гендерних особливостей.

Сучасні технології, зокрема соціальні мережі та онлайн-платформи, як сприяють поширенню інформації про тривожні розлади та можливості допомоги, так і посилюють тривожність через постійне порівняння себе з іншими, кібербулінг та інші негативні фактори.

То ж, рання діагностика та своєчасне втручання є ключовими факторами успішного лікування тривожно-панічних розладів. Дослідження, спрямовані на розробку ефективних методів ранньої діагностики та профілактики цих розладів серед молоді, мають велике значення для збереження психічного здоров'я майбутнього покоління. За цим можна зазначити, що, ефективне вирішення проблеми тривожно-панічних розладів серед молоді потребує комплексного підходу, який включає не лише медичну та психологічну допомогу, але й соціальну підтримку, освіту та просвіту.

Метою дослідження є вивчення особливостей тривожно-панічних розладів серед молодих людей, включаючи їх поширеність, клінічні прояви, фактори ризику та вплив на якість життя.

Завдання дослідження:

1. Дослідити наукові концепції щодо поняття та класифікації тривожно-панічних розладів
2. Дослідити вплив, причини, фактори ризику та клінічні прояви тривожно-панічних розладів.
3. Визначитись із психодіагностичним інструментарієм та етапами емпіричного дослідження
4. Емпірично дослідити тривожно-панічні розлади серед молоді
5. Оцінити вплив тривожно-панічних розладів на якість життя молоді.
6. Дослідити світовий досвід та можливості імплементації профілактики тривожно-панічних розладів серед молодих людей

Об'єкт дослідження – тривожно-панічні розлади.

Предмет дослідження – вивчення тривожно-панічних розладів серед молодих людей

Методи дослідження – вивчення тривожно-панічних розладів серед молодих людей є важливим та актуальним завданням сучасної психології. Для досягнення мети дослідження, а саме вивчення особливостей тривожно-панічних розладів серед молодих людей, включаючи їх поширеність, клінічні прояви, фактори ризику та вплив на якість життя було застосовано теоретичні методи дослідження: синтез, аналіз дедукцію та індукцію, а також систематизацію.

Для збору емпіричних даних у дослідженні використані наступні методики:

- Особистісна шкала проявів тривоги (Б. Тейлор) – вимірювання рівня особистісної тривожності як стійкої характеристики особистості;
- Шкала тяжкості панічного розладу (PDSS, Panic Disorder Severity Scale) – оцінка тяжкості панічного розладу, частоти та інтенсивності панічних атак, наявності агорафобії та інших симптомів;
- Симптоматичний опитувальник SCL-90-R – виявлення та оцінка широкого спектру психологічних симптомів, включаючи тривожність, депресію, соматизацію, obsесивно-компульсивні прояви та інші.

Для якісного та кількісного аналізу отриманих даних були використанні статистично-математичні методи дослідження.

Вибірка. У дослідженні прийняло участь 67 осіб віком від 17 до 24 роки, яких було розподілене на основну групу юнаків (ОГ1) кількістю 28 осіб, та основну групу дівчат (ОГ2) кількістю 39 осіб.

Аналіз наукових досліджень та публікацій: психоаналітичний підхід – З. Фрейд, К.Г. Юнг; психосоматичні аспекти тривожних розладів досліджувалось в роботах І.І. Ярмола; нейробіологічні аспектах панічних атак – П. Вілсон Б.Х. Херман; особливості психотерапії тривожно-панічних розладів досліджено в роботах Дж. Бек, М.С. Селигман, В.Ф. Черняхівський; сучасні аспекти тривожно-панічних розладів розглядаються в роботах С.В. Абрамова, К.В. Аймедова, Ю.О. Асєєвої, Д.В. Возного, Л.В. Сохань, С.Д. Максименко, О.Я. Цигипа, А.М. Яцишиної та інших.

Теоретична значимість дослідження полягає в застосуванні комплексного підходу до вивчення тривожно-панічних розладів серед молодих людей, що включає інтеграцію різноманітних психологічних методик, які дозволяють здійснювати мультидисциплінарне дослідження причин, факторів ризику та проявів цього розладу.

Комплексний аналіз дає змогу більш глибоко дослідити взаємозв'язок між індивідуально-психологічними особливостями особистості, соціальними умовами розвитку, стилями реагування на стрес та рівнем емоційної регуляції. Особлива увага приділяється віковій специфіці молоді як соціально-вразливої групи, яка перебуває на етапі активного особистісного та професійного самовизначення, що часто супроводжується високим рівнем тривожності, невизначеності та психоемоційного напруження.

Теоретична значущість також полягає у поглибленні розуміння феноменології тривожно-панічних розладів з урахуванням сучасних уявлень когнітивно-поведінкової, психодинамічної та гуманістичної психології, що дозволяє формувати обґрунтовані стратегії психологічної допомоги.

Отримані результати можуть бути використані для подальшого розвитку теоретичних моделей тривожних розладів у молоді, зокрема в аспекті їхньої диференціації, ранньої діагностики та профілактики, що підвищує практичну цінність теоретичних напрацювань.

Практична значущість дослідження полягає в його спрямованості на вивчення тривожно-панічних розладів серед молодих людей, що є важливою проблемою психічного здоров'я в сучасному суспільстві. Вивчення причин та факторів ризику розвитку тривожно-панічних розладів дозволяє краще розуміти механізми їхнього виникнення і запобігання.

Важливим результатом дослідження є розробка профілактичних заходів, які можуть бути застосовані в освітніх установах, психосоціальних службах або спеціалізованих медичних центрах для зниження ризику розвитку тривожних розладів серед молоді. Здобуті результати можуть бути корисними для педагогів,

викладачів та психологів у навчальних закладах важливо розуміти вплив тривожно-панічних розладів на психічний та емоційний стан студентів та учнів.

Апробація результатів роботи

Асєєва Ю. О., Станева О. П. Тривожно-панічні розлади етіологія, чинники та моделі. Мат. XXIII Міжнародної науковопрактичної конференції *«Наукові проблеми господарювання на макро-, мезо- та мікроекономічному рівнях»*. (24-25 квітня 2025 р., м. Одеса)

Структура роботи. Кваліфікаційна бакалаврська робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку умовних скорочень, списку використаних джерел та додатків. Зміст роботи викладено на 93 сторінках машинописного тексту, ілюстровано 3 таблицями та 3 малюнками. Список літератури включає 83 джерело.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТРИВОЖНО-ПАНІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ

1.1. Поняття та класифікація тривожно-панічних розладів

У сучасних реаліях молодь зіштовхується зі значними труднощами та викликами, які можуть спричинити розвиток тривожних розладів. Такі розлади здатні негативно впливати на фізичне та психічне здоров'я молодих людей, а також порушувати їхнє соціальне життя та навчальний процес. У зв'язку з цим надання психологічної допомоги молоді з тривожними розладами є вкрай важливим завданням сучасної психології.

Тривожність є природною реакцією на стрес, але коли вона набуває хронічного характеру та заважає нормальному функціонуванню, це свідчить про розвиток тривожних розладів. Такі розлади можуть проявлятися у формі панічних атак, соціальної тривожності, генералізованої тривожності тощо. Щоб допомогти молоді подолати ці труднощі та покращити якість їхнього життя, необхідно застосовувати дієві методи та підходи в психологічній підтримці.

Головною метою психологічної допомоги молоді з тривожними розладами є зниження рівня тривожності, формування ефективних копінг-стратегій і зміцнення самоприйняття. Для досягнення цієї мети використовуються різноманітні методи, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, медитація, техніки релаксації та інші. Водночас важливо враховувати індивідуальні особливості кожної людини, обираючи відповідні методи та підходи до психологічної підтримки.

Поняття «тривожність» використовується для позначення комплексу відносно стійких особистісних характеристик, які можуть спричиняти схильність до тривожних станів. У наукових дослідженнях чітко розрізняються тривожність як риса особистості та тривога як тимчасовий стан, хоча деякі дослідники досі вважають ці поняття тотожними [8,11, 13, 31, 46, 53].

Один з таких науковців є Ганс Айзенк, який у своїх роботах неодноразово порушував питання тривожності. Г. Айзенк вважав, що тривожність є стабільною рисою особистості і має біологічну основу, а також тісно пов'язана з тим, що він називав «нейротизмом» – однією з основних рис темпераменту. Він не завжди робив чітке розмежування між тривогою як станом і тривожністю як властивістю, вважаючи, що високий рівень тривожності особистості буде більшою мірою вказувати на схильність до стресових реакцій [18, 34, 38? 44, 50].

Інші дослідники, такі як Р. Лазарус і С. Фолкман, також досліджували тривожність у контексті стресу і емоційних станів, інтерпретуючи тривогу як взаємодію між постійними рисами особистості та поточними умовами життя. Проте їхні підходи дозволяють побачити деяке «перетікання» між тривожністю як стійкою рисою та тривогою як моментним станом, залежно від ситуації [22].

В контексті стійкої тривожності можна говорити про невротизм – схильність до постійного відчуття тривоги через сприйняття світу як небезпечного та незахищеного. Людина з високою рівнем тривожності може часто переживати ситуації як загрози, навіть коли ці ситуації не є об'єктивно небезпечними. Коли людина переживає специфічну стресову ситуацію (наприклад, перед важливим іспитом чи виступом), тривога може виникати як тимчасова реакція на оцінку загрози або невизначеності ситуації. У таких випадках, тривога є частиною емоційної адаптації до конкретної ситуації, і вона може зникнути після її подолання.

Проте є й інші вчені, які чітко розмежовують ці поняття, наприклад, Е.М. Мельников і І.В. Дубровіна, які акцентують на тому, що тривожність є більш стабільною характеристикою особистості, тоді як тривога – це ситуативний емоційний стан, що змінюється залежно від конкретних обставин. Цей підхід дозволяє чітко виокремити два рівні переживань: стабільний, стійкий рівень особистості (тривожність), який формується через сприйняття світу як потенційно небезпечного, та більш плинний і ситуативний рівень переживань (тривога), що виникає в контексті конкретних стресових ситуацій [27].

Е.М. Мельников і І.В. Дубровіна підкреслюють, що вивчення тривожності як рис характеру є важливим для розуміння схильності до психічних розладів, таких як тривожні розлади, депресія чи панічні атаки. Високий рівень тривожності може бути передумовою розвитку різних форм психопатології, тому вивчення цієї стабільної характеристики може допомогти в діагностиці та профілактиці психологічних проблем у майбутньому. Наприклад, люди з високою тривожністю можуть мати більшу ймовірність розвитку стресових реакцій або бути схильними до частих переживань тривоги, що, в свою чергу, може спричинити порушення їхнього емоційного стану і поведінки [27].

З іншого боку, вивчення тривоги як стану, який є короточасним і залежить від конкретної ситуації, дозволяє краще зрозуміти, як люди реагують на стресори у їхньому житті. Важливою є також різниця в тому, як різні люди реагують на однакові стресові фактори: для когось певна ситуація може бути джерелом помірного дискомфорту, а для іншого – спричиняти сильну тривогу або навіть паніку. Це можна пояснити не тільки через рівень тривожності як особистісної характеристики, а й через стратегії подолання стресу, здатність особистості адаптуватися до непередбачуваних ситуацій або отримати допомогу від соціального оточення.

Таке розмежування між тривожністю та тривогою допомагає краще зрозуміти, як психологічні стани можуть варіюватися залежно від особистісних рис та впливу зовнішнього середовища. Наприклад, людина з високим рівнем тривожності може частіше відчувати тривогу, навіть у ситуаціях, що для інших є менш загрозливими. Тим часом людина з низьким рівнем тривожності може зберігати спокій в умовах, які для більшості викликають стрес або тривогу.

Починаючи з XIX століття, проблема тривожності стала об'єктом активного вивчення та опису в роботах багатьох психологів. Представник екзистенційного напрямку К'єркегор пов'язував тривогу з поняттям свободи та вибору. На його думку, «можливості ведуть нас у невідоме, викликаючи тим самим відчуття тривоги». Думка Сьорена К'єркегора про тривогу є однією з найбільш впливових у психології, особливо в контексті екзистенціалізму. Його

погляди на тривогу не просто обмежуються описом психічного стану, але також мають глибоке філософське значення [83].

С. К'єркегор розглядав тривогу як невід'ємну частину людського існування. Він вважав, що тривога є природною реакцією на усвідомлення власної свободи. Свобода, з його точки зору, означає можливість вибору, що в свою чергу викликає почуття невизначеності та страху. У момент, коли людина стикається з можливістю вибору або новими варіантами майбутнього, вона може відчувати тривогу через невідомість того, що на неї чекає [83].

К'єркегор вважав, що тривога виникає, коли людина усвідомлює свою здатність створювати можливості, але одночасно це усвідомлення приносить відчуття страху перед невідомим, перед тим, що ці можливості можуть привести до неочікуваних або незвичних наслідків. Така тривога, на думку філософа, може бути навіть конструктивною, оскільки вона змушує людину розмірковувати про своє існування і приймати відповідальність за свої вибори [82].

Тривога у К'єркегора – це, по суті, переживання людської свободи і можливості, яке відображає наші внутрішні конфлікти й страхи, але разом із тим відкриває шлях до самопізнання та особистісного розвитку [83].

Деякі терапевти продовжували розвивати психоаналіз, спираючись на ідеї З.Фрейда, але водночас доповнювали їх новими аспектами. Особливо значущими є підходи, які розглядають проблему тривоги в соціально-психологічному контексті. Згідно з цими поглядами, тривога виникає через порушення міжособистісних стосунків. Цю думку поділяють такі різні психотерапевти, як Карен Хорні, Еріх Фромм і Гаррі Стак Салліван [4].

Карен Хорні у своїх працях зазначала, що не всі люди усвідомлюють власну тривогу. Деякі здатні чітко розпізнавати це почуття, яке може проявлятися по-різному: як невизначена тривога, панічний страх або як реакція на конкретні ситуації, наприклад, страх висоти чи публічних виступів. Тривога також може мати змістовне наповнення, наприклад, страх збожеволіти, захворіти на рак чи випадково проковтнути голку. Інші люди усвідомлюють, що час від часу відчують тривогу, але не надають цьому особливого значення. Водночас вони

можуть усвідомлювати депресію чи відчуття неповноцінності, але не пов'язують це з тривожними переживаннями. Однак детальніші дослідження часто виявляють неточність початкових уявлень цих людей про свої емоційні стани [4].

Ролло Мей, теоретик екзистенційної психології, описував тривогу як «суб'єктивний стан людини, яка усвідомлює можливість знищення свого існування чи перетворення на ніщо». Тривога виникає тоді, коли ми розуміємо, що наше існування або цінності, з якими ми себе ототожнюємо, можуть зазнати руйнування. У своїх пізніших працях Р. Мей визначав тривогу як відчуття загрози важливим для людини цінностям. Він підкреслював, що тривога – це «побоювання, викликане загрозою тим цінностям, які людина вважає необхідними для свого існування як особистості» [75].

Цікавий підхід до розуміння тривоги, який подають П. Федоренко та І. Качай. Вони підкреслюють, що тривога часто є результатом катастрофічного мислення, тобто схильності до уявлень про майбутнє в найгірших можливих варіантах. Таке мислення зумовлює непотрібне переживання і емоційну напругу, оскільки людина починає передбачати небезпеку, навіть коли реальний ризик може бути мінімальним [51].

Біхевіористи розглядають тривогу як умовну реакцію. Тривожні розлади з'являються тоді, коли у нас формується (часто несвідомо) страх перед об'єктивно безпечними об'єктами та явищами або надмірний страх перед незначною загрозою. Емпіричний підхід, подібно до психоаналітичного, надає великого значення природі та змісту тривоги, вбачаючи в них ключ до прихованих психологічних травм або відчуття безглуздості власного життя.

Тобто, тривожно-панічні розлади являють собою групу психічних розладів, що характеризуються наявністю систематичних або епізодичних проявів вираженої тривоги, панічних атак, а також стійких переживань невизначеності та страху. Вони здатні істотно порушувати емоційне та психосоціальне функціонування індивіда, спричиняючи значний дистрес і зниження якості життя. Ці розлади мають високий рівень поширеності серед різних вікових

категорій, зокрема серед молодих людей, і можуть мати як тимчасові, так і хронічні прояви, що варіюються за інтенсивністю та тривалістю.

Можна розглянути це все, ще з клінічної точки зору, тривожно-панічні розлади відзначаються наявністю як психологічних, так і соматичних симптомів, що включають, зокрема, раптові напади паніки, супроводжувані сильними фізіологічними реакціями (підвищене серцебиття, пітливість, тремор, задишка), а також стійкі відчуття тривоги і страху, що виникають навіть без конкретних об'єктивних загроз. Крім того, для даної групи розладів характерно наявність негативних когнітивних патернів, таких як катастрофізація, перебільшення ймовірності небезпеки та занижена оцінка власних можливостей з подолання потенційних труднощів [11, 20, 35, 45, 47, 60, 64].

Тривожно-панічні розлади мають множинні етіологічні чинники, включаючи генетичні, біологічні, психологічні та соціокультурні аспекти. Вони можуть бути пов'язані з дисбалансами нейромедіаторів, порушеннями в системах стресу та емоційної регуляції, а також результатом тривалого впливу стресових факторів або травматичних подій.

Класифікація тривожно-панічних розладів є важливим етапом для точного діагностування та подальшого лікування пацієнтів. Однією з основних класифікацій є МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб, 10-й перегляд), яка включає детальну категоризацію тривожно-панічних розладів на основі симптоматики та патогенетичних механізмів. Згідно з цією класифікацією, тривожно-панічні розлади зазвичай групуються в декілька основних категорій.

Панічний розлад (F41.0) – характеризується повторюваними епізодами панічних атак, що супроводжуються вираженими фізіологічними та емоційними симптомами. Найбільшу увагу панічним розладам приділяли такі видатні представники психоаналітичної теорії, як Зигмунд Фрейд та Карл Юнг, які акцентували увагу на психічних конфліктах, що виникають між свідомими та несвідомими процесами особистості. Згідно з їх підходами, панічні атаки можуть бути проявом глибинних внутрішніх суперечностей, зокрема через репресію емоцій, агресії або непереборних страхів, що виникають у процесі розвитку

особистості. Водночас, психіатрія вивчає біологічні фактори, зокрема нейрохімічні порушення в роботі мозкових структур та дисбаланс нейротрансмітерів, що також можуть сприяти розвитку панічних атак. Напади паніки виникають раптово, часто без очевидних зовнішніх причин, і досягають піку через кілька хвилин. Клінічно панічний напад включає: фізіологічні симптоми: прискорене серцебиття, тремор, задишка, пітливість, запаморочення, відчуття нудоти або болі в грудях та емоційні симптоми: сильний страх смерті або втрати контролю, відчуття нереальності навколишнього світу [4, 11, 20, 35, 45, 47, 60, 64, 77].

Цей розлад може бути діагностований у випадку, коли напади паніки виникають без очевидних провокуючих факторів, а також коли такі напади значно порушують соціальне та професійне функціонування особи.

Агрофобія (F40.0) – визначається як страх перед відкритими просторами або місцями, де людина може відчути себе безпорадною, і не зможе отримати допомогу в разі панічної атаки. Вона часто розвивається внаслідок панічного розладу, коли людина, яка переживає панічні напади, починає уникати ситуацій, що можуть викликати страх або стрес. Основні теоретики, що сприяли розвитку розуміння та лікування агрофобії Джудіт Бек та Френсіс Салфорд [45, 59, 60, 69, 77].

Джудіт Бек, одна з основоположників когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), розглядає фобічні розлади, зокрема агрофобію, через призму катастрофічного мислення і когнітивних спотворень, що виникають у пацієнтів з тривожними розладами. Вона підкреслює, що агрофобія часто є результатом недооцінки реальних можливостей пацієнта подолати стресову ситуацію та перебільшення ймовірності негативних наслідків в конкретних умовах. У своїх працях Джудіт Бек зазначає, що люди з агрофобією схильні до катастрофізації, коли вони переконані, що перебування в людних місцях або на відкритому просторі неминуче призведе до панічної атаки або інсульту, навіть якщо об'єктивно загрози не існує. Вона вважає, що лікування агрофобії вимагає використання методів когнітивної реструктуризації та технік експозиції, які

дозволяють пацієнтові поступово занурюватися в ті ситуації, які викликають тривогу, з метою зменшення емоційної реакції і навчання пацієнта справлятися з відчуттям тривоги та страху [59, 68].

Основні характеристики агрофобії: відчуття страху в ситуаціях, де неможливо швидко отримати допомогу (публічні місця, транспорт, великі скупчення людей) та уникання соціальних взаємодій та місць, де може виникнути панічна атака. Френсіс Салфорд, представник поведінкової терапії, акцентував увагу на поведінкових аспектах агрофобії, зокрема на значенні умовно-рефлекторних реакцій і уникання ситуацій, що провокують панічні атаки. Він зазначав, що люди з агрофобією часто розвивають стратегії уникнення, які можуть посилювати та підтримувати страхи. Наприклад, якщо пацієнт відчуває тривогу в людному місці, він може почати уникати таких місць, що з часом призводить до ще більшого обмеження його соціальної діяльності і поглиблення фобії [10, 16, 20, 30, 45, 59, 68].

Ф. Салфорд пропонував експозиційну терапію, в основі якої лежить поступове звикання до ситуацій, що викликають страх. Цей метод включає в себе покрокову експозицію до реальних або уявних ситуацій, що викликають тривогу, з метою зменшення інтенсивності страху через активне залучення до ситуації, а не уникання її. У цьому контексті Ф. Салфорд підкреслював важливість контрольованої і поступової експозиції, що дозволяє пацієнту змінити своє ставлення до стресових ситуацій і знизити рівень тривоги [10, 16, 20, 30, 45, 59, 68].

Можна також виділити специфічні фобії (F40.8) – вони характеризуються ірраціональним і стійким страхом перед конкретними об'єктами чи ситуаціями. У рамках психоаналізу специфічні фобії розглядаються як наслідок несвідомих конфліктів. З. Фрейд вважав, що фобії виникають у результаті репресії або пригнічення неприємних емоцій і переживань, які не можуть бути свідомо усвідомлені. Ці емоції часто пов'язані з раннім досвідом і дитячими травмами. Наприклад, страх перед певними об'єктами, такими як тварини або темрява, може бути символічним вираженням більш глибоких внутрішніх переживань,

що несвідомо пов'язані з певними емоційними травмами. Згідно з психоаналітичним підходом, фобії є перенесенням внутрішніх конфліктів на конкретні об'єкти або ситуації, що в результаті стають джерелом страху. Це можуть бути страхи перед тваринами (наприклад, павуками, собаками), природними явищами (гроза, висота), а також соціальними ситуаціями (наприклад, страх перед публічними виступами або знайомствами) [4, 10, 16, 68].

А от біхевіоризм, який найбільше розвивався під впливом таких теоретиків, як Джон Уотсон, пояснює специфічні фобії через умовні рефлекси. Дж. Уатсон припускав, що фобії можуть розвиватися через умовлену реакцію, коли певний об'єкт або ситуація, спочатку нейтральна, починає викликати страх внаслідок асоціації з іншими неприємними переживаннями. Класичний експеримент з «Маленьким Альбертом», де дитині було показано білого щура, який асоціювався з гучним звуком, продемонстрував, як страх може бути навчений через сполучення нейтрального стимулу з негативним переживанням. Таким чином, біхевіористичний підхід стверджує, що специфічні фобії можуть бути результатом умовності, а процеси експозиції та поступового звикання допомагають зменшити страхи [50, 59, 68].

Багато молодих людей стикаються з соціальним фобійний розладом (F40.1) або соціальною тривожністю, вона характеризується вираженням страхом перед оцінкою з боку інших людей або страхом осуду в соціальних ситуаціях. Основні симптоми цього розладу включають: постійне занепокоєння через можливість зробити помилку в присутності інших; страх перед публічними виступами, спілкуванням з незнайомими людьми або участю в соціальних заходах; підвищене занепокоєння щодо зовнішнього вигляду, поведінки та можливих негативних оцінок від інших. Соціальна тривожність може суттєво обмежити соціальну активність та ускладнити міжособистісні взаємини [25, 46, 63, 67].

Підходи до розуміння соціальної фобії у науковців мають певні відмінності. Зокрема, Веллз і Кларк розробили свою когнітивну модель пояснення соціальної тривожності на основі власних досліджень. Відповідно до цієї моделі, люди з соціальною фобією прагнуть справити позитивне враження

на оточуючих, але відчують невпевненість у своїй здатності це зробити. Це почуття невпевненості зазвичай виникає через викривлені переконання щодо себе, наприклад: «Я нудний», «Я некомпетентний», «Я виглядаю дивно» тощо. Такі переконання також можуть виражатися у негативних припущеннях стосовно інших або себе [25, 46, 63, 67].

Через ці негативні уявлення про себе та вимоги до поведінки в соціальних ситуаціях виникає відчуття тривоги. Згідно з цією моделлю, людина більше зосереджується на собі та власних фізичних відчуттях, ігноруючи зміст розмови та поведінку інших. Хоча логічно було б очікувати протилежного, у соціальних ситуаціях людина починає відчувати тривогу, що спричиняє неприємні фізичні симптоми. Це заважає їй сконцентрувати увагу на оточенні, змушуючи ще більше заглиблюватись у власні переживання. У результаті людина не помічає важливих соціальних сигналів, таких як кивання на знак згоди чи інші прояви симпатії.

Негативні переконання можуть також провокувати специфічну поведінку в стресових ситуаціях, яку Веллз і Кларк назвали «захисною». Така поведінка спрямована на те, щоб, на думку людини, запобігти можливій катастрофі, якої вона боїться [25, 46, 63, 67].

Ще однією розповсюдженою стратегією серед людей із соціальною фобією є уникання стресових ситуацій. Однак і уникання, і захисна поведінка можуть призводити до нових проблем. Захисна поведінка часто посилює фізичні симптоми, яких людина прагне уникнути. Наприклад, якщо надіти жакет, щоб приховати пітливість, це може призвести до ще більшого перегріву та посилення потовиділення. Також, коли людина постійно обдумує свої відповіді під час розмови, це розсіює увагу і заважає повністю зосередитись на співрозмовнику.

Іншою проблемою захисної та уникаючої поведінки є те, що вона заважає усвідомити, що негативні наслідки зазвичай не настають. Наприклад, уникаючи публічних виступів, людина втрачає можливість дізнатися, що вона може бути хорошим оратором, а реакція слухачів може бути не такою критичною, як очікувалося. Захисна поведінка також створює ілюзію контролю над ситуацією, оскільки людина пояснює відсутність негативних подій своєю здатністю їх

уникати («Цього не сталося, бо я використав захисну стратегію»). Веллз і Кларк зазначають ще одну проблему: така копінг-стратегія заважає людині чітко передавати свої думки, що може мати серйозніші наслідки, ніж сам страх. Останній аспект їхньої моделі вказує на те, що негативні переконання та очікування формуються не під час самої події, а заздалегідь («попереджувальне опрацювання»). Людина може згадувати невдалий досвід у минулому та передбачати найгірші сценарії майбутнього. Це призводить до надмірного зосередження на собі, негативного сприйняття ситуації або повного уникнення події. Після завершення ситуації людина може не помітити нейтральних або навіть позитивних аспектів [25, 46, 63, 67].

П.М. Гемберг та Т.Е. Рейпі запропонували когнітивно-поведінкову модель соціальної тривоги, яка має спільні риси з попередньою концепцією. Обидві моделі стверджують, що люди з соціальною фобією мають негативні переконання та очікують негативних наслідків у стресових для них ситуаціях. Вони сприймають критику чи негативну оцінку оточення як «катастрофу», що призводить до негативних наслідків. Обидві моделі також вказують на те, що уникаюча та захисна поведінка лише посилюють проблему, навіть якщо ситуація дійсно викликає стрес. П.М. Гемберг та Т.Е. Рейпі зазначають, що почуття загрози у таких людей виникає лише за наявності «аудиторії» – тобто будь-яких осіб, які можуть спостерігати за ними. Якщо ж ніхто не стежить за їхніми діями, тривога зазвичай не виникає [82].

Оскільки в соціальних ситуаціях зазвичай присутні інші люди (наприклад, перехожі на вулиці, покупці в магазині, пасажери в транспорті), для осіб із соціальною фобією багато таких ситуацій можуть викликати тривогу. Через хвилювання щодо оцінки з боку оточуючих людина починає уявляти, яке враження вона справить і як буде виглядати в цих обставинах. На формування цього уявного образу впливають попередній соціальний досвід, фізіологічні реакції, які виникали раніше, а також спогади про себе.

Попередня модель теж розглядала уявлення про себе та вплив фізіологічних симптомів на образ, але з дещо іншої перспективи. Е. Веллз і

Д.М. Кларк вважали, що людина сприймає себе так, ніби бачить власний образ на екрані телевізора, а не як внутрішню уяву. Часто цей образ буває спотвореним. Особа із соціальною фобією схильна оцінювати свій виступ гірше, ніж він був насправді. Дослідження показують, що виступи людей із соціальним тривожним розладом не відрізняються від виступів тих, хто не відчуває тривоги. Однак в інших дослідженнях виявлено, що у таких людей (а також у дітей) можуть бути певні недоліки під час виступів [84].

Обидві моделі погоджуються, що зворотний зв'язок може стати пасткою, яка зміцнює переконання про себе і посилює тривогу. Наприклад, якщо людина вважає себе незграбною і неспроможною підтримати розмову, вона буде відчувати тривогу перед аудиторією. Це хвилювання підсилить фізіологічні реакції, що лише зміцнить її переконання в тому, що вона виглядає незграбною та тривожною. У результаті людина намагатиметься уникати подібних ситуацій або швидко залишати їх.

Розглянемо ще генералізований тривожний розлад (F41.1) – (ГТР) – який характеризується постійною, надмірною тривогою, що охоплює багато аспектів життя. Це не обов'язково пов'язано з конкретними ситуаціями чи об'єктами, але може стосуватися будь-якої життєвої ситуації, зокрема роботи, здоров'я, сімейних відносин. Пацієнти з ГТР постійно переживають, навіть якщо зовнішні обставини не вимагають такої напруги. Клінічно це проявляється через: хронічну тривогу, без реальної загрози; порушення сну, дратівливість, втому та фізичні симптоми (наприклад, головні болі або біль у животі) [5, 31, 45, 47, 58].

Генералізований тривожний розлад, як клінічне явище, був відомий ще в середині XX століття, хоча його чітке визначення і систематизація відбулися пізніше в рамках психіатрії. ГТР в сучасному розумінні був сформульований і вперше детально описаний в роботах дослідників і клініцистів у середині XX століття, зокрема через зусилля таких вчених, як Ганс Сельє (зі своїми дослідженнями стресу) та Гаррі Стак Салліван, який вивчав роль міжособистісних відносин в розвитку тривожних розладів [5, 31, 45, 47, 58].

Однак варто зазначити, що генералізований тривожний розлад як самостійний діагноз був формалізований лише в DSM-III (1980), який є однією з основних систем класифікації психічних розладів, що затвердив ГТР як окремий діагноз. Серед основних авторів, що сприяли класифікації цього розладу, були психіатри та дослідники, такі як Майкл Лернер, Генрі Вулф та інші, хто активно досліджував хронічні форми тривоги і підходи до їх лікування [5, 31, 45, 47, 58, 74, 79].

Ще ми можемо виділити стресовий розлад (F43.0-F43.1) – це тривожні реакції, які можуть також виникати в результаті сильно травматичних або стресових подій, таких як втрата близької людини, катастрофи, аварії чи бойові дії. Вони можуть проявлятися у вигляді посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або гострого стресового розладу (ГСР), що супроводжується панічними атаками, тривогою, кошмарами та іншими симптомами, пов'язаними з травмою.

Г. Сельє перший описав так звану генералізовану адаптаційну реакцію (ГАР), яка є відповіддю організму на стрес і включає три етапи: попередню реакцію (тривога), стадію опору та стадію виснаження. Його робота заклала основи для розуміння того, як стрес може впливати на психічне та фізичне здоров'я людини, а пізніше це стало основою для розвитку досліджень стресових розладів. У 1970-х роках дослідження стресових реакцій було значно розширене, зокрема, через роботу Терези Ліндсей, яка вивчала гострі стресові розлади (F43.0). Вона звернула увагу на те, що інтенсивні стресові події, такі як травми або надзвичайні ситуації, можуть призводити до короточасних розладів психічного стану, що вимагають спеціалізованого лікування та підтримки. Ліндсей розробила методи психологічної реабілітації для осіб, які пережили сильний стрес і потребували допомоги в адаптації до нових умов [5, 31, 38, 45, 47, 58, 73, 79].

Великий внесок у розвиток теорії посттравматичного стресового розладу (ПТСР) також зробив Френсіс Шнейдер. Він досліджував, як серйозні травматичні події, такі як військові конфлікти або катастрофи, можуть спричиняти стійкі психічні розлади. Шнейдер акцентував увагу на

довгострокових наслідках травматичних подій, зокрема на синдромі ПТСР, який характеризується яскравими спогадами про пережиту травму, тривожністю, порушеннями сну та соціальною ізоляцією. Його дослідження стали важливим етапом у розвитку діагностики та лікування ПТСР.

Узагальнюючи викладений матеріал, можна стверджувати, що тривожно-панічні розлади є складним та багаторівневим психічним феноменом, що охоплює широкий спектр проявів — від генералізованої тривоги до соціальної фобії, панічних атак, агрофобії, специфічних фобій і стресових розладів. Вони поєднують у собі як психологічні, так і соматичні симптоми, що ускладнює діагностику й потребує диференційованого клінічного підходу. Особливу актуальність вивчення цих розладів набуває в контексті психічного здоров'я молоді, яка є особливо вразливою до стресу, соціального тиску, екзистенційної невизначеності й глобальних потрясінь.

1.2. Причини, фактори ризику та клінічні прояви тривожно-панічних розладів

Існує кілька видів тривожних розладів (ТР), включаючи генералізовану тривогу (GRT), панічний розлад та розлади, пов'язані з фобією. Хоча точна причина цих психічних розладів невідома, вважається, що кілька факторів ризику, таких як спадкова схильність, анатомічні характеристики мозку та стресовий життєвий досвід, відіграють велику роль у патогенезі ТР. Ці фактори можуть відрізнятися для кожного типу тривожного розладу. Цікавий факт довела вчена, Елізабет Кублер-Росс, швейцарсько-американський психіатр. Вона є однією з найвідоміших постатей у вивченні емоційних реакцій людей у моменти тяжких втрат, особливо смерті. Вона являється автором всесвітньо відомої моделі п'яти етапів, яку вона сформулювала після багатьох років досліджень та інтерв'ю з пацієнтами, які перебували на межі життя і смерті [72].

Її основна праця, книга «Про смерть і вмирання» (1969), змінює погляд на процес переживання втрати та підкреслює важливість психологічної підтримки

в ці критичні моменти. Кублер-Росс розробила модель, в якій описала п'ять етапів, через які проходять люди, що стикаються з неминучою смертю або значними життєвими змінами, такими як втрата близької людини, розрив стосунків або інші серйозні втрати [72].

1. Заперечення. На першому етапі людина може не вірити в те, що з нею сталося, або що вона перебуває у процесі переживання втрати. Заперечення – це своєрідний захисний механізм, який дозволяє людині уникати шоку та болю від реальності. Це може проявлятися у вигляді фраз на кшталт «Це неможливо» або «Це помилка».

2. Гнів. Коли заперечення більше не працює, настає гнів. Людина може відчувати злість на себе, на близьких, на Бога або навіть на тих, хто її залишив. Цей етап часто супроводжується обуренням і неприязню, а іноді й агресивними реакціями.

3. Торг. Наступний етап – торг, коли людина намагається знайти спосіб уникнути втрати. Вона може почати уявляти собі «якщо я тільки...», наприклад, «якщо я тільки зміг би змінити свою поведінку, я б врятував цю людину». Це є спробою «заплатити» за свою проблему, зберігаючи надію на зміни в майбутньому.

4. Депресія. На четвертому етапі, коли реальність стає неминучою, людина може відчувати глибоке сумління, втрату сенсу, депресивні настрої та страх перед майбутнім. Людина може відчувати глибокий сум, печаль або безнадійність. Цей етап зазвичай відображає усвідомлення втрати і її незворотності.

5. Прийняття. Останній етап – прийняття, коли людина змиряється з ситуацією і розуміє, що вона не може змінити те, що сталося. Це не означає радість, але передбачає готовність до майбутнього без улюбленої людини чи до розв'язання проблеми, що виникла. Людина відчуває спокій і внутрішню гармонію, приймаючи свою нову реальність.

Теорія Елізабет Кублер-Росс має важливе значення не тільки для розуміння процесу смерті, а й для глибшого аналізу тривожних розладів та панічних атак, оскільки багато емоційних реакцій, спричинених втратами, можуть провокувати

або посилювати симптоми тривоги. Тривога, особливо панічні атаки, часто пов'язані з емоційними переживаннями, які виникають унаслідок стресових ситуацій, змін або травм [72].

Втрата близької людини, розлучення, втрата роботи або зміни в житті можуть викликати глибокі емоційні реакції, які без належної підтримки можуть перерости в тривожно-панічні розлади. Як зазначала Кублер-Росс, на етапі депресії людина може відчувати глибоке розчарування і безпорадність, що є складовою частиною багатьох тривожних розладів. А після цього, на етапі прийняття, відбувається певне відновлення психічного здоров'я, коли людина розуміє та приймає свою нову реальність [72].

Дослідження Кублер-Росс дозволяє краще зрозуміти, як емоційні стани, які виникають після втрат або серйозних життєвих змін, можуть стати передумовою для розвитку тривожно-панічних розладів. Вона також наголошує на важливості психологічної підтримки на кожному з етапів переживання втрати. Це включає допомогу не тільки людям, які втратили близьких, а й тим, хто стикається з іншими життєвими труднощами, що можуть призвести до тривоги та стресу.

Якщо брати загальні фактори ризику розвитку ТПР, то це психічне захворювання визначають, як:

1. Стресові події та негативний життєвий досвід. Психічне захворювання може виникати внаслідок впливу стресових ситуацій або несприятливих умов навколишнього середовища в ранньому дитинстві або в дорослому віці. Дослідження у сфері психічного здоров'я показали, що дитячі психологічні травми можуть підвищувати ймовірність виникнення тривожно-панічних розладів. До таких травм належать фізичне чи емоційне насильство, нехтування потребами дитини, втрата близької людини (наприклад, одного з батьків), емоційна холодність зі сторони близьких, розлучення батьків або самотність [9, 11, 17].

2. Індивідуальні риси характеру, зокрема схильність до сором'язливості або інгібування поведінки в дитячому віці. Діти з інгібованою поведінкою часто виявляють сором'язливість, настороженість і намагаються уникати ситуацій, де

необхідно взаємодіяти з незнайомими людьми, предметами чи подіями [35, 40, 44, 53].

3. Спадковість та сімейна історія психічних розладів. Підвищений ризик розвитку тривожно-панічного розладу спостерігається у людей, чиї близькі родичі (наприклад, один із батьків) мають подібні психічні захворювання [12].

4. Фізичні розлади. Деякі проблеми зі здоров'ям, такі як порушення роботи щитовидної залози або серцева аритмія, можуть провокувати або посилювати симптоми тривоги та паніки [11, 14, 20, 30, 35, 40, 44, 47, 53, 67, 74].

Слід зауважити, що наявність цих факторів ризику не гарантує розвитку тривожно-панічного розладу. Вони лише збільшують ймовірність виникнення захворювання, але не є вирішальними.

Важливу роль у розвитку тривожно-панічних розладів відіграє спадковість. Подібно до багатьох інших психічних і фізичних захворювань, генетична схильність може впливати на ризик виникнення ТПР. Дослідження свідчать про підвищену ймовірність розвитку цих розладів у людей, чиї родичі першого ступеня (батьки, брати, сестри або діти) мають таке захворювання [39, 74, 76, 79].

Хоча вивчення впливу спадковості на патогенез тривожно-панічних розладів триває, сучасні наукові дослідження виявили зв'язок між розвитком ТПР і певними генетичними маркерами – генами або послідовностями ДНК з відомим фізичним розташуванням у хромосомах. Зміни в цих генах можуть підвищувати ризик розвитку тривожно-панічних розладів, що називається генетичною схильністю або вразливістю. Вважається, що поєднання генетичної вразливості з певними факторами навколишнього середовища сприяє появі симптомів тривожно-панічного розладу [39, 74, 76, 79].

Дослідження, пов'язані зі скануванням геному (GWAS), аналізують генетичні маркери в різних людей, які мають певні захворювання. Наймасштабніше дослідження GWAS, проведене у 2020 році, було зосереджене на вивченні тривоги. Його результати виявили нові генетичні варіанти в кількох генах та поруч із ними, які потенційно пов'язані з ТПР [74].

Ці гени відіграють ключову роль у функціонуванні таких систем та процесів:

- гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, яка відповідає за реакцію організму на стрес;
- нейрогенезу (процесу утворення нових нервових клітин);
- загального регулювання експресії генів (контролює або підтримує певні характеристики генів).

Дослідження також показало, що розлади, пов'язані зі страхом і тривогою, спостерігаються у жінок приблизно вдвічі частіше, ніж у чоловіків. Примітно, що серед генів, які виявили тісний зв'язок із симптомами тривоги в дослідженні GWAS 2020 року, був ген рецепторів естрогенів. Естроген впливає на фертильність, функції, пов'язані зі статтю, емоційний стан, міцність кісток і навіть на стан серцево-судинної системи[74].

Фактори ризику фізичного розвитку також можуть відігравати значну роль. У людей із тривожно-панічними розладами часто спостерігаються зміни в структурі та функціонуванні мозку. Крім того, деякі серцево-судинні та ендокринні захворювання пов'язані з тривожно-панічними розладами [39, 74, 76, 79].

Науковці припускають, що анатомічні особливості мозку, відмінності в певних його ділянках, а також об'єм сірої речовини (яка складається здебільшого з нервових клітин) можуть мати зв'язок із тривожно-панічними розладами.

Лімбічна система – це комплекс структур головного мозку, які беруть участь у регулюванні основних емоційних реакцій. Зокрема, мигдалина (тіло з мигдалю) є частиною лімбічної системи, що відповідає за автоматичну реакцію страху та інтеграцію пам'яті з емоціями [74].

Відмінності в цих ділянках мозку можуть бути пов'язані з тривожно-панічними розладами. Однак дослідження мозкових структур у пацієнтів із цими розладами дають суперечливі результати щодо того, які саме області найчастіше зазнають змін та чим вони відрізняються від структур мозку здорових людей.

Серцево-судинні захворювання також можуть впливати на розвиток тривожно-панічних розладів. Деякі соматичні хвороби, зокрема порушення функцій щитовидної залози або серцева аритмія, часто асоціюються з тривогою. Обидва типи розладів можуть викликати психічні симптоми, подібні до тих, що виникають при тривожних розладах і панічних атаках, а також можуть посилювати прояви цих розладів [39, 59, 74, 76, 79].

Фізичні симптоми тривоги та панічних атак включають: прискорене серцебиття, пітливість, тремор, задишку та відчуття удушення, відчуття страху або приреченості, втрата контролю над ситуацією.

Висока частота психічних симптомів та розладів спостерігається у людей із захворюваннями щитовидної залози. Крім того, серцеві аритмії та прискорене серцебиття можуть виникати внаслідок стресу.

Фактори ризику, пов'язані зі способом життя, на думку дослідників, можуть сприяти розвитку тривожно-панічних розладів (ТПР). Серед них виокремлюють:

1. Харчування. Деякі продукти можуть посилювати прояви тривоги або депресії. Окрім цього, у деяких людей може виникати тривожність як симптом відміни, якщо вони різко відмовляються від вживання певних продуктів і напоїв, що містять такі речовини, як кофеїн, алкоголь чи цукор.

2. Фізична активність. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, для зниження ризику розвитку депресії та тривожно-панічних розладів необхідно займатися фізичними вправами середньої або високої інтенсивності щонайменше 150-300 хвилин на тиждень.

3. Куріння. Існує чіткий зв'язок між курінням і підвищеним ризиком виникнення депресії, тривоги та інших психічних розладів.

Крім того, науковці визначили тригери тривоги, які включають певні явища, звички, речовини та поведінкові фактори, що можуть провокувати або загострювати симптоми тривожних розладів. До них належать:

1. Кофеїн та інші стимулятори. Дослідження свідчать, що вживання кофеїну може провокувати панічні атаки у людей із діагностованими

тривожними розладами, такими як панічний розлад, генералізований тривожний розлад (ГТР) та соціальний тривожний розлад. Надмірне споживання кофеїну або його повна відмова також можуть спричиняти або посилювати тривожність у деяких осіб [45, 47, 62].

2. Вживання психоактивних речовин. Існує тісний взаємозв'язок між тривожно-панічними розладами та хімічною залежністю. Хоча деякі речовини можуть тимчасово зменшити тривогу, їх вживання може призвести до розвитку психологічної чи фізичної залежності, яка лише посилює симптоми тривоги. Особливо проблематичним є використання алкоголю або наркотиків як засобу боротьби з тривогою, оскільки це може підвищити ризик розвитку залежності. Надмірне вживання алкоголю, як і різка відмова від нього (синдром відміни), може загострити тривожні стани [45, 47, 62].

3. Різка відмова від ліків. Раптове припинення прийому препаратів, призначених для лікування тривожно-панічних розладів (наприклад, антидепресантів, габапентоїдів або бензодіазепінів), може спричинити синдром відміни або рецидив симптомів тривоги й паніки. Щоб уникнути таких наслідків, необхідно поступово знижувати дозу під контролем лікаря [45, 47, 62].

Точна причина тривожно-панічних розладів досі невідома. Найімовірніше, що замість однієї конкретної причини існує безліч факторів ризику, які сприяють розвитку ТПР.

Узагальнюючи викладений матеріал, можна дійти висновку, що тривожно-панічні розлади (ТПР) є багатофакторними психічними порушеннями, які формуються під впливом комплексу біологічних, психологічних, генетичних, соціокультурних та поведінкових чинників. Незважаючи на відсутність єдиної причини, дослідження свідчать, що поєднання спадкової схильності, анатомічних особливостей мозку, негативного життєвого досвіду, індивідуальних рис особистості та шкідливих звичок створює основу для формування ТПР.

1.3. Вплив тривожно-панічних розладів на психологічні стани і якість життя молоді

Тривожні розлади притаманні складній психопатологічній структурі, в тому числі як гострих проявах тривоги (панічні напади, представлені вегетативними пароксизмами, супроводжуються вираженням страхом смерті) та «уникнення» (бажання уникати ситуацій, що загрожують повторенням панічних атак). Більшість тривожних розладів характеризуються хронічним курсом саме через утворення, вираженої уникаючої поведінки.

У випадках соціальних фобій – уникнення певних соціальних контактів. Хронічні тривожні розлади призводять до сильної соціальної дезадаптації особистості до стійкої інвалідності [45, 47].

Найчастіше люди працездатного віку страждають від тривожних розладів. Розлади починаються в юнацький період (з 18 років і старше), коли молоді люди звільняються від опіки батьків, виявляється незалежність, існує багато життєвих проблем, стресових ситуацій, вирішених витратами великого емоційного переходу. Жінки частіше страждають від тривожних розладів [7, 12, 45, 47].

Скарги можуть бути різними – запаморочення, нестабільність, відчуття відсутності повітря, труднощів дихання, болі в серці, серцебиття, озноб, хвиля тепла чи холоду, оніміння в руках і ногах, страх смерті, почуття внутрішнього стресу. Ці скарги можуть виникати у вигляді нападів (вегетативні напади або панічні атаки), тобто вони можуть через деякий час раптово і зупинитися. Симптоми можуть бути довгими, ніби розтягнуті в часі, іноді замінюючи один одного. Часто напади трапляються в режимі очікування і супроводжуються різними симптомами [45, 47].

Клінічна картина тривожних розладів складається з психічних симптомів, найпоширенішими з яких є тривога, відчуття напруги та жорсткості. Вони також характеризуються соматичними проявами, в основному збільшенням активності симпатичного відділення вегетативної нервової системи. Поєднання психічних та соматичних симптомів не є випадковим. У ситуаціях, коли організм загрожує

небезпекою або є якась потенційна загроза, він готовий боротися з небезпекою або втекти від нього [45, 47].

Кожна шоста людина перебуває у віковій групі 18-30 років. Період цього віку є унікальний, визначальний період формування повноцінної особистості. Фізичні, емоційні та соціальні зміни, у тому числі життя у дуже непростих умовах, тим паче зараз у період воєнних дій та активної мобілізації, жорстоке поводження та насильство, можуть посилювати вразливість до проблем психічного здоров'я. Захист молоді від несприятливих факторів, сприяння формуванню соціально-емоційних навичок та психологічному благополуччю, та забезпечення доступу до психіатричної допомоги є вкрай важливі для їхнього здоров'я та благополуччя у цьому та дорослому віці.

За оцінками, на психічні розлади страждає кожен сьомий у віці 18-30 років у світі (14%), але такі проблеми, як правило, ігноруються та залишаються без лікування [45, 47, 50, 57, 63, 67].

Молодь з порушеннями психічного здоров'я особливо вразливі для таких явищ, як соціальна ізоляція, дискримінація, стигматизація (що обмежують їхню готовність звертатися за допомогою), труднощі у навчанні, стосунках, роботі, ризиковані форми поведінки, фізичне нездоров'я та порушення прав людини.

Упродовж критичного періоду становлення соціально-емоційних компетенцій, необхідних для психологічного благополуччя, вони набувають більшої підтримки та уваги до всього, навіть до організації свого оточення та розпорядку дня. До них належать формування здорового режиму сну; регулярна фізична активність; розвиток навичок у сфері подолання важких ситуацій, вирішення проблем та міжособистісного спілкування; та навчання емоційному самоконтролю. Велике значення мають безпечні, сприятливі умови в сім'ї, учбових закладах, роботі та спільноті загалом.

На психічне здоров'я молоді впливає низка чинників. Збільшення числа факторів ризику, що впливають, посилює їх потенційні наслідки для психічного здоров'я молоді. Підвищувати рівень стресу у цьому віці, зокрема, можуть бути несприятливими факторами, бажання бути таким самим, як друзі або батьки, або

старші товариші, пошук ідентичності. Вплив ЗМІ та гендерних норм може посилювати невідповідність між дійсністю, в якій живе молодь, та її устремліннями чи уявленнями про майбутнє. Іншими значимими детермінантами психічного здоров'я є якість життя у сім'ї та стосунки з однолітками. Визнаними факторами ризику для психічного здоров'я є насильство (особливо сексуальне насильство та знущання з боку однолітків), жорсткі методи батьківського виховання та соціально-економічні проблеми [3, 7, 12, 19, 45, 46].

Деякі молоді люди наражаються на підвищений ризик порушень психічного здоров'я через умови життя, стигматизацію, дискримінацію, соціальну ізоляцію або відсутність доступу до якісної допомоги та послуг. У цю категорію входить молодь, яка в умовах гуманітарних криз і нестабільності; які страждають на хронічні захворювання, розлади аутистичного спектру, порушення інтелектуального розвитку та іншими неврологічними розладами; вагітні молоді дівчата; молодь, яка стала батьками або вступила до раннього або примусового шлюбу; сироти; та молодь з числа етнічних чи сексуальних меншин або інших груп населення, що дискримінуються.

Емоційні розлади поширені у цьому віці. Найбільш поширені у цій віковій групі тривожні розлади (які можуть містити паніку або надмірне занепокоєння); вони частіше зустрічаються у старшому, ніж у молодшому віці. За оцінками, тривожний розлад розвивається у 4,4% молоді 18-20 років та 5,5% молоді 20-25 років. Депресія зустрічається у 1,4% молоді 18-20 років та у 3,5% молоді 20-25 років. Депресія і тривожність мають ряд загальних симптомів, включаючи швидкі, несподівані зміни настрою [3, 7, 12, 19, 21, 24].

Тривожно-панічні та депресивні розлади можуть призвести до серйозного зниження відвідуваності та успішності у закладах освіти або на роботі. Соціальна відчуженість може посилювати ізоляцію та відчуття самотності. Депресія може спричинити самогубство.

Поведінкові порушення частіше спостерігаються у молодших представників молодого віку порівняно зі старшими. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДВГ), який характеризується труднощами з концентрацією

уваги та/або надмірною активністю і імпульсивними діями, виявляється у 2,9% осіб віком 18-20 років і у 2,2% молоді 20-25 років. Розлад поведінки, що супроводжується деструктивною та проблемною поведінкою, спостерігається у 35% осіб віком 18-20 років та у 19% молоді 20-25 років. Такі поведінкові порушення можуть негативно впливати на успішність у навчанні та підвищують ймовірність протиправної поведінки, зокрема у професійній сфері [12, 19, 30, 32, 43, 63, 67].

Розлади харчової поведінки, такі як нервова анорексія та нервова булімія, зазвичай розвиваються в молодому віці. Вони характеризуються аномальними харчовими звичками та надмірною увагою до питань харчування, що часто супроводжуються тривогою щодо маси тіла та фізичної форми. Такі розлади частіше трапляються у дівчат, ніж у юнаків. Розлади харчової поведінки можуть мати негативні наслідки для фізичного здоров'я і нерідко співіснують із депресією, тривожно-панічними та наркологічними розладами. За оцінками, на них страждають 0,5% осіб віком 18-20 років та 0,7% осіб віком 20-25 років. Ці розлади підвищують ймовірність самогубства. Нервова анорексія може призвести до передчасної смерті, зокрема через ускладнення, що вимагають медичної допомоги, або внаслідок самогубства. Рівень смертності від цього розладу перевищує показники для всіх інших психічних захворювань [10, 19, 45, 46, 50, 71, 76].

Розлади, що характеризуються психотичними симптомами, найчастіше виникають у ранньому дорослому віці. До симптомів можуть входити галюцинації та марення. Психотичні стани можуть серйозно порушувати здатність молоді брати участь у повсякденному житті та здобувати освіту. У багатьох випадках вони призводять до стигматизації та порушень прав людини. Шизофренія зустрічається у 0,3% осіб віком 18-20 років [10, 19, 45, 47, 50].

Самогубства – третя за значимістю причина смертності старших підлітків та молодих дорослих (15-29 років). Фактори ризику самогубства різноманітні і включають шкідливе вживання алкоголю, жорстоке поводження в дитинстві, стигматизацію при зверненні за допомогою, перешкоди для отримання допомоги

та доступність засобів скоєння самогубства. Цифрові ЗМІ, як і будь-які інші засоби масової інформації, можуть відігравати значну роль у посиленні чи ослабленні зусиль щодо профілактики самогубств.

Багато форм поведінки, пов'язані з ризиком для здоров'я, такі як вживання психоактивних речовин та ризикована сексуальна поведінка, беруть свій початок у підлітковому віці та молодому віці погіршується. Ризиковані форми поведінки можуть бути невдалими спробами впоратися з емоційними труднощами та можуть мати тяжкі наслідки для психічного та фізичного благополуччя молоді.

Молодим людям загрожує підвищений ризик формування згубних навичок до вживання психоактивних речовин, які можуть зберігатися протягом усього життя. У 2019 р. у всьому світі відзначалася висока (22%) поширеність вживання алкоголю серед молоді у віці 18-21 років за вкрай незначних відмінностей між юнаками та дівчатами, а в деяких регіонах вживання алкоголю зростало [5, 10, 17, 19, 45, 46, 50].

Занепокоєння викликає також вживання тютюну та марихуани. Багато дорослих курців спробували свою першу сигарету до 18 років. У 2022 р. поширеність вживання марихуани серед молоді була вищою, ніж серед дорослих (5,5% порівняно з 4,4% відповідно) [17, 19, 21, 25, 26, 45, 46, 50].

Вчинення насильства є ризикованою формою поведінки, яка може підвищувати ймовірність низької успішності, травматизму, залучення до протиправної діяльності або смерті. 2021 р. міжособистісне насильство було однією з основних причин смертності юнаків старшого підліткового віку.

Протягом останніх десятиліть наукова спільнота все більше звертає увагу на зростання кількості випадків тривожно-панічних розладів та невротичних станів серед молоді. У 2020 році ці стани стали особливо поширеними через підвищений рівень стресу, спричинений глобальною пандемією COVID-19 та запровадженими у зв'язку з нею соціальними обмеженнями [17, 25, 28, 57, 67].

Молодь виявилася однією з найвразливіших категорій населення до стресових факторів. Такими факторами стали тривала ізоляція під час локдауну, перехід на дистанційне навчання, дистанційна робота батьків, обов'язкове

носіння захисних масок, дотримання соціальної дистанції, а також страх захворювання на COVID-19 та хвилювання за здоров'я близьких. Ці обставини значною мірою сприяли розвитку тривожно-панічних і невротичних розладів у молодих людей [17, 25, 28, 57, 67].

Якщо раніше ці стани вважалися рідкісними та відносно легкими для молодого віку, то сьогодні їхній вплив на якість життя молоді та їхніх родин виявився значно серйознішим, ніж передбачалося. Наразі тривожні та невротичні розлади залишаються однією з найменш досліджених та найскладніших проблем сучасної неврології, що зумовлено їхньою зростаючою поширеністю в усьому світі, труднощами у диференціальній діагностиці та неоднозначністю підходів до лікування.

Сучасна молодь стикається зі значними викликами та труднощами, які можуть призвести до розвитку тривожно-панічних розладів. Такі порушення мають серйозний вплив на фізичне та психічне здоров'я молодих людей, а також можуть негативно позначитися на їхньому соціальному житті та успішності в навчанні.

Тривожність є природною реакцією на стрес, але якщо вона стає хронічною і заважає нормальному функціонуванню молоді, це може свідчити про розвиток тривожних розладів.

Тривога характеризується емоційним станом, пов'язаним з очікуванням небезпеки або негативних подій. Тому під час спілкування з тривожною молоддю важливо з'ясувати, чи її емоції та поведінка обумовлені передчуттям якоїсь загрози. Наприклад, молода людина може уникати виходів на вулицю або відмовлятися відвідувати заняття через страх підхопити інфекційне захворювання. У цьому випадку її стан викликаний неправильним сприйняттям конкретної небезпеки. При тривожно-панічних розладах може спостерігатися постійне відчуття загрози, яке проявляється у вигляді тривоги, нав'язливих думок, уникання певних ситуацій або негативного мислення [17, 19, 21, 25, 26, 45, 46, 50].

Окрім емоційних і поведінкових проявів, молодь із тривожними розладами часто скаржиться на фізичні симптоми, зумовлені підвищеною активністю вегетативної нервової системи: головний біль, біль у животі, нудоту, блювання, діарею, закрепи, м'язові болі та спазми. Також часто спостерігаються порушення сну, включаючи труднощі із засинанням, часті пробудження (інсомнію), кошмарні сновидіння, парасомнії (сноходіння, розмови уві сні, нічні жахіття), а також рухові розлади під час сну [10, 19, 45, 47, 50].

Деякі люди з тривожно-панічним розладом можуть фантазувати про ідеальні та емоційно насичені стосунки, оскільки мають сильне бажання бути прийнятими. Вони часто почуваються негідними соціальних контактів і відчують сором за себе, що заважає їм починати стосунки. Якщо їм вдається налагодити взаємини, вони нерідко розривають їх через страх невдачі.

Люди з таким розладом особистості схильні вважати себе тривожними, самотніми, непривабливими та ізольованими від суспільства. Вони часто обирають роботу, яка не потребує регулярного спілкування з іншими, і уникають великих груп людей або публічних виступів, побоюючись зганьбитися перед оточенням. Такі особи можуть відчувати самоненависть, а в деяких випадках – схильність до самопошкодження.

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) є одним із найпоширеніших серед неврологічних порушень у молоді. Хоча симптоми, подібні до ОКР, були відомі ще в давнину, саме як клінічне явище ОКР було вперше визнано в кінці 19-го – початку 20-го століття. Основні етапи розвитку цього розладу можна віднести до наступних кінця 19 століття, французький психіатр Жан-Мартен Шарко почав звертати увагу на нав'язливі ідеї та ритуали в контексті психічних захворювань, але системного вивчення цієї патології ще не було. Фрейд став одним із перших, хто розглядав obsесії та компульсії як психоаналітичні симптоми, що виникають через внутрішній конфлікт між несвідомими бажаннями і соціальними обмеженнями. Він розглядав ці симптоми як вираження репресії внутрішніх імпульсів і конфліктів [10, 19, 45, 47, 77].

Д. Шнайдер детально описав цей розлад як окрему клінічну одиницю, зокрема, він акцентував увагу на його психопатологічному аспекті і пов'язаних із ним нав'язливих думках та ритуальних діях.

На сьогоднішній день одним із найбільш відомих прихильників і дослідників ОКР є Девід Шнайдер – психолог, що займався дослідженням неврологічних основ ОКР, а також клінічних методів лікування. Багато сучасних підходів, зокрема когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) з техніками експозиції та попередження ритуалів, а також медичне лікування через інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗС), активно застосовуються для лікування ОКР на основі наукових розробок останніх десятиліть [2, 10, 19, 33, 36, 45, 47, 77].

У сучасному дослідженні та лікуванні ОКР найбільше значення надається взаємодії генетичних, нейрохімічних та психологічних факторів, що допомагають краще зрозуміти природу розладу.

На сьогодні обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) визначається у Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів Американської психіатричної асоціації (DSM-5) як стан, що характеризується нав'язливими ірраціональними думками, потягами чи ідеями (обсесіями), які супроводжуються повторюваними ритуальними діями (компульсіями), спрямованими на зниження тривожності [58].

Ці прояви негативно впливають на якість життя та часто поєднуються з іншими психоневрологічними розладами. Психоемоційні переживання зосереджуються на очікуванні можливої загрози чи небезпеки (наприклад, ризику зараження або смерті внаслідок ракетного удару), а виконання ритуальних дій допомагає людині відчувати контроль над ситуацією або нібито запобігти цій загрозі (наприклад, часте миття рук, дезінфекція предметів, перебування в укритті).

Серед інших симптомів ОКР можуть спостерігатися імпульсивність, спалахи гніву, агресивна поведінка та нав'язливі харчові звички, що можуть супроводжуватися розладами харчування. Нерідко виникають різноманітні

страхи, пов'язані з гігієною, чистотою, забрудненням, потребою в порядку та симетрії, а також ритуалами, що стосуються одягання або виконання щоденних дій [58].

ОКР – це хронічний розлад, який може проявлятися в будь-якому віці, від раннього дитинства до дорослого життя, і має спектральний характер – від окремих obsесивно-компульсивних рис до вираженого ОКР. Часто цей розлад залишається непоміченим протягом тривалого часу, а молоді люди можуть стикатися з нерозумінням їхніх проявів з боку родичів, друзів або однолітків [58, 77].

Отже, вплив на психологічний стан молоді можна описати так: постійне відчуття тривоги та страху здатне викликати хронічний стрес, що негативно позначається на емоційному стані та загальному самопочутті. Тривожно-панічні розлади часто супроводжуються депресією, яка проявляється у зниженні настрою, втраті інтересу до життя та почутті безпорадності. Постійна тривога та страх можуть спричиняти порушення сну, що веде до втоми, дратівливості та погіршення когнітивних функцій. Регулярні панічні атаки та відчуття втрати контролю здатні знижувати самооцінку та впевненість у собі. Страх перед соціальними ситуаціями може викликати уникнення спілкування та соціальну ізоляцію, що негативно впливає на розвиток соціальних навичок та формування здорових стосунків. У деяких випадках молоді люди можуть звертатися до вживання алкоголю чи наркотиків, намагаючись зменшити тривогу та страх, що може призвести до залежності та інших проблем зі здоров'ям.

Висновки до першого розділу.

У першому розділі було розглянуто теоретичні аспекти тривожно-панічних розладів (ТПР), зокрема поняття, класифікацію, причини, фактори ризику та клінічні прояви цих розладів серед молоді. Тривожно-панічні розлади є одними з найбільш поширених психічних розладів, що виникають внаслідок взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів. Вони суттєво впливають на

якість життя та психологічний стан молодих людей, особливо в умовах сучасного соціально-психологічного середовища.

Тривожно-панічні розлади являють собою групу психічних розладів, основними проявами яких є раптові приступи паніки, що супроводжуються фізіологічними та психологічними симптомами. Панічні атаки характеризуються інтенсивним почуттям тривоги, що супроводжується тахікардією, тремтінням, відчуттям задухи, болями в грудях, запамороченням та іншими фізичними симптомами. Порушення можуть стосуватися як ізольованих випадків паніки, так і хронічних, тривалих симптомів, що негативно впливають на функціонування людини в соціальному, професійному та особистому контексті.

Класифікація тривожно-панічних розладів включає декілька типів, серед яких найбільш значущими є панічний розлад, соціальна тривожність, генералізований тривожний розлад та специфічні фобії. Всі ці розлади мають спільні риси, але різняться за інтенсивністю проявів та обсягом впливу на життя людини. Відповідно до класифікацій, розлади можуть варіювати за ступенем вираженості та складності, а також можуть мати поєднання декількох типів.

Поява тривожно-панічних розладів зумовлена комплексом біологічних, психологічних та соціальних факторів. До біологічних причин можна віднести генетичну схильність, порушення нейрохімічних процесів, зокрема дисфункцію нейромедіаторів, та аномалії в роботі мозкових структур, таких як амігдала, яка відповідає за емоційні реакції. Дослідження вказують на те, що наявність спадкових факторів значно підвищує ризик розвитку ТПР, особливо у поєднанні з іншими сприятливими факторами, такими як стрес.

Психологічні фактори, такі як хронічний стрес, психологічні травми, катастрофічне мислення та особистісні особливості, також значною мірою сприяють розвитку цих розладів. Пережиті травми, особливо у дитячому та підлітковому віці, можуть стати каталізатором розвитку тривоги, що пізніше може перейти в панічні атаки. Відповідно, індивідуальні особливості людини, включаючи її сприйняття світу, схильність до тривоги та реакцію на стрес, відіграють важливу роль у розвитку та прогресуванні ТПР.

Соціальні фактори, зокрема високий тиск з боку суспільства, сімейні проблеми або емоційно нестабільне середовище, є додатковими факторами ризику. Молоді люди, які стикаються з постійним стресом, соціальною ізоляцією або непідтриманим родинним середовищем, мають підвищену схильність до розвитку цих розладів. Тиск у навчанні, на роботі або в соціальних взаємодіях може збільшити вразливість до тривоги та паніки.

Клінічні прояви ТПР включають не тільки інтенсивні панічні атаки, але й персистуючі симптоми тривоги, соціальну ізоляцію, порушення сну та інші фізичні і психологічні симптоми, що значно знижують якість життя. Тривожні розлади можуть мати руйнівний вплив на соціальну активність та психологічне благополуччя, оскільки молоді люди часто уникають певних ситуацій, що викликають у них страх чи паніку.

Також, тривожно-панічні розлади мають серйозний вплив на психічний стан молоді, оскільки часто ведуть до депресії, емоційного виснаження та соціальної ізоляції. Молоді люди з ТПР мають підвищений ризик виникнення психічних розладів, що суттєво погіршує їхнє життя. Вони часто стикаються з труднощами у навчанні, професійному зростанні та особистих стосунках через панічні атаки та тривожні розлади.

Соціальна ізоляція та відчуття безнадійності часто призводять до серйозних порушень якості життя молодих людей. Крім того, порушення сну, головні болі, м'язова напруга та інші фізичні симптоми погіршують загальний стан здоров'я, що також знижує ефективність лікування і подальшу реабілітацію.

Тривожно-панічні розлади є серйозною проблемою серед молодих людей, яка потребує комплексного підходу до діагностики та лікування. У розділі було показано, що ці розлади мають багатогранний вплив на психологічний стан молоді, сприяють розвитку соціальної ізоляції та депресії, а також знижують якість життя через фізичні і психологічні симптоми. Врахування всіх факторів, які сприяють розвитку ТПР, а також розробка ефективних методів лікування та підтримки, є необхідними для забезпечення психічного здоров'я молоді та запобігання негативним наслідкам для їхнього майбутнього.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНО-ПАНІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД МОЛОДІ

2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження

Проведено емпіричного дослідження на вибірки зі студентів віком від 17 до 24 роки, яких було розподілене на Основну групу юнаків (ОГ1) кількістю 28 осіб, та Основну групу дівчат (ОГ2) кількістю 39 осіб. Загальна кількість осіб, які взяли участь у дослідженні склала 67 осіб.

Для проведення емпіричного дослідження було використано наступні психодіагностичні методики:

1. Особистісна шкала проявів тривоги (Б. Тейлор) в адаптації Т.А. Немчіна (1966)[41].
2. Шкала тяжкості панічного розладу (PDSS, Panic Disorder Severity Scale) в адаптації І.А. Федотова (2022) [48].
3. Симптоматичний опитувальник SCL-90-R (автор Л. Дерогатис), адаптована С. Дембіцький (2015) [41].

Особистісна шкала проявів тривоги (Б. Тейлор) [41] є одним із найбільш відомих інструментів для вимірювання рівня тривоги у психологічних дослідженнях. Цей тест був спрямований на вимірювання тривоги не як короткочасної реакції на стрес, а як постійної особистісної характеристики, яка впливає на поведінку і емоційний стан людини в повсякденному житті. Б. Тейлор відзначав, що тривога є одним із найпоширеніших і складних емоційних переживань, які впливають на психічне і фізичне здоров'я людини. Він розробив шкалу з метою того, щоб допомогти вченим та клінічним психологам краще розуміти тривогу як явище та мати надійний інструмент для її вимірювання. У своїй роботі він брав до уваги різні аспекти тривоги, включаючи фізіологічні, когнітивні та емоційні прояви, і намагався створити універсальний метод, який би дозволяв оцінити рівень тривоги в різних умовах та у різних групах людей.

Шкала Б. Тейлора допомогла психологам краще зрозуміти як особистісна схильність до тривоги може бути пов'язана з різними психічними розладами, такими як депресія, генералізований тривожний розлад або панічні атаки.

Вона була розроблена у середині XX століття, шкала має на меті оцінку інтенсивності тривоги як особистісної характеристики, тобто схильності індивіда до постійного або частого переживання тривожних станів. Особистісна шкала проявів тривоги (Б. Тейлор) включає 60 запитань, на які респонденту пропонується відповісти «так» або «ні». Підсумовування результатів за усіма пунктами дає змогу визначити загальний рівень тривоги респондента.

Б. Тейлор розробив свою шкалу з урахуванням таких основних аспектів тривожного стану, як: фізіологічні прояви тривоги – це симптоми, що пов'язані з фізичними реакціями організму на стресові ситуації, наприклад, пітливість, прискорене серцебиття, тремтіння тощо; емоційні прояви тривоги – це переживання, пов'язані з почуттям страху, напруженості або неспокою, які можуть бути описані як неприємні або навіть болісні; та когнітивні прояви тривоги – це думки або переконання, що виникають в умовах стресу або небезпеки, такі як сумніви в своїх силах, неадекватне сприйняття реальності, очікування негативних наслідків [41].

Шкала Б. Тейлора має високу надійність та валідність, що підтверджено численними дослідженнями. Крім того, шкала дозволяє не тільки визначити рівень тривоги у досліджуваного, а й оцінити її специфічні прояви, що важливо для розробки індивідуальних психотерапевтичних стратегій. Вона широко застосовується в різних сферах психології, зокрема в клінічній психології, психотерапії та психологічному консультуванні. Вона є ефективним інструментом для діагностики тривожних розладів, вивчення рівня стресу в різних групах населення, а також для оцінки ефективності терапевтичних методів. У контексті терапії шкала може бути використана для визначення базового рівня тривоги до початку лікування, а також для моніторингу змін у стані пацієнта протягом процесу психотерапії.

Не зважаючи на свої переваги, шкала Б. Тейлора має деякі обмеження. Один з основних аспектів полягає в тому, що вона вимірює лише загальний рівень тривоги, не даючи глибокої інформації про її походження чи причини. Крім того, деякі критики вказують на можливі труднощі інтерпретації результатів у людей, які мають проблеми з самооцінкою або не можуть точно оцінити свою тривожність.

Особистісна шкала проявів тривоги (Б. Тейлора) є важливим і ефективним інструментом для вивчення тривожності на індивідуальному рівні. Її застосування дозволяє не лише визначити рівень тривоги, а й оцінити конкретні аспекти її проявів, що є цінним для наукових досліджень та клінічної практики.

Шкала тяжкості панічного розладу (PDSS, Panic Disorder Severity Scale) – була розроблена М. Shear, Т. Brown et al. у 1997 році [48]. Цей інструмент став результатом їхньої роботи, спрямованої на створення ефективного засобу для оцінки тяжкості панічного розладу, який би дозволяв вимірювати як симптоматику, так і вплив панічних атак на повсякденне життя пацієнтів. М. Кетрін Шир є відомою дослідницею у галузі психіатрії, яка спеціалізується на розладах тривожного спектру, зокрема на панічному розладі та соціальній тривожності. Її роботи значно вплинули на розуміння та лікування цих станів. «PDSS» стала одним із ключових інструментів у клінічній практиці та дослідженнях, завдяки своїй простоті, надійності та здатності забезпечувати кількісну оцінку симптомів панічного розладу.

Шкала тяжкості панічного розладу (PDSS) є стандартизованим інструментом, що дозволяє оцінити інтенсивність панічних атак, їх частоту, а також рівень функціональних порушень, спричинених панічними симптомами. «PDSS» складається з 7 пунктів, що оцінюють симптоми, як-от частота нападів, інтенсивність страху, фізіологічні прояви (наприклад, серцебиття, відчуття задихи), а також вплив панічних атак на повсякденне функціонування особи (включаючи соціальні, професійні та сімейні взаємодії). Дослідник має оцінити кожен пункт за шкалою від 0 до 4, де 0 означає відсутність симптомів, а 4 – найвищий рівень тяжкості. Основні аспекти які ця шкала оцінює, такі як : частота

панічних атак, інтенсивність панічних атак (наскільки важкими або руйнівними є ці напади), як панічні атаки впливають на повсякденну діяльність людини, наскільки сильно пацієнт боїться можливих атак або уникає певних місць чи ситуацій, які можуть викликати паніку, як панічні атаки впливають на взаємодію пацієнта з іншими людьми, наявність тривожних відчуттів в періоди, коли панічні атаки не відбуваються, наскільки сильно панічний розлад впливає на психічний стан людини в цілому.

«PDSS» широко застосовується у клінічних умовах для діагностики та моніторингу стану пацієнтів із панічним розладом. Вона допомагає лікарям оцінити ступінь тяжкості захворювання, виявити найбільш важливі симптоми та відслідковувати зміни після лікування.

Ця шкала також використовується в наукових дослідженнях для оцінки ефективності різних методів лікування панічного розладу, включаючи медикаментозні терапії та психотерапевтичні підходи (наприклад, когнітивно-поведінкова терапія).

Симптоматичний опитувальник SCL-90-R – є психологічним тестом, розробленим для оцінки різних психосоматичних симптомів, що виникають внаслідок тривоги, стресу або інших психічних розладів. Опитувальник SCL-90-R був розроблений Л. Де Рогатіс, Л. Кові, Р. Ліпман в середині 1990-х років як вдосконалена версія оригінального опитувальника SCL-90, з метою надання більш точних і детальних даних про стан пацієнтів [41]. У процесі розробки було враховано необхідність у широкому спектрі симптомів, що дозволяють оцінити емоційний, фізичний та когнітивний вплив на пацієнта, а також включити в опитувальник різні категорії розладів.

«SCL-90-R» став важливим інструментом в клінічних умовах і наукових дослідженнях, і до сьогодні використовується для оцінки психічного стану пацієнтів у багатьох країнах світу. Тест містить 90 запитань, які покривають різноманітні симптоми і скарги, що мають відношення до психічного здоров'я і соматичних проявів. Кожне питання оцінюється за шкалою Likert, де респондент

має вибрати варіант відповіді з 5 можливих: 0 – «зовсім ні»; 1 – «трохи»; 2 – «помірно»; 3 – «сильно»; 4 – «дуже сильно».

Запитання в «SCL-90-R» оцінюють такі аспекти здоров'я як: прояви фізичних симптомів, які можуть бути наслідком психічних розладів, такі як головний біль, болі в животі, проблеми зі сном, втома (соматичні симптоми); переживання неспокою, страху, паніки, постійне очікування небезпеки (тривожність); ознаки депресивного стану, такі як смуток, зниження настрою, відсутність інтересу до життя (депресії); неконтрольовані думки і дії, які людина не може зупинити (ОКР); труднощі в спілкуванні, ізоляція, депресія в контексті міжособистісних відносин (інтерперсональної проблеми); схильність до підозрілості, недовіри, переживання на рахунок того, що інші можуть мати нечесні наміри (параноїдальні ознаки); симптоми, що можуть свідчити про серйозні психічні порушення, такі як сплутаність свідомості або галюцинації (невроз, психоз) [41].

Результати опитувальника дозволяють отримати кількісні показники для кожної з дев'яти шкал симптомів, включаючи: підсумковий бал (GSI), який є загальним показником тяжкості симптомів. Бали за субшкалами – для окремих категорій симптомів, наприклад, депресії, тривоги, соматизації та ін. Після проходження тесту інтерпретація результатів дозволяє визначити: нормальний рівень симптомів, який свідчить про відсутність серйозних психічних порушень; легкий рівень симптомів, коли пацієнт може мати незначні порушення, які не сильно впливають на його функціонування; середній та високий рівень симптомів, що вказує на значні проблеми, які можуть вимагати терапевтичного втручання.

«SCL-90-R» є ефективним інструментом для виявлення широкого спектра психічних і соматичних симптомів, які можуть бути пов'язані з різними психічними розладами. Його часто використовують для діагностики і моніторингу психічного стану пацієнтів, у тому числі для виявлення тривожних розладів, депресії, соматизації та інших проблем (клінічній практиці). Також вивчення ефективності різних терапевтичних методів, порівняння симптомів у

різних групах населення (наукових дослідженнях). Та оцінка ефективності психологічних втручань та терапевтичних підходів, спрямованих на зменшення психічних симптомів (психотерапевтичних практиках).

«SCL-90-R» є одним із найбільш досліджених та визнаних інструментів для оцінки психічного здоров'я. Він має високу надійність та валідність, що підтверджується багатьма дослідженнями, які показали, що інструмент надає коректні й точні результати, які можна використовувати для діагностики та моніторингу лікування [41].

Симптоматичний опитувальник SCL-90-R є важливим інструментом у психології для оцінки тяжкості різноманітних психічних і соматичних симптомів. Завдяки широкому спектру питань, які охоплюють емоційні та фізичні аспекти, він дозволяє отримати детальну картину стану пацієнта. Його застосування допомагає клініцистам визначити рівень тяжкості симптомів, а також відслідковувати зміни в ході лікування, що робить його незамінним інструментом у психотерапії та психіатрії.

Проведення емпіричного дослідження із застосуванням такого комплексу валідних психодіагностичних методик дозволить всебічно охопити різні аспекти тривожно-панічної симптоматики у молодих людей віком від 17 до 24 років. Обрані методики забезпечують надійне вимірювання як стабільних особистісних характеристик, так і ситуативних проявів тривоги, що є принципово важливим для розкриття глибини та специфіки обраної нами проблеми.

Особистісна шкала проявів тривоги Б. Тейлора надає змогу оцінити тривожність як рису характеру, яка є стійкою й вкоріненою особливістю особистості. Завдяки цій методиці можливо виявити рівень загальної емоційної напруги, схильність до постійного переживання тривоги, а також фізіологічні, емоційні та когнітивні компоненти цього стану.

Шкала тяжкості панічного розладу (PDSS) дозволить виявити індивідуальні особливості перебігу панічних атак, їх частоту, інтенсивність, а також вплив на повсякденну діяльність і соціальну взаємодію. Цей інструмент надає можливість не лише кількісно оцінити симптоматику, а й зробити аналіз

того, як глибоко ці симптоми інтегруються в поведінкові патерни молодії людини. Він особливо важливий для розуміння ступеня дезадаптації та виявлення потреби у спеціалізованій терапевтичній допомозі.

Симптоматичний опитувальник SCL-90-R забезпечує глибоке вивчення спектра психосоматичних, емоційних і когнітивних симптомів, пов'язаних із тривожними переживаннями. Завдяки широкому охопленню клінічних проявів – від тривожності та депресії до міжособистісних проблем і соматизації – ця методика дозволила дослідити загальний рівень психічного дистресу, визначити основні сфери порушення та виокремити характерні симптомокомплекси для юнаків та дівчат.

Таким чином, застосування вказаних методик дозволить забезпечити комплексний і диференційований підхід до вивчення тривожно-панічних розладів серед молоді. Комбінація особистісних і клінічних показників відкриває можливість для: виявлення як маніфестованих симптомів, так і латентних тенденцій до тривожних станів; порівняння особливостей проявів тривожності в юнаків і дівчат; розробки подальших рекомендацій щодо індивідуалізованої психокорекційної роботи, зокрема профілактики ТПР серед молоді.

Результати, отримані за допомогою цих трьох діагностичних інструментів, стануть надійною емпіричною основою для подальшого аналізу, порівняння та формулювання висновків, які мають як наукову, так і прикладну цінність у сфері психологічної допомоги молодим людям із підвищеним рівнем тривожності та панічними симптомами.

2.2. Кількісний та якісний аналіз отриманих результатів

У дослідженні прийняло участь 67 осіб віком від 17 до 24 роки, яких було розподілене на основну групу юнаків (ОГ1) кількістю 28 осіб, та основну групу дівчат (ОГ2) кількістю 39 осіб. У ході дослідження було проаналізовано рівень тривожності за допомогою Особистісної шкали проявів тривоги Б. Тейлор, отримані результати наведені в таблиці 2.2.1 (рис. 2.2.1).

Таблиця 2.2.1

Особистісна шкала проявів тривоги за Б. Тейлор

Рівень тривоги	ОГ1		ОГ2	
	п	%	п	%
40-50 балів – дуже високий	3	10,71	7	17,95
25-39 балів – високий	7	25,00	13	33,33
16-24 бали – середній рівень з тенденцією до високого	7	25,00	11	28,21
5-15 балів – середній рівень з тенденцією до низького	6	21,43	5	12,82
0-4 бали – низький	5	17,86	3	7,69
Загалом:	28	100,00	39	100,00

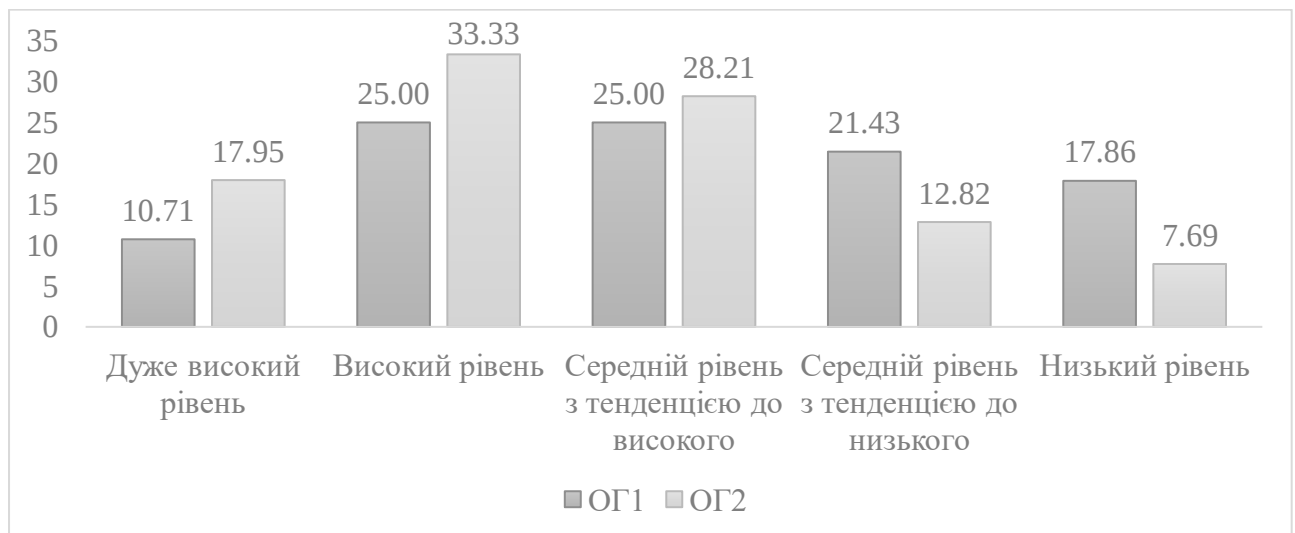


Рис. 2.2.1. Прояви тривоги у молодого покоління

Результати свідчать про те, що дуже високий рівень тривоги спостерігається у ОГ1 – 10,71% юнаків та ОГ2 – 17,95% дівчат. Високий рівень тривожності зафіксовано у ОГ1 – 25,00% юнаків та ОГ2 – 33,33% юнок. Середній рівень тривожності з тенденцією до високого виявлено у ОГ1 – 25,00% юнаків і ОГ2 – 28,21% дівчат.

Середній рівень з тенденцією до низької тривожності зафіксовано у ОГ1 – 21,43% юнаків та ОГ2 – 12,82% дівчат. Водночас серед юнаків частка осіб із низьким рівнем тривожності вдвічі перевищує аналогічний показник у групі

дівчат (ОГ1 – 17,86% юнаків проти ОГ2 – 7,69% у дівчат), що може свідчити про їхню більшу стійкість до стресових факторів або інші психологічні особливості, які потребують подальшого аналізу.

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що серед дівчат частіше спостерігаються високі показники тривожності порівняно з юнаками. Зокрема, загальна кількість осіб з дуже високим та високим рівнем тривожності в ОГ2 складає 51,28% дівчат, тоді як серед юнаків цей показник дещо нижчий (ОГ1 – 35,71% опитаних).

Виходячи з отриманих результатів дослідження, можна зробити висновок про наявність гендерних відмінностей у рівні тривожності серед молоді. Дівчата загалом демонструють вищі показники тривожності порівняно з юнаками, що може бути пов'язано з їхньою більшою емоційною чутливістю, схильністю до саморефлексії та особливостями соціалізації. Натомість серед юнаків частіше зустрічається низький рівень тривожності, що може свідчити як про їхню кращу стресостійкість, так і про можливу тенденцію до уникнення усвідомлення або вираження своїх емоцій.

З огляду на ці особливості, важливо розробляти та впроваджувати комплексні заходи, спрямовані на зниження рівня тривожності та підвищення стресостійкості молодих людей. Необхідно сприяти розвитку навичок емоційної саморегуляції, які допоможуть молоді краще справлятися зі стресом та невизначеністю. Це може включати впровадження тренінгів з розвитку емоційного інтелекту, технік релаксації та управління стресом.

Варто популяризувати серед молоді здоровий спосіб життя, оскільки фізична активність, збалансоване харчування та достатній рівень сну відіграють важливу роль у підтримці психологічного благополуччя. Особливу увагу слід приділити впливу соціальних мереж і цифрових технологій, оскільки надмірне їх використання може сприяти підвищенню рівня тривожності та емоційної нестабільності.

Важливо розвивати доступність психологічної підтримки для молоді, зокрема через створення консультативних центрів, анонімних гарячих ліній та

онлайн-платформ для емоційної допомоги. Психологічна освіта також відіграє значну роль у формуванні здорового ставлення до власного емоційного стану, тому варто впроваджувати інформаційні кампанії, які допоможуть молодим людям розпізнавати власні емоції, вчасно звертатися за допомогою та використовувати ефективні стратегії подолання стресу.

Таким чином, отримані результати дослідження вказують на необхідність впровадження комплексного підходу до підтримки психологічного здоров'я молоді. Особливу увагу слід приділяти роботі з групами підвищеного ризику, зокрема дівчатами, які мають високий рівень тривожності, а також формуванню у молоді навичок саморегуляції та ефективних стратегій подолання стресу.

У таблиці 2.2.2 надано результати проведеного дослідження щодо тяжкості панічного розладу для чого було використано «Шкалу тяжкості панічного розладу» (PDSS) (рис. 2.2.2).

Таблиця 2.2.2

Показники тяжкості панічного розладу

Тяжкість панічного розладу	ОГ1		ОГ2	
	п	%	п	%
0-1 бал – норма	9	32,14	7	17,95
2-5 балів – межовий панічний розлад	6	21,43	12	30,77
6-9 балів – панічний розлад легкого ступеня	7	25,00	6	15,38
10-13 балів – панічний розлад помірного ступеня	4	14,29	9	23,08
14-28 балів – виразний панічний розлад	2	7,14	5	12,82
Загалом:	28	100,00	39	100,00

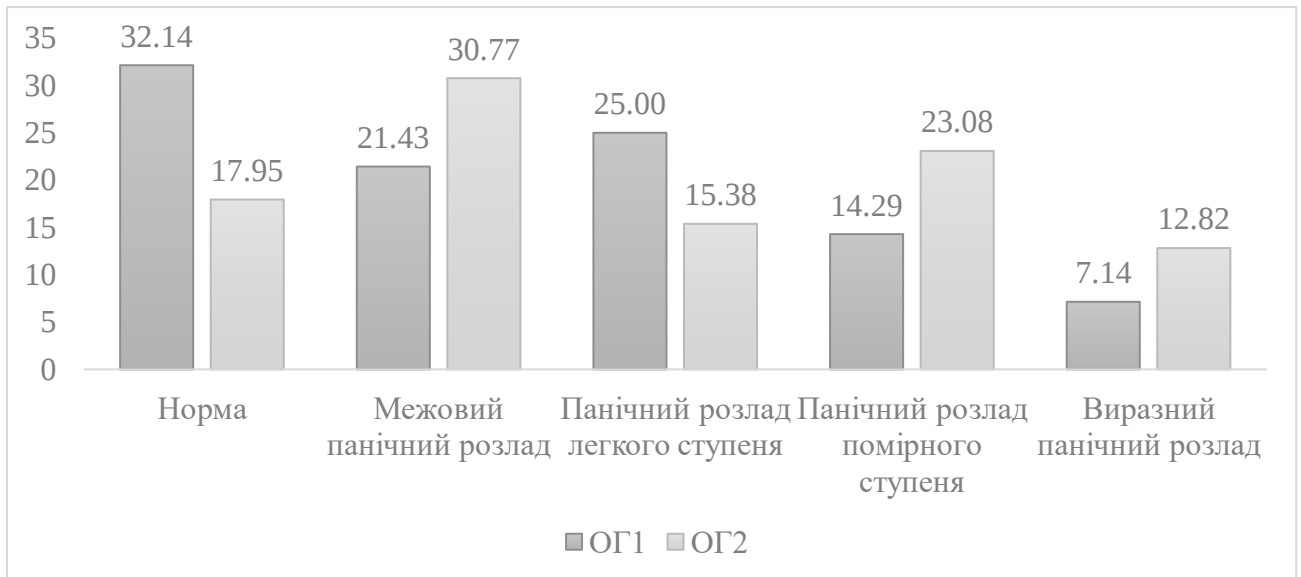


Рис. 2.2.2. Тяжкість панічного розладу серед молоді

Аналіз отриманих результатів свідчить про наявність певних відмінностей між рівнями панічної симптоматики у дівчат та юнаків. Зокрема, серед юнаків найбільша частка (ОГ1 – 32,14% респондентів) має нормальні показники за шкалою, що свідчить про відсутність виражених панічних проявів. Водночас серед дівчат цей показник є нижчим (ОГ2 – 17,95% респондентів), що може вказувати на їхню більшу схильність до переживання панічних станів.

Рівень межового панічного розладу зафіксований у ОГ1 – 21,43% юнаків і ОГ2 – 30,77% юнок, це вказує на те, що майже третина дівчат має тенденцію до розвитку панічних симптомів, які можуть погіршувати їхній емоційний стан і функціонування. Панічний розлад легкого ступеня спостерігається приблизно з однаковою частотою в обох групах (ОГ1 – 25,00% у юнаків та ОГ2 – 15,38% у дівчат), що може вказувати на загальну присутність тривожно-панічних проявів серед молоді.

Помірний ступінь панічного розладу виявлено у ОГ1 – 14,29% юнаків та ОГ2 – 23,08% дівчат, що свідчить про те, що в останніх рівень панічної симптоматики є дещо вищим. Найбільш виражені прояви панічного розладу характерні для ОГ1 – 7,14% юнаків і ОГ2 – 12,82% дівчат, що, хоч і стосується меншої частки вибірки, все ж вказує на необхідність надання відповідної психологічної підтримки цій категорії молодих людей.

Виходячи з отриманих результатів дослідження за Шкалою тяжкості панічного розладу (PDSS), можна зробити висновок, що значна частина молоді, особливо дівчата, демонструє схильність до панічних проявів різного ступеня тяжкості, це може бути пов'язано з індивідуально-психологічними особливостями, гормональними факторами, рівнем стресу та соціальними умовами. Це вказує на необхідність розробки та впровадження заходів, спрямованих на профілактику і корекцію тривожно-панічних розладів у молодих людей.

Важливо посилювати психологічну освіту серед молоді, підвищуючи рівень їхньої обізнаності про панічні розлади, їхні симптоми та механізми виникнення. Інформаційні кампанії, тренінги з управління емоціями та подолання стресу допоможуть формувати здорові стратегії адаптації та знижувати ризик розвитку панічних симптомів.

Слід запроваджувати програми розвитку навичок емоційної саморегуляції та стресостійкості. Для цього можуть бути використані техніки релаксації (наприклад, дихальні вправи, медитація, прогресивна м'язова релаксація), когнітивно-поведінкові методики та групові психокорекційні заняття.

Необхідно забезпечити доступ до психологічної допомоги для молоді, яка має виражені прояви панічних розладів. Це можуть бути індивідуальні консультації психологів, психотерапевтичні групи або онлайн-платформи для емоційної підтримки. Важливо також мінімізувати стигматизацію психічних розладів, аби молоді люди не боялися звертатися по допомогу.

Доцільно звернути увагу на роль фізичної активності та здорового способу життя у профілактиці панічних розладів. Регулярні заняття спортом, правильний режим сну та збалансоване харчування сприяють зниженню рівня стресу та підтримці психоемоційного балансу.

Таким чином, результати дослідження вказують на необхідність впровадження комплексних заходів з профілактики та корекції панічних станів серед молоді. Важливо створювати умови для формування психологічної

стійкості, надання своєчасної допомоги та сприяння усвідомленню молодими людьми власного психоемоційного стану.

За допомогою симптоматичного опитувальника (SCL-90-R) було досліджено психологічні симптоми серед молоді віком 17-24 роки. Результати надано в таблиці 2.2.3 (рис. 2.2.3).

Таблиця 2.2.3

Прояв психологічних симптомів

Шкали	ОГ1		ОГ2	
	n	%	n	%
Соматизація	4	14,29	5	12,82
Нав'язливість	3	10,71	1	2,56
Інтерперсональна чутливість	1	3,57	3	7,69
Депресія	5	17,86	8	20,52
Тривожність	7	25,00	13	33,33
Ворожість	4	14,29	3	7,69
Нав'язливі страхи (фобії)	2	7,14	4	10,27
Параноїдальність	2	7,14	1	2,56
Психотизм	0	0,00	1	2,56
Загалом:	28	100,00	39	100,00

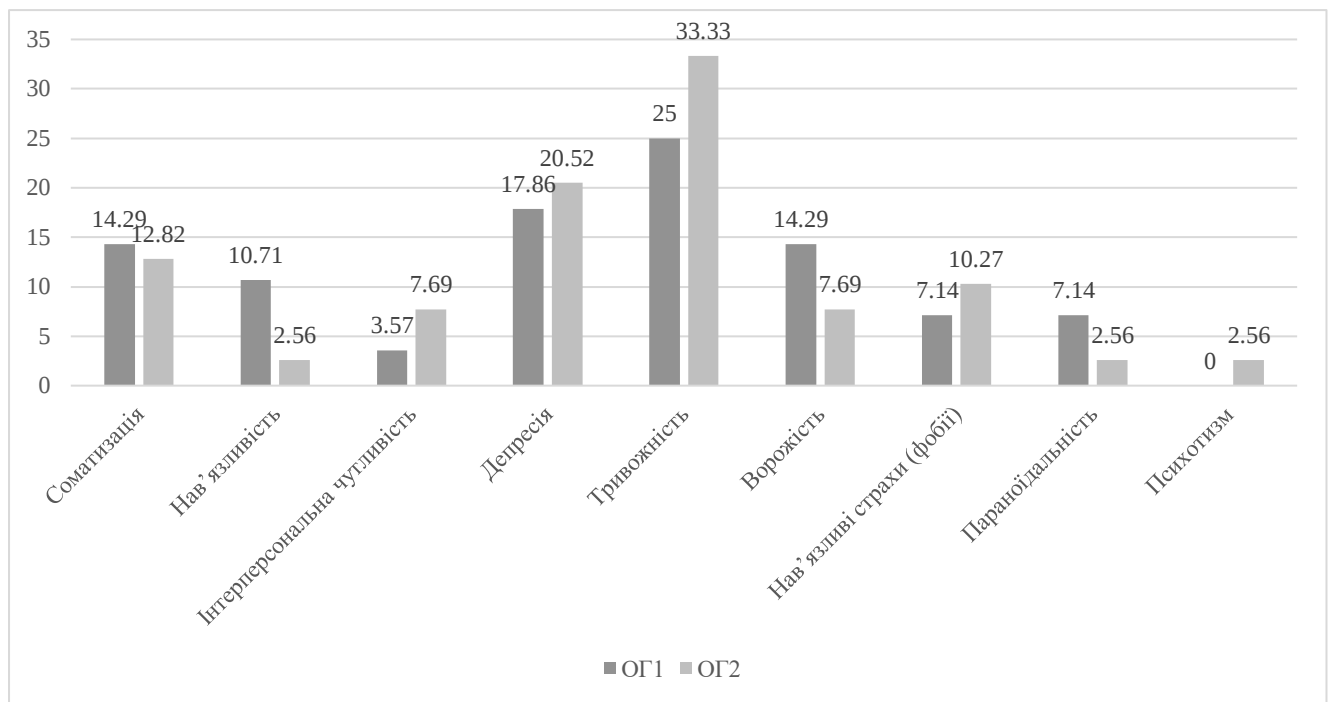


Рис. 2.2.3. прояви психічних симптомів серед молоді

Аналіз результатів, отриманих за Симптоматичним опитувальником (SCL-90-R), свідчить про певні відмінності в прояві психологічних симптомів серед молодих людей різної статі. Найвищі показники в обох групах спостерігаються за шкалою тривожності: серед юнаків цей показник становить ОГ1 – 25,00% опитаних, а серед дівчат ОГ2 – 33,33% опитаних. Це вказує на загальну тенденцію до переживання тривожних станів, яка є більш вираженою серед дівчат.

Другим за частотою розповсюдженості показником є депресія, яка спостерігається у ОГ1 – 17,86% юнаків і ОГ2 – 20,52% дівчат. Це може вказувати на загальний високий рівень емоційного напруження та ризик розвитку афективних порушень серед молоді.

Соматизація (перенесення психологічного напруження на фізичні відчуття) зафіксована у юнаків (ОГ1 – 14,29% респондентів) та дівчат (ОГ2 – 12,82% респондентів), вказуючи на те, що обидві групи можуть мати психосоматичні прояви стресу. Ворожість спостерігається у юнаків (ОГ1 – 14,29% респондентів), що майже у двічі більше, ніж у дівчат (ОГ2 – 7,69% респондентів), що може

свідчити про агресивні реакції у відповідь на стресові ситуації серед осіб у чоловічої статі.

Нав'язливі страхи (фобії) відзначаються у ОГ1 – 7,14% юнаків та ОГ2 – 10,27% дівчат, що може означати підвищену чутливість до загрозливих ситуацій та схильність до уникання певних подразників. Показники нав'язливості значно відрізняються: цей симптом спостерігається у ОГ1 – 10,71% юнаків та лише у ОГ2 – 2,56% дівчат. Параноїдальні риси також проявляються частіше серед юнаків (ОГ1 – 7,14% опитаних), ніж серед дівчат (ОГ2 – 2,56% опитаних), що може вказувати на певний рівень підозрілості та схильності до інтерпретації оточуючих подій через призму загрози.

Психотизм зафіксовано лише у ОГ2 – 2,56% дівчат, тоді як серед юнаків цей показник відсутній (ОГ1 – 0,00% респондентів). Інтерперсональна чутливість, яка вказує на вразливість у міжособистісних стосунках, спостерігається у ОГ1 – 3,57% юнаків та ОГ2 – 7,69% дівчат, що може пояснюватися більшою схильністю дівчат до емоційного реагування на соціальні взаємодії.

На основі отриманих результатів доцільно розробити комплекс заходів, спрямованих на зниження рівня тривожності та покращення психологічного благополуччя молодих людей. Варто запровадити програми психологічної освіти, які сприятимуть підвищенню обізнаності про стрес, тривогу та методи їх подолання. Інформаційні лекції, тренінги та інтерактивні семінари допоможуть молоді краще розуміти власні емоційні стани та розвивати навички емоційної регуляції.

Необхідно розширити доступ до психологічної допомоги, включаючи індивідуальне та групове консультування, а також підтримку через онлайн-платформи та гарячі лінії. Особливу увагу слід приділити профілактиці депресивних станів і розвитку адаптивних стратегій подолання труднощів. Варто впроваджувати техніки когнітивно-поведінкової терапії, які можуть допомогти у зміні негативних мисленнєвих установок та зниженні рівня тривожності.

Також важливим напрямом є формування навичок конструктивного спілкування та підтримки міжособистісних відносин. Оскільки у дівчат виявлено вищий рівень інтерперсональної чутливості, слід проводити заходи, що сприятимуть розвитку впевненості у спілкуванні, асертивної поведінки та вмінню конструктивно вирішувати конфлікти.

З урахуванням високого рівня соматизації у частини молоді доцільно звернути увагу на розвиток навичок тілесної релаксації, наприклад, впроваджувати техніки дихальної гімнастики, медитації та прогресивного м'язового розслаблення. Такі методи сприяють зниженню психоемоційного напруження та покращенню загального стану здоров'я.

Крім того, доцільним є впровадження програм фізичної активності та здорового способу життя, оскільки фізичні вправи сприяють зниженню рівня стресу та підвищенню стійкості до негативних факторів. Важливо розвивати позитивну мотивацію до активного дозвілля, що включає спорт, творчість та волонтерську діяльність, які сприяють психологічному відновленню та зміцненню емоційного ресурсу.

Отже, комплексний підхід, що включає психологічну просвіту, доступ до професійної підтримки, розвиток емоційної саморегуляції та фізичної активності, сприятиме покращенню психічного здоров'я молодих людей та зниженню рівня тривожності, депресії й інших негативних психологічних проявів.

Висновки до другого розділу

У другому розділі дослідження було проведено емпіричне вивчення тривожно-панічних розладів серед молоді віком від 17 до 24 років з урахуванням гендерної диференціації. Вибірка складалась із 67 осіб, розподілених на дві основні групи: ОГ1 – юнаки (28 осіб) та ОГ2 – дівчата (39 осіб). Для отримання надійних та валідних результатів були застосовані три психодіагностичні методики: Особистісна шкала проявів тривоги Б. Тейлора, Шкала тяжкості панічного розладу (PDSS) та Симптоматичний опитувальник SCL-90-R.

Результати за шкалою тривожності Б. Тейлора показали вищий рівень тривожності серед дівчат: 51,28% респонденток (ОГ2) мають дуже високий або високий рівень тривожності проти 35,71% серед юнаків (ОГ1). У той же час, низький рівень тривожності частіше фіксувався у юнаків – 17,86%, що вдвічі перевищує аналогічний показник серед дівчат (7,69%). Це свідчить про вищу емоційну чутливість дівчат та більшу стресостійкість або стриманість емоційної виразності у юнаків.

Шкала PDSS засвідчила, що дівчата мають вищий рівень схильності до панічних розладів. Виразний панічний розлад виявлено у 12,82% дівчат проти 7,14% юнаків. Натомість нормальний рівень (відсутність панічної симптоматики) продемонстрували 32,14% юнаків і лише 17,95% дівчат. Такі дані свідчать про більшу поширеність латентної тривожності та страху втрати контролю серед дівчат, тоді як у юнаків спостерігається більш виражене уникнення або ігнорування таких симптомів.

Аналіз за опитувальником SCL-90-R продемонстрував, що в обох групах найбільш поширеним є симптом тривожності, який частіше фіксувався у дівчат (33,33%) порівняно з юнаками (25,00%). Депресивні симптоми також мали вищу поширеність серед дівчат (20,52%) у порівнянні з юнаками (17,86%). Водночас вища частота ворожості, нав'язливості, параноїдальності та соматизації були характерними саме для юнаків. Це може свідчити про іншу форму переживання внутрішньої напруги, де тривожність у чоловіків частіше набуває непрямого або поведінкового характеру, скритого переживання.

Дівчата загалом демонструють вищий рівень тривожності, схильність до панічних реакцій та депресивних станів, що може бути пов'язано з емоційною відкритістю, вразливістю у міжособистісних взаємодіях та соціальними очікуваннями щодо жіночої ролі.

Юнаки мають нижчі показники явної тривожності, але вищі рівні ворожості, нав'язливості та параноїдальності, що вказує на непрямі форми емоційного реагування, схильність до емоційного уникнення або зовнішньої проекції внутрішньої тривоги та потребує подальших досліджень.

Отримані результати підтверджують наявність гендерно зумовлених відмінностей у проявах тривожності та панічної симптоматики серед молоді. Використання трьох взаємодоповнюючих психодіагностичних методик дозволило всебічно охопити як деякі особистісні схильності, так і психосоматичні прояви й глибину клінічної тривоги, що має важливе значення для подальшого розроблення диференційованих профілактичних та психокорекційних програм.

Урахування гендерних особливостей у формуванні психологічної допомоги є критично важливим для ефективного зниження тривожних і панічних станів у молодих людей. Водночас результати можуть бути використані для подальших досліджень, спрямованих на вивчення впливу соціальних, когнітивних та біопсихологічних факторів на розвиток тривожних розладів у юнацькому віці.

РОЗДІЛ 3

ПРОФІЛАКТИКА ТРИВОЖНО-ПАНІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ

3.1. Основні стратегії профілактики тривожно-панічних розладів

Профілактика тривожно-панічних розладів є важливою складовою комплексного підходу до запобігання та лікування цього виду психічних порушень. Раннє виявлення симптомів, зміцнення психічного здоров'я та впровадження ефективних стратегій можуть значно знизити ризик розвитку тривожних або панічних розладів. Однією з найефективніших стратегій профілактики тривожно-панічних розладів є навчання особистості методам управління стресом, оскільки хронічний стрес є одним із основних факторів, які значно сприяють розвитку тривожних розладів. У цьому контексті важливою складовою комплексної профілактики є освоєння різноманітних психофізіологічних та когнітивних технік, спрямованих на зниження рівня стресу, покращення емоційної регуляції та зміцнення психічної стійкості [7, 15, 20, 23, 29, 33, 36, 52, 54, 56, 61, 64, 68, 70, 80].

Людина, яка опиняється у складних життєвих обставинах, може переживати негативні почуття, зневіритись у собі, в неї може розвинути депресивний стан, вона може втратити надію на краще тощо, особливо це стосується молодих людей. Здебільшого причиною цього є нездатність будь-якої людини побачити можливі варіанти дій для подолання ситуації, що склалася. Негативні емоції, які переживає молода людина, заважають їй раціонально осмислити та проаналізувати свою ситуацію, щоб віднайти адекватне рішення. З іншого боку, негативні переживання самі по собі можуть породжувати різні проблеми й ставити людину в складні життєві обставини, наприклад, провокувати психосоматичні захворювання або погіршувати прогноз щодо наявних хвороб [9, 26, 28, 40, 45, 50, 55, 62, 66, 69, 76].

Хронічний стрес є одним з основних факторів, що сприяють розвитку тривожних розладів. Медитація та інші релаксаційні техніки, такі як йога або концентрація уваги, допомагають молодій людині зосередитися на поточному моменті, що сприяє зниженню негативних емоцій, зокрема тривоги та стресу. У цьому контексті важливою складовою комплексної профілактики є освоєння різноманітних психофізіологічних та когнітивних технік, спрямованих на зниження рівня стресу, покращення емоційної регуляції та зміцнення психічної стійкості [9, 26, 28, 69, 70, 76].

Релаксаційні техніки, зокрема глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація та медитація, є потужними інструментами для зниження рівня стресу і тривоги. Вони сприяють активації парасимпатичної нервової системи, що, в свою чергу, зменшує фізіологічні реакції на стрес, такі як підвищене серцебиття, м'язове напруження та підвищення рівня кортизолу в організмі [7, 15, 52, 54, 55, 64, 68, 70, 80].

Глибоке дихання передбачає повільне та глибоке вдихання через ніс, з подальшим утриманням дихання і спокійним видихом. Ця техніка активує діафрагму і допомагає регулювати нервову систему, знижуючи рівень тривожності [20, 33, 70, 80]. Прогресивна м'язова релаксація полягає в поетапному напруженні та розслабленні різних груп м'язів тіла. Вона допомагає знижувати фізіологічні ознаки стресу та тривоги, сприяючи глибокій релаксації та зняттю напруження [33, 36, 45, 52, 59, 64, 70, 75].

Майндфулнес, або практика освідомленості, полягає в тренуванні уваги на поточному моменті, без осуду та оцінки. Це підхід, який дозволяє зосередитися на фізичних відчуттях, емоціях та думках, приймаючи їх такими, якими вони є, без спроби змінити або уникнути їх. Згідно з дослідженнями, майндфулнес знижує рівень стресу, покращує емоційне регулювання та підвищує стійкість до тривожних реакцій. Практики майндфулнес включають медитації на уважність (mindfulness meditation), де увага спрямовується на спостереження за власними думками і емоціями без втручання в їх процес та оцінка власних відчуттів де

уважне сприйняття фізичних відчуттів у тілі, таких як дихання, відчуття ваги тіла, чи відчуття болю дає покращення [7, 28, 29, 66, 70].

Якщо говорити про техніки психотерапії, однією найпопулярнішою та найефективнішою вважають когнітивно-поведінкову терапію (КПТ). Вона є однією з найбільш ефективних терапевтичних моделей для лікування та профілактики тривожних розладів. Основною метою КПТ є змінити негативні переконання та дисфункціональні мисленнєві патерни, які можуть сприяти розвитку тривоги. Згідно з теорією КПТ, тривога часто виникає через переконання людини про неминучу небезпеку або катастрофічні наслідки певних подій [61, 68, 80, 81].

Ключові техніки КПТ, що використовуються для зменшення тривоги, включають в себе когнітивне переосмислення, це коли пацієнт навчається розпізнавати і змінювати негативні автоматичні думки, які викликають або підсилюють тривогу (наприклад, «Це точно буде катастрофа», «Я не впораюся з цією ситуацією»). Використання експозиційної терапії де пацієнт поступово піддається ситуаціям, які викликають тривогу, що дозволяє зменшити реакцію на ці стресори з часом. Це може включати ситуації, що спричиняють панічні атаки або специфічні страхи та когнітивне реструктурування, це виявлення дисфункціональних переконань і навчання пацієнта, як реагувати на стресові ситуації більш конструктивно, що дозволяє змінити патерни мислення, які посилюють тривогу [3, 61, 68, 80, 81].

Освоєння технік управління стресом, таких як релаксаційні методи, практики майндфулнес та когнітивно-поведінкова терапія, є важливою частиною профілактики тривожних розладів. Ці стратегії сприяють зниженню рівня стресу та тривоги, покращенню емоційної регуляції та розвитку навичок ефективного справляння з негативними емоціями. Вони дозволяють людям не тільки ефективно управляти стресовими ситуаціями, але й зменшувати ймовірність розвитку тривожних розладів у майбутньому [7, 28, 29, 61, 66, 68, 70, 80, 81].

Отже, людина може знайти стратегії профілактики тривожно-панічних розладів та надати допомогу сама собі; може знайти психологічну підтримку з

боку своїх близьких, колег, друзів, знайомих; може звернутися до фахівців, які безпосередньо займаються наданням психологічної допомоги, а також до інших фахівців – педагогів, лікарів, юристів, священиків; людині можуть надати психологічну підтримку також і абсолютно незнайомі люди (наприклад, будь-який співрозмовник).

Також, фізична активність є однією з найефективніших стратегій профілактики тривожно-панічних розладів, особливо серед молодих людей. Вона не лише покращує фізичне здоров'я, а й має значний позитивний вплив на психічний стан, знижуючи рівень стресу та тривоги. Різні види фізичних вправ, такі як йога, біг, плавання чи навіть регулярні прогулянки, можуть служити потужним інструментом у зниженні ризику розвитку тривожних розладів.

Регулярні фізичні вправи мають прямий вплив на зниження рівня стресу та тривоги завдяки стимулюванню вироблення ендорфінів, які називають «гормонами радості». Ендорфіни є природними хімічними речовинами, що знижують біль і створюють відчуття благополуччя. Вони діють як природні антидепресанти, сприяючи покращенню настрою та зменшенню рівня тривоги. Це особливо важливо для молодих людей, які можуть бути схильні до високих рівнів стресу через навчання, соціальні чи особисті проблеми [7, 28, 29, 33, 36, 45, 52, 59, 64, 66, 70, 75].

Фізична активність сприяє нормалізації циркадних ритмів організму та покращує якість сну. Вправи допомагають зменшити симптоми безсоння, яке часто супроводжує тривожні стани. Молоді люди, які займаються фізичними вправами, зазвичай мають більш стабільний і відновлювальний сон, що позитивно впливає на їх емоційну стабільність і здатність справлятися зі стресовими ситуаціями [3, 20, 29, 33, 36, 45, 52, 59, 64].

Регулярна фізична активність також сприяє розвитку самоповаги і самооцінки, що є важливим для профілактики тривожних розладів. Молоді люди часто переживають низьку самооцінку, що може бути фактором ризику для розвитку тривожних та панічних атак. Завдяки фізичним вправам вони можуть відчути себе більш впевненими та здатними досягати цілей. Наприклад,

досягнення певних результатів у спорті або просто відчуття фізичної сили і здоров'я покращує психоемоційний стан. Під час фізичних вправ організм активує парасимпатичну нервову систему, що дозволяє знижувати рівень фізіологічних реакцій на стрес, таких як підвищене серцебиття, підвищений артеріальний тиск і м'язове напруження. Це особливо важливо для молодих людей, які можуть часто переживати панічні атаки або мати інші прояви тривоги, пов'язані з фізіологічними симптомами [7, 28, 29, 33, 36, 45, 52, 59, 64, 66].

Фізична активність також служить природним способом для зняття емоційної напруги. Вправи сприяють поліпшенню емоційної регуляції, зменшують прояви агресії, дратівливості та допомагають зняти депресивні настрої. Заняття спортом дозволяють молодим людям відволіктися від негативних думок і емоцій, що знижує ймовірність виникнення тривожних розладів.

Багато видів фізичної активності, таких як групові тренування, спортивні заняття чи прогулянки з друзями, сприяють розвитку соціальної взаємодії, що є важливим аспектом профілактики тривожних розладів. Молоді люди, які активно займаються спортом, мають можливість зустрічатися з іншими людьми, покращуючи свої соціальні навички та відчуття приналежності до групи. Соціальна підтримка і взаємодія є важливими чинниками для зниження тривожності та боротьби з відчуттям ізоляції [3, 15, 23, 28, 33, 36, 45, 54, 56].

Фізична активність допомагає знижувати рівень кортизолу – гормону стресу, який вивільняється в організмі під впливом стресорів. Високий рівень кортизолу в крові може стати одним із факторів, що призводять до розвитку тривожних і панічних атак. Регулярні фізичні навантаження допомагають нормалізувати рівень цього гормону, знижуючи фізіологічні та психологічні прояви стресу.

Регулярна фізична активність є важливою стратегією профілактики тривожно-панічних розладів серед молодих людей. Вона не тільки сприяє покращенню фізичного здоров'я, але й має значний позитивний вплив на психічне благополуччя, допомагаючи знизити рівень стресу та тривоги,

покращити якість сну, зменшити фізіологічні прояви стресу і позитивно вплинути на емоційну регуляцію. Тому інтеграція фізичних вправ у повсякденне життя є важливим аспектом здорового способу життя та профілактики психічних розладів серед молоді.

Маючи близьких людей, до яких можна звернутися в моменти стресу чи труднощів, молода людина відчуває себе більш впевнено і має ресурси для подолання емоційного навантаження. Близькі стосунки допомагають регулювати емоційні стани, знижують рівень тривожності та страху. Коли людина має змогу поділитися своїми переживаннями з тими, хто її підтримує, це дозволяє їй відчути себе зрозумілою і прийнятою, що позитивно впливає на її психічне здоров'я. Соціальна підтримка також сприяє розвитку психологічної стійкості до стресових ситуацій. Відчуття того, що є на кого покластися в складні часи, створює у людини відчуття, що вона не самотня у своїх труднощах. Це, у свою чергу, знижує рівень переживань і тривоги при зіткненні з життєвими викликами [3, 15, 23, 28, 33, 36, 45, 54, 56].

Більше того, позитивні соціальні зв'язки дозволяють молодим людям адаптуватися до змін, знаходити шляхи вирішення конфліктів і долати життєві труднощі без надмірного емоційного навантаження, що важливо для профілактики тривожних розладів. Регулярна взаємодія з людьми, які поділяють схожі інтереси, цінності та погляди на життя, створює базу для емоційного благополуччя. Підтримка друзів і родини допомагає зменшити тривогу, забезпечуючи молоду людину відчуттям значущості та приналежності до спільноти. Позитивні стосунки підвищують самооцінку і зменшують емоційний тиск, дозволяючи людині більш ефективно справлятися з життєвими труднощами.

Також аспектом профілактики є створення стабільного та підтримуючого середовища в особистому житті та на роботі. Люди, які перебувають у безпечному, підтримуючому середовищі, де вони відчувають емоційну підтримку, менш схильні до розвитку тривожних розладів. Таке середовище дозволяє людині почуватися більш впевнено та комфортно, знижуючи вплив

стресових ситуацій на її психічний стан. Збереження стабільності на роботі, в особистих стосунках та в соціальних контактах є основою для збереження емоційного благополуччя та мінімізації ризику виникнення тривоги і панічних атак [12, 15, 23, 28, 33, 36, 46, 54, 56, 63].

Останнім часом важливу роль у розвитку соціальних зв'язків відіграють також соціальні мережі, які дозволяють молодим людям підтримувати контакт з друзями та знайомими на відстані. Це є актуальним у наші часи у період воєнного стану в Україні. Хоча віртуальні зв'язки не замінюють повноцінних особистих взаємодій, вони можуть бути корисними для збереження соціальних зв'язків, особливо у випадках, коли фізичні контакти обмежені.

Онлайн-платформи дозволяють обмінюватися думками, підтримувати одне одного і створювати групи за інтересами, що є додатковим джерелом підтримки та емоційного благополуччя. Підтримка здорових соціальних зв'язків також може бути забезпечена через різноманітні психологічні тренінги та групи підтримки, які сприяють розвитку навичок комунікації та взаємодії з іншими людьми. Участь у таких заходах дозволяє особам покращити свої соціальні навички, подолати соціальну тривожність та стати більш відкритими у своїх відносинах з оточенням [3, 12, 15, 23, 28, 33, 36, 46, 54, 56, 63].

Корекція шкідливих звичок і способів життя є складовою профілактики тривожно-панічних розладів, оскільки певні шкідливі звички можуть значно підвищувати ризик розвитку тривожності та пов'язаних з нею розладів серед молодих людей. Зокрема, надмірне споживання стимуляторів, таких як кофеїн, енергетичні напої або інші психоактивні речовини, здатне активувати фізіологічні реакції організму, що стимулюють нервову систему та можуть викликати або посилити тривогу. Кофеїн, зокрема, є відомим стимулятором, який підвищує рівень кортизолу (гормону стресу), що може призводити до погіршення емоційного стану, посилення нервозності та зростання тривожних симптомів. З цієї причини важливим кроком є зниження споживання таких речовин і заміна їх на більш здорові альтернативи, що дозволяє знизити ризик розвитку тривожності та зберегти психічне здоров'я [33, 36, 45, 52, 59, 64, 70, 75].

Обмеження вживання алкоголю та наркотичних речовин також є важливою частиною профілактики. Оскільки ці речовини можуть викликати тимчасове зменшення тривоги, вони також мають виражений ефект на нервову систему, викликаючи депресивні та тривожні стани після їх вживання. Тривале або часте вживання алкоголю та наркотичних речовин може призвести до розвитку психічних розладів, що значно збільшує ймовірність виникнення хронічної тривожності. Людина, яка здатна краще справлятися з негативними емоціями, такими як страх чи смуток, зменшує ймовірність розвитку тривожності, оскільки вона не дозволяє їм перерости в більш серйозні психічні стани. Для цього необхідно навчитися розпізнавати свої емоції і знаходити здорові способи їх вираження. Розуміння своїх почуттів дозволяє людині ефективно керувати ними і не піддаватися паніці в стресових ситуаціях. Крім того, психоедукація, яка включає підвищення обізнаності про механізми виникнення тривоги та методи її контролю, є важливою частиною цієї стратегії. Освітлення теми тривожності та психічного здоров'я молодим людям допомагає краще зрозуміти свою проблему, що дозволяє ефективніше використовувати доступні методи боротьби з тривогою.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі окреслено комплексний підхід до профілактики тривожно-панічних розладів (ТПР) серед молодих людей, з акцентом на різні рівні психологічної, фізіологічної, соціальної та поведінкової підтримки. Важливість профілактики ТПР зумовлена поширеністю цих розладів у молодіжному середовищі, їх негативним впливом на емоційний стан, функціонування та якість життя молоді.

Профілактика тривожних станів має передусім психоосвітній характер, який полягає у формуванні у молоді обізнаності про природу стресу та тривоги, чинники ризику, а також стратегії подолання. Вона включає навчання методам саморегуляції, розвиток усвідомленості (майндфулнес), опанування релаксаційних технік (глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація) та

формування навичок позитивного мислення. Ці методи дозволяють ефективно управляти рівнем стресу, посилюють емоційну стійкість та запобігають накопиченню внутрішньої напруги.

Особливе місце у профілактиці займає когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка дозволяє змінювати дисфункціональні мисленнєві патерни, що лежать в основі тривожних розладів. Застосування КПТ-технік – таких як когнітивне переосмислення, експозиція до страхів і когнітивне реструктурування – дозволяє знизити інтенсивність тривожних реакцій і зменшити ймовірність розвитку панічних симптомів у майбутньому.

Важливою стратегією також є фізична активність, яка відіграє роль природного антистресового чинника. Регулярні фізичні вправи стимулюють вироблення ендорфінів, знижують рівень кортизолу (гормону стресу), покращують якість сну, підвищують самооцінку та сприяють позитивній соціалізації. Активний спосіб життя допомагає зменшити соматичні прояви тривожності та покращити загальне психоемоційне самопочуття молодшої людини.

Окрему увагу приділено соціальній підтримці як важливому буферу від дії стресу. Позитивне спілкування з родиною, друзями, викладачами або навіть незнайомцями у кризових ситуаціях сприяє зниженню тривожності, посиленню почуття безпеки та підтримки. Формування підтримувального середовища – як у родинному колі, так і в навчальному або робочому колективі – виявляється важливим фактором у забезпеченні психологічного благополуччя.

Крім того, у межах профілактики акцент зроблено на усвідомлене ставлення до способу життя, зокрема на обмеження шкідливих звичок (вживання кофеїну, алкоголю, психоактивних речовин), які можуть провокувати або посилювати тривожні симптоми. Корекція способу життя, дотримання режиму сну, раціонального харчування, а також відмова від стимуляторів є важливими умовами збереження ментального здоров'я.

Наостанок, актуальність профілактики ТПР серед молоді особливо зростає в умовах воєнного стану, соціальної нестабільності та інформаційного

перевантаження. У таких обставинах важливо забезпечити молодим людям доступ до психологічної допомоги, онлайн-платформ, груп підтримки, а також впроваджувати психоедукаційні програми, що сприяють зниженню стигми навколо психічних розладів і формують навички турботи про власне психічне здоров'я.

Отже, профілактика тривожно-панічних розладів серед молоді має бути багаторівневою, інтегративною та індивідуалізованою, включаючи як психологічні інструменти самодопомоги, так і системну соціальну підтримку, а також організаційні заходи з боку освітніх, медичних та громадських структур. Такий підхід дозволяє ефективно знижувати ризик розвитку ТПР, формувати психологічну стійкість, а також сприяти загальному зміцненню ментального здоров'я молодого покоління.

ВИСНОВКИ

У ході реалізації дипломного проєкта на тему тривожно-панічних розладів серед молоді було послідовно виконано всі поставлені завдання, що дозволило здійснити комплексний аналіз феномена ТПР як із теоретико-концептуального, так і з практичного погляду. Отримані результати мають як прикладне, так і наукове значення, окреслюючи можливості для ефективної психопрофілактики й психокорекції зазначеної проблеми у молодіжному середовищі.

У межах першого завдання було проведено глибокий аналіз сучасних наукових підходів до розуміння сутності та структури тривожно-панічних розладів. Визначено, що ТПР становлять окремий клас психічних порушень тривожного спектра, які виявляються у вигляді надмірної, часто ірраціональної тривоги, панічних атак та супутніх психосоматичних симптомів. Охарактеризовано основні класифікації (МКХ-10, DSM-5), розкрито зміст поняття «панічна атака» як епізоду раптової інтенсивної тривоги. Вивчено основні теоретичні моделі розвитку ТПР – когнітивно-поведінкову, біопсихосоціальну, нейропсихологічну та психодинамічну, що дозволило сформулювати інтегративне розуміння механізмів виникнення та підтримки осіб із ТПР.

У рамках другого завдання здійснено систематизацію основних причин, факторів ризику та клінічних проявів ТПР. До ключових причин віднесено тривалий емоційний стрес, ранні психологічні травми, спадкову схильність, гормональні дисбаланси та порушення нейромедіаторної регуляції. Визначено, що фактори ризику включають: жіночу стать, юнацький вік, надмірну тривожність як рису особистості, психоемоційне перенавантаження, соціальну ізоляцію, шкідливі звички. Детально охарактеризовано клінічну картину ТПР, яка охоплює не лише емоційні (тривога, страх, дратівливість), а й когнітивні (катастрофічне мислення, нав'язливі думки), соматичні (тахікардія, задишка, біль у грудях) та поведінкові (уникання, компульсивність) прояви.

Завдання третє було реалізовано шляхом обґрунтування та використання валідного психодіагностичного інструментарію. Вибрані методики – особистісна шкала проявів тривоги (Б. Тейлор), шкала тяжкості панічного розладу (PDSS) та симптоматичний опитувальник SCL-90-R – дозволили комплексно оцінити як стабільні риси особистості (схильність до тривожності), так і ситуативні або клінічні прояви тривожного дистресу. Визначено етапи емпіричного дослідження: формування вибірки, діагностичне обстеження, статистичний аналіз, інтерпретація даних із гендерним розмежуванням.

У межах четвертого завдання було проведено емпіричне дослідження серед молоді віком 17–24 роки ($n=67$), розподіленої на дві основні групи: юнаків (ОГ1 – 28 осіб) та дівчат (ОГ2 – 39 осіб). Результати дослідження за трьома методиками засвідчили наявність виражених тривожно-панічних симптомів у частини молоді, зокрема: високий і дуже високий рівень тривоги у 51,28% дівчат і 35,71% юнаків; панічні симптоми різного ступеня тяжкості у понад 60% молоді; домінування тривожності, депресивності, соматизації та нав'язливих страхів за результатами SCL-90-R. Встановлено достовірні гендерні відмінності у рівнях тривоги, інтенсивності панічних симптомів та виразності емоційного дистресу: дівчата демонструють вищу емоційну вразливість, а юнаки – схильність до агресивного реагування, уникнення або раціоналізації тривожних переживань.

П'яте завдання дозволило виявити, що тривожно-панічні розлади мають суттєвий негативний вплив на якість життя молодих людей. За результатами дослідження, ТПР знижують рівень життєвої задоволеності, заважають реалізації навчального потенціалу, порушують міжособистісну взаємодію, погіршують сон, апетит, концентрацію та самосприйняття. У дівчат такі прояви мають більш емоційно забарвлений характер, а у юнаків частіше виявляються через поведінкові компенсаторні стратегії (наприклад, уникнення чи гіперактивність). Отже, наявність ТПР значно ускладнює процеси адаптації молоді до соціальних, академічних та особистісних викликів.

Завершальне, шосте завдання було присвячене аналізу світового досвіду профілактики тривожно-панічних розладів. Було окреслено найефективніші

сучасні підходи: когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), техніки майндфулнес, прогресивну м'язову релаксацію, дихальні практики, фізичну активність та психоедукацію. Особливої актуальності набувають програми з формування стресостійкості, розвитку навичок емоційної регуляції та критичного мислення, потребу у впровадженні їх у навчальне середовище, а також підтримка через онлайн-платформи. Імплементація такого досвіду в українських умовах можлива через розвиток психологічних служб у ЗВО, інтерактивні тренінги, просвітницькі кампанії та цифрові ресурси для самодопомоги.

Узагальнюючи, дослідження дозволило глибоко розкрити особливості тривожно-панічних розладів у молодіжному середовищі, виявити структуру та поширеність симптомів, з'ясувати гендерну специфіку проявів, визначити клінічні тенденції та ключові вектори профілактики. Отримані результати підтверджують важливість своєчасної діагностики, психологічної підтримки та формування у молоді навичок саморегуляції, що є запорукою збереження їх ментального здоров'я та адаптаційного потенціалу в умовах сучасного світу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова С.В. Психологічні особливості тривожності у студентів. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія*. 2018. Вип. 7. С. 10-21.
2. Аймедов К.В. Біопсихосоціальна модель допомоги у клінічній практиці. Монографія. Одеса: Прес-кур'єр. 2016. 142 с.
3. Асєєва Ю.О., Возний Д.В., Волинчук Т.І. Психічне здоров'я молоді в умовах війни: результати психодіагностики та терапевтичних інтервенцій *Ментальне здоров'я*. 2024. Вип. 3. С.14-22.
4. Багрій. Я. Т. Психоаналіз: навч. посіб. К.: ДП "Вид. дім "Персонал", 2016. 138 с.
5. Барна О.М., Аліфер О.О. Тривожні розлади як новий виклик сучасному суспільству. *Ліки України*. 2022. Вип. 1. С. 17-22. DOI: [https://doi.org/10.37987/1997-9894.2022.1\(257\).264284](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2022.1(257).264284).
6. Бондаренко І. Молодь і психічне здоров'я: Проблеми та шляхи їх подолання. *Психологія в Україні*. 2021. Вип. 29 (4). С. 55-63.
7. Головченко М.І. Психологічні стратегії подолання стресу у молоді. *Практична психотерапія*. 2020. Вип. 18 (2). С. 67-72.
8. Гоулман Д. Емоційний інтелект. Київ: Vivat, 2020. 512 с.
9. Джеймс С. Психологічні стратегії подолання стресу у молоді. *Практична психотерапія*. 2022. Вип. 2. С. 67-72.
10. Дзюбенко О.А. Виникнення панічних атак в юнацькому віці як наслідок труднощів соціально-психологічної адаптації особистості. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*. Серія 12, Психологічні науки : зб. наук. праць. Київ, 2018. Вип. 7. С. 107-113.
11. Дьяків В. Роль стресу у розвитку тривожно-панічних розладів серед молодих людей. *Психотерапія та консультування*. 2020. Вип. 13, № 3. С. 115-123.

12. Завадська А. Роль сім'ї у розвитку тривожно-панічних розладів у молоді. *Психологічні дослідження*. 2020. Вип. 2. С. 31-38.
13. Ілляшик К.К. Тривожність як фактор неспішності у підлітковому віці. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти*, 2022. №7, С. 87-91. DOI:<https://doi.org/10.31812/psychology.v7i.7264>.
14. Індивідуально-психологічні особливості особистості з панічними атаками / І.А. Бідюк, В.А. Проніна // *Габітус*. 2022. Вип. 44. С. 152–156. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2022_44_27
15. Інститут психології імені Г.С. Сковороди. Психологічна підтримка молоді з тривожно-панічними розладами. Київ: Академія психології, 2021. 252 с.
16. Кайхер І.І., Асєєва Ю.О. Сучасний погляд на панічні атаки. *Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Актуальні проблеми практичної психології»*. 19 травня 2023 року. С. 143-146.
17. Костенко Т. Вплив пандемії на психічне здоров'я молоді: тривожність, депресія та стрес. *Журнал психіатрії та психотерапії*. 2021. Вип. 1. С. 15-22.
18. Кублер-Росс Е. Прощання з життям: Психологія втрати та горя. Нью-Йорк: Simon & Schuster. 2009. 222 с.
19. Кудрявцева Л.В. Психологічні особливості молодіжних тривожних розладів. *Вісник психології*. 2020. Вип. 12 (3). С. 100-109.
20. Куш А.О., Герасіна С.В. Панічні атаки: причини, ознаки прояву та методи терапії і самопомогі. *Перспективи розвитку сучасної психології* : зб. наук. пр. Переяслав (Київ. обл.), 2019. Вип. 5. С. 79-83.
21. Лазарева І. Психологічні аспекти тривожних станів у молоді. *Журнал психічного здоров'я*. 2022. Вип. 4. С. 102-110.
22. Лазарус Р., Фолкман С. Стрес та адаптація: Визначення та зміна емоційних реакцій. Нью-Йорк: Springer Publishing Company, 1984. 345 с.
23. Лебідь Г. Психологічна підтримка молоді з тривожно-панічними розладами: діагностика та корекція. Київ: Академія психології, 2021. 250 с.

24. Лотоцька Л., Лотоцька-Дудик У., Брейдак Ю. Психічне здоров'я молоді в умовах військових конфліктів. *Viae Educationis: Studies of Education and Didactics*. 2022. Vol. 1, № 3. С. 54–61.
25. Мартиненко В. Тривожність і депресія у молодих людей: соціальні аспекти та вплив пандемії. *Книга наукових досліджень*. 2019. Вип. 18. С. 58-64.
26. Мельник О. Психічне здоров'я молоді в Україні: сучасний стан і шляхи вирішення проблем. *Книга наукових досліджень*. 2022. Вип. 10 (2). С. 21-27.
27. Мельников Е.М., Дубровіна І.В. Тривожність та її вплив на психічне здоров'я. *Психологічні дослідження*. 2012. Вип. 9 (2). С. 113-118.
28. Мисак Н. Психологічні стратегії підтримки молоді в умовах пандемії COVID-19. *Сучасна психологія*. 2020. Вип. 13 (5). С. 78-85.
29. Михайлюк П. Сучасні методи терапії тривожно-панічних розладів у молоді. *Журнал клінічної психології*. 2023. Вип. 15 (4). С. 24-31.
30. Мозговий В.М. Мозгова Л.В. Психологічні особливості формування панічних атак у молоді. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2016. Вип. 1. С. 45-51.
31. Нищук М. Тривожні розлади серед підлітків та молоді. Київ: Літера, 2021. 324 с.
32. Нікольський В. Соціальні аспекти розвитку депресії та тривожності серед молоді. *Журнал соціальної психології*. 2019. Вип. 7 (4). С. 54-60.
33. Остром І.В. Сучасні методи лікування тривожних розладів серед молоді. *Психотерапія та консультування*. 2020. Вип. 4. С. 87-93.
34. Павелків Р.В. Вікова психологія : підручник. Київ, Кондор, 2015. 469 с.
35. Папуча М. В., Наконечна М. М. Теоретичні основи психології особистості : навч. посіб. М. В. Папуча, М. М. Наконечна. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2018. 60 с.
36. Педенко С. Роль психологічної підтримки в лікуванні панічних атак. *Практична психологія*. 2023. Вип. 6. С. 112-120.

37. Пірсон С. Емоційний інтелект у соціальних взаємодіях. Лондон: Routledge, 2021. 288 с.
38. Подоляк Л.Г., Юрченко В.І. Психологія вищої школи: Підручник 2-вид. К.: ЦУЛ, 2014. С. 175.
39. Помогайбо В.М. Березан О.І., Петрушов А.В. Генетика розладу загальної тривожності. *Психологія і особистість* : наук. журнал / Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України ; Полтав. нац. пед. ун-т імені В.Г. Короленка. Київ ; Полтава, 2020. Вип. 2 (18). С. 280-291.
40. Пророк Н.І. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ. 2018. 208 с.
41. Психодіагностичний комплекс з вивчення особистості студента: практ. посібник / Л.В. Пляка, С.В.Огарь. Харків: НФаУ, 2016. 124 с.
42. Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник / уклад.: Лемак М.В., Петрище В.Ю. Вид. 2-ге, випр. Ужгород : Вид-во Олександри Гаркуші, 2012. 615 с.
43. Савчук Т. Тривожність і депресія серед молоді в умовах соціальних змін. *Журнал психології*. 2020. Вип. 1. С. 45-52.
44. Сергеєнкова О.П. Загальна психологія: Навчальний посібник. К.: ЦУЛ, 2015. С. 205.
45. Сергієнко А. Тривожно-панічні розлади: клінічні особливості та методи лікування. Київ: Видавництво «Психологічний науковий центр», 2018. 222 с.
46. Сидоренко О. Тривожні розлади в молодіжному середовищі: психологічні та соціальні аспекти. *Психологічна наука*. 2022. Вип. 8 (4). С. 42-47.
47. Смирнова Н. Клінічні аспекти тривожно-панічних розладів у підлітків та молоді. *Вісник психотерапії*. 2023. Вип. 13 (4). С. 45-50.
48. Співак Л., Османова А. Психодіагностика в клінічній психології. Київ: Університет «Україна», 2023. 228 с.

49. Теоретико-методологічні проблеми психології особистості / А.В. Кабанцева, О.А. Панченко // *Психологія і особистість*. 2020. Вип. 2. С. 9-22.
50. Томчук С.М., Томчук М.І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: монографія. Вінниця: КВНЗ «ВАНО», 2018. 200 с.
51. Федоренко П., Качай І. Когнітивні особливості тривожних розладів. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2018. Вип. 3. С. 120-128.
52. Федорова Н. Сучасні методи лікування тривожно-панічних розладів у підлітків. *Вісник неврології та психіатрії*. 2023. Вип. 24 (5). С. 68-73.
53. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості. Навчальний посібник. Бердянськ: «БДПУ» 2016. 193 с.
54. Шнайдер Д. Психологічна підтримка молоді з тривожно-панічними розладами: методи і підходи. *Практична психологія*. 2022. Вип. 12. С. 77-82.
55. Шульга О.В. Психологічна допомога молоді з тривожними розладами. *Психологічні дослідження*. 2018. Вип. 14 (1). С. 77-86.
56. Яценко О. Соціальна підтримка та психологічна допомога молоді з тривожними розладами. Київ: Мистецтво, 2017. 198 с.
57. Allen L.A. & Matthysee T.M. Assessing anxiety and coping in adolescents during the COVID-19 pandemic. *Journal of Child & Adolescent Behavior*. 2021. Vol. 9, № 3. P. 53-61. DOI: <https://doi.org/10.1177/2150132721991234>.
58. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013. 991 p.
59. Asmundson G.J. & Taylor S. Panic disorder and agoraphobia: Psychopathology and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2019. Vol. 64, № 8. P. 593-598.
60. Bandelow B. & Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2025. Vol. 17, № 3. P. 3-14.

61. Barlow D.H. The Anxiety and Worry Workbook: The Cognitive Behavioral Solution. New York: The Guilford Press, 2014. 222 p.
62. Barlow D.H. & Craske M.G. Mastery of Your Anxiety and Panic: Workbook for Adolescents. New York: Oxford University Press, 2022. 232 p.
63. Barton J. & Gallagher M. Social Isolation and Its Impact on Mental Health in Youth. *Journal of Adolescent Health*. 2021. Vol. 68, № 4. P. 122-128.
64. Borkovec T.D. & Behar E. The nature and treatment of anxiety disorders in youth. *Behavioral Research and Therapy*. 2014. Vol. 56. P. 32-40.
65. Dowd L. & Weintraub R. Assessing the role of cognitive bias in the development of panic disorder. *Psychiatry Research*. 2019. Vol. 254. P. 122-130.
66. Fava G.A., & Tomba, E. Well-being therapy: An overview of the method and its applications. *Journal of Affective Disorders*. 2015. Vol. 172. P. 121-132. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.025>.
67. Golembiewski E. & Jones C. Panic Disorder and Social Anxiety Among Young Adults: The Impact of the COVID-19 Pandemic. *Psychiatric Quarterly*. 2021. Vol. 92, № 2. P. 250-263.
68. Gorman J.M. Cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Psychiatric Clinics of North America*. 2017. Vol. 40, № 1. P. 65-73.
69. Hirschfeld R.M. & Barlow D.H. The Anxiety and Depression Workbook. New York: Oxford University Press, 2013. 324 p.
70. Hohagen F. & Ruther E. Pharmacotherapy in Panic Disorder. *European Neuropsychopharmacology*. 2017. Vol. 27, № 9. P. 890-895.
71. Kessler R.C. & Bromet E.J. The Epidemiology of Depression and Anxiety in the United States. *Journal of Psychiatric Research*. 2013. Vol. 47, № 7. P. 8-18.
72. Lader M. & Nutt D. Pharmacological treatment of anxiety disorders. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2020. Vol. 107, № 5. P. 1-17.
73. Levine J. & Muench A. Diet and mental health: The impact of nutrition on anxiety and depression. *Psychiatry Research*. 2021. № 304. P. 114-147. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.114147.

74. Ma J. & Ma L. Prevalence and Risk Factors for Panic Disorder among Adolescents: A Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2019. Vol. 246. P. 91-98. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.045>.
75. Masi G. & Mucci M. Obsessive-Compulsive and Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018. Vol. 47, № 5. P. 825-837.
76. Nierenberg A.A. & Wiegand J. Panic disorder in adolescents: A review of diagnosis and treatment. *The Lancet Psychiatry*. 2020. Vol. 7, № 6. 439-446. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30081-X)
77. Salkovskis P.M. & Clarke D.M. Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Clinical Practice. London: Routledge, 2016. 350 p.
78. Seligman M.E. & Csikszentmihalyi M. Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*. 2014. Vol. 55, № 1. P. 5-14. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0035683>.
79. Smoller J.W. et al. Genome-wide association study of anxiety and related traits. *Nature Neuroscience*. 2020. № 23. P. 1385-1394. DOI: 10.1038/s41593-020-0711-2.
80. Tolin D.F. A cognitive-behavioral therapy for OCD and related disorders. *Clinical Psychology Review*. 2017. Vol. 54. P. 45-59.
81. Turner A.M. & Woodward T.S. A Cognitive Behavioral Therapy Approach to Panic Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2015. Vol. 29, № 2. P. 131-141.
82. Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741–756.
83. Wentz G. “Understanding anxiety”: a conjecture about Sjören K'ergegaard (1813–1855). Lectures for senior students. Munich: Ludwig-Maximilian University, 2006. 15 p.

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГАР	Генералізована адаптаційна реакція
ГСР	Гострий стресовий розлад
ГТР	Генералізований тривожний розлад
ДНК	Дезоксирибонуклеїнова кислота
ЗМІ	Засоби масової інформації
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
ОГ	Основна група
ОКР	Обсесивно-компульсивний розлад
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
СДВГ	Синдром дефіциту уваги та гіперактивності
САН	Опитувальник «Самопочуття, активність, настрій»
СІЗЗС	Інгібітори зворотного захоплення серотоніну
ТПР	Тривожно-панічні розлади
DSM	Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів
GRT	Генералізована тривога
GSI	Підсумковий бал
GWAS	Дослідження пов'язані зі скануванням геному
PDSS	Шкала тяжкості панічного розладу
SCL-90-R	Симптоматичний опитувальник

ДОДАТКИ

Додаток 1

ОСОБИСТІСНА ШКАЛА ПРОЯВІВ ТРИВОГИ ТЕЙЛОРА

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне з 60-ти запропонованих тверджень, які вимагають однозначних відповідей («так» або «ні»). У реєстраційному банку, у клітинці, відповідній номеру твердження, поставте знак «+» (так), якщо згодні, або «-» (ні), якщо не згодні. Відповідайте швидко, довго не замислюйтесь».

Текст опитувальника:

1. Я можу довго працювати не втомлюючись.
2. Я завжди виконую свої обіцянки, не зважаючи на те, зручно мені це чи ні.
3. Зазвичай руки й ноги в мене теплі.
4. У мене рідко болить голова.
5. Я впевнений у своїх силах.
6. Очікування мене нервує.
7. Часом мені здається, що я ні на що не здатний.
8. Зазвичай я відчуваю себе цілком щасливим.
9. Я не можу зосередитися на чомусь одному.
10. У дитинстві я завжди негайно й покірливо виконував все те, що мені доручали.
11. Раз на місяць або частіше в мене буває розлад шлунка.
12. Я часто ловлю себе на тому, що мене щось тривожить.
13. Я думаю, що я не більше нервовий, ніж більшість людей.
14. Я не надто сором'язливий.
15. Життя для мене майже завжди пов'язане з великим напруженням.
16. Іноді буває, що я говорю про речі, в яких не розбираюся.
17. Я червонію не частіше, ніж інші.
18. Я часто засмучуюсь через дрібниці.
19. Я рідко помічаю в себе серцебиття або задишку.
20. Не всі люди, яких я знаю, мені подобаються.

21. Я не можу заснути, якщо мене щось тривожить.
22. Зазвичай я спокійний і мене нелегко засмутити.
23. Мене часто мучать нічні кошмари.
24. Я схильний все сприймати надто серйозно.
25. Коли я нервую, в мене посилюється пітливість.
26. У мене неспокійний і переривчастий сон.
27. В іграх я волію скоріше вигравати, ніж програвати.
28. Я більш чутливий, ніж більшість інших людей.
29. Буває, що нескромні жарти та гостроти викликають у мене сміх.
30. Я хотів би бути так само задоволений своїм життям, як, мабуть, задоволені інші.
31. Мій шлунок сильно турбує мене.
32. Я постійно заклопотаний своїми матеріальними та службовими справами.
33. Я насторожено ставлюся до деяких людей, хоча знаю, що вони не можуть заподіяти мені шкоди.
34. Мені часом здається, що переді мною нагромаджені такі труднощі, яких мені не подолати.
35. Я легко ніяковію.
36. Часом я стаю настільки збудженим, що це заважає мені заснути.
37. Я вважаю за краще ухилятися від конфліктів і скрутних ситуацій.
38. У мене бувають напади нудоти та блювоти.
39. Я ніколи не спізнювався на побачення або роботу.
40. Часом я відчуваю, що від мене немає ніякої користі.
41. Іноді мені хочеться вилятися.
42. Майже завжди я відчуваю тривогу у зв'язку з чим-небудь або з ким-небудь.
43. Мене турбують можливі невдачі.
44. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.
45. Мене нерідко охоплює відчай.
46. Я – людина нервова і легко збуджувана.
47. Я часто помічаю, що мої руки тремтять, коли я намагаюся що-небудь зробити.

48. Я майже завжди відчуваю відчуття голоду.
49. Мені не вистачає впевненості в собі.
50. Я легко пітнію навіть у прохолодні дні.
51. Я часто мрію про такі речі, про які краще нікому не розповідати.
52. У мене дуже рідко болить живіт.
53. Я вважаю, що мені дуже важко зосередитися на який-небудь задачі або роботі.
54. У мене бувають періоди такого сильного занепокоєння, що я не можу довго всидіти на одному місці.
55. Я завжди відповідаю на листи відразу ж після прочитання.
56. Я легко засмучуюсь.
57. Практично я ніколи не червонію.
58. У мене набагато менше різних побоювань і страхів, ніж у моїх друзів і знайомих.
59. Буває, що я відкладаю на завтра те, що слід зробити сьогодні.
60. Зазвичай я працюю з великою напругою.

«Ключ»

В 1 бал оцінюються відповіді «так» до висловлювань 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 56, 60 і відповіді «ні» до висловлювань 1, 3, 4, 5, 8, 14, 17, 19, 22, 39, 43, 52, 57, 58. Неправдивими вважаються відповіді «так» до висловлювань 2, 10, 55 і «ні» до висловлювань 16, 20, 27, 29, 41, 51, 59.

Інтерпретація результатів

Сумарна оцінка:

40-50 балів розглядаються як показник дуже високого рівня тривоги;

25-39 балів свідчать про високий рівень тривоги;

16-24 бала – про середній рівень (з тенденцією до високого);

5-15 балів – про середній рівень (з тенденцією до низького);

0-4 бала – про низький рівень тривоги.

ШКАЛА ТЯЖКОСТІ ПАНІЧНОГО РОЗЛАДУ (PDSS, PANIC DISORDER SEVERITY SCALE)

Інструкція. Деякі з наступних питань відносяться до нападів паніки та нападів з обмеженими симптомами. У цьому опитувальнику панічна атака визначається як раптовий напад страху або дискомфорту, що супроводжується щонайменше чотирма симптомами, наведеними нижче. Щоб кваліфікуватися як раптовий напад, симптоми мають досягти піку протягом 10 хвилин. Епізоди, подібні до панічних атак, але які мають менше 4 з перерахованих симптомів, називаються атаками з обмеженими симптомами.

Симптоми, на які варто звернути увагу: прискорене або сильне серцебиття, біль або дискомфорт у грудях, озноб або припливи жару, пітливість, нудота, тремтіння або тремор, запаморочення або непритомність, страх втратити контроль або збожеволіти, задуха або відчуття задухи, відчуття нереальності, страх смерті, оніміння чи поколювання в кінцівках.

Текст опитувальника:

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

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

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

було нападів паніки, але були напади з обмеженими симптомами, дайте відповідь стосовно нападів з обмеженими симптомами.)

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

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

- Ніколи.
- Іноді.
- Часто.
- Дуже часто.
- Майже постійно.

4. Чи були протягом минулого тижня будь-які місця чи ситуації (наприклад, громадський транспорт, кінотеатри, натовпи, мости, тунелі, торгові центри, перебування на самоті), яких ви уникали або боялися (відчували дискомфорт, хотіли уникати або піти), через страх перед панічної атакою? Чи є інші ситуації, яких ви б уникали або боялися з тієї ж причини, якби вони виникли протягом тижня? Якщо так, будь ласка, оцініть свій рівень страху та уникнення минулого тижня.

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

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

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

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

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

- Відсутність страху або уникнення ситуацій чи діяльності через тривожні фізичні відчуття.

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

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

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

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

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

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

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

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

○ Надзвичайне порушення, яке позбавляє працездатності, таке, що я майже нічого не міг зробити в громадських справах.

Інтерпретація результатів

Кожне питання оцінюється від 0 до 4 балів, де 0 означає відсутність симптомів, а 4 – максимальну тяжкість симптомів. Підсумковий бал обчислюється простим підсумовуванням результатів відповідей на запитання та коливається в межах від 0 до 28 балів.

Діапазон балів PDSS	Інтерпретація
0-1	Норма
2-5	Межовий панічний розлад
6-9	Панічний розлад легкого ступеня
10-13	Панічний розлад помірного ступеня
14-28	Виражений панічний розлад

Додаток 3

СИМПТОМАТИЧНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК (SCL-90-R)

Інструкція. Нижче зазначено перелік проблем і скарг, які іноді є у людей. Уважно прочитайте кожне твердження і оцініть, на скільки Ви погоджуєтесь із ним. Оцініть ступінь Вашого дискомфорту або стривоженості у зв'язку з тією чи іншою проблемою протягом останнього тижня, включаючи сьогодні. Оцініть кожне твердження, не пропускаючи жодного пункту:

- 0 – зовсім ні;
- 1 – трохи;
- 2 – помірно;
- 3 – сильно;
- 4 – дуже сильно.

Текст опитувальника:

№ п/п	Твердження	Оцінка
1.	Головний біль	
2.	Нервозність або тремтіння всередині	
3.	Повторювані неприємні думки	
4.	Слабкість або запаморочення	
5.	Втрата статевого потягу або задоволення	
6.	Почуття невдоволення іншими	
7.	Відчуття, що хтось інший може управляти Вашими думками	
8.	Відчуття, що майже у всіх Ваших неприємностях винні інші	
9.	Проблеми з пам'яттю	
10.	Ваша неакуратність або неохайність	
11.	Роздратування, що легко виникає	
12.	Болі в серці або в грудній клітці	
13.	Почуття страху у відкритих місцях або на вулиці	
14.	Нестача сил або загальмованість	

15.	Думки про те, щоб накласти на себе руки	
16.	Ви чуєте голоси, яких не чують інші	
17.	Тремтіння	
18.	Відчуття, що більшості людям не можна довіряти	
19.	Поганий апетит	
20.	Сльозливість	
21.	Сором'язливість або скутість в спілкування з особами протилежної статі	
22.	Відчуття, що ви потрапили у пастку	
23.	Несподіваний і безпричинний страх	
24.	Спалахи гніву, які Ви не могли стримати	
25.	Боязнь вийти одному з дому	
26.	Відчуття провини	
27.	Болі у попереку	
28.	Відчуття, що щось Вам заважає зробити що-небудь	
29.	Відчуття самотності	
30.	Пригнічений настрій, «хандра»	
31.	Надмірне занепокоєння з різних приводів	
32.	Відсутність інтересу до усього	
33.	Почуття страху	
34.	Ваші почуття легко зачепити	
35.	Відчуття, що інші проникають у Ваші думки	
36.	Відчуття, що інші не розуміють Вас або співчують Вам	
37.	Відчуття, що люди недружелюбні або Ви їм не подобаєтеся	
38.	Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилки	
39.	Сильне або прискорене серцебиття	
40.	Нудота або розлад шлунку	
41.	Відчуття, що Ви гірші за інших	

42.	Болі в м'язах	
43.	Відчуття, що інші спостерігають за Вами або говорять про Вас	
44.	Вам важко заснути	
45.	Потреба постійно перевіряти те, що Ви робите	
46.	Труднощі в прийнятті рішень	
47.	Страх їздити в автобусах, метро або поїздах	
48.	Утруднене дихання	
49.	Напади жару або ознобу	
50.	Необхідність уникати деяких місць або дій, тому що вони Вас лякають	
51.	Ви легко забуваєте, про що нещодавно думали	
52.	Оніміння або поколювання в різних частинах тіла	
53.	Комок в горлі	
54.	Відчуття, що майбутнє безнадійне	
55.	Вам важко зосередитися	
56.	Відчуття слабкості в різних частинах тіла	
57.	Відчуття тиску або напруженості	
58.	Важкість в кінцівках	
59.	Думки про смерть	
60.	Переїдання	
61.	Відчуття незручності, коли люди спостерігають за Вами або говорять про Вас	
62.	Відчуваєте, що у Вас в голові чужі думки	
63.	Бажання заподіювати тілесні ушкодження або шкоду кому-небудь	
64.	Ранкове безсоння	
65.	Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перечитувати тощо	
66.	Неспокійний і тривожний сон	
67.	Бажання ламати або троцтити що-небудь	

68.	Наявність у Вас ідей або вірувань, які не поділяють інші	
69.	Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими	
70.	Почуття зніяковілості у людських місцях (магазинах, кінотеатрах)	
71.	Відчуття, що все, що б Ви не робили, вимагає великих зусиль	
72.	Напади жаху або паніки	
73.	Почуття ніяковості, коли Ви їсте або п'єте на людях	
74.	Ви часто вступаєте в суперечку	
75.	Нервозність, коли Ви залишилися на самоті	
76.	Інші недооцінюють Ваші досягнення	
77.	Відчуття самотності, навіть коли Ви з іншими людьми	
78.	Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці	
79.	Відчуття власної нікчемності	
80.	Відчуття, що з Вами станеться щось погане	
81.	Ви кричите або жбурляєте речами	
82.	Страх, що Ви втратите свідомість на людях	
83.	Відчуття, що люди зловживають Вашою довірою	
84.	Вас турбують сексуальні думки	
85.	Вас турбують думки, що Ви повинні бути покарані за Ваші гріхи	
86.	Кошмарні думки або бачення	
87.	Думки про те, що з Вашим тілом щось не в порядку	
88.	Ви не відчуваєте близькості ні до кого	
89.	Почуття провини	
90.	Думки про те, що з Вашим розумом діється щось недобре	

Обробка результатів:

Для отримання результату за базовими шкалами необхідно обчислити середнє арифметичне значення з питань, що входять в цю шкалу, тобто додати бали по питанням, які входять у шкалу і розділити суму на їх кількість. Якщо на якісь питання не було отримано відповідей, то їх виключають з підрахунку. У

випадку, якщо пропущено 20% питань тесту (18 пунктів) або 40% питань будь-якої шкали, результати не можуть оцінитися достовірними.

Результат за шкалою GSI – це середнє арифметичне значення всього тесту, тобто сума балів усіх питань, поділена на 90.

PST дорівнює деякі питання, на які дані невід’ємні відповіді.

PSDI – середня важкість симптомів, обговорюється як поділ загального балу за увесь тест на значення PST. Отже, при $PST = 90$, GSI і PST дорівнювати один одному, чим менше значення PST, тим більше буде відмінність між ними.

Шкала	Кількість питань	Номера питань
Соматизація	12	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
Нав’язливість	10	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
Інтерперсональна чутливість	9	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
Депресія	13	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
Тривожність	10	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
Ворожість	6	11, 24, 63, 67, 74, 81
Нав’язливі страхи (фобії)	7	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
Параноїдальність	6	8, 18, 43, 68, 76, 83
Психотизм	10	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

Інтерпретація

Шкала 1. Соматизація. Порушення, що називаються соматизацією відображають дистрес, що виникає із відчуттям соматичної дисфункції. Сюди відносяться скарги щодо функцій шлунково-кишкового тракту, респіраторної та інших системних причин, зокрема головні болі, болі в різних частинах тіла в тому числі й м’язові, а також – соматичні еквіваленти тривожності. Всі ці симптоми і ознаки можуть вказувати на наявність психічних розладів, хоча й можуть означати реальні соматичні захворювання.

Шкала 2. Нав’язливості. Обсесивно-компульсивний розлад відображає симптоми, переважно тотожні стандартному клінічному розладу з тією ж назвою. Ці питання стосуються думок і дій, які переживаються індивідуально безперервні, нездоланні і чужі для «Я». У цю шкалу також включені питання, що

стосуються поведінки або переживань більш загального когнітивного забарвлення.

Шкала 3. Інтерперсональна чутливість. Даний розлад визначається почуттями особистісної неадекватності і неповноцінності, особливо така людина порівнює себе з іншими. Осуд себе, почуття неспокою і помітний дискомфорт у процесі міжособистісної взаємодії характеризують прояв цього синдрому. Крім того, індивіди з високими показниками за даною шкалою повідомляють про загострене почуття усвідомлення власного Я і негативних очікувань щодо міжособистісної взаємодії і будь-яких комунікацій з іншими людьми.

Шкала 4. Депресія. Симптоми цього розладу відображають широку галузь проявів клінічної депресії. Тут представлені симптоми дисфорії та афекту, зокрема ознаки відсутності інтересу до життя, нестачі мотивації і втрати життєвої енергії. Крім того, сюди відносяться почуття безнадії, думки про суїцид і інші когнітивні соматичні кореляти депресії.

Шкала 5. Тривожність. Тривожний розлад складається з ряду симптомів і ознак, яка клінічно пов'язана з високим рівнем маніфестованої тривожності. У визначення входять загальні ознаки, такі як нервозність, напруга і тремтіння, а також напади паніки і відчуття насильства. В якості ознаки тривожності сюди відносяться когнітивні компоненти, що включають почуття побоювання і страхи та деякі та деякі соматичні кореляти тривожності.

Шкала 6. Ворожість. Ворожість включає думки, почуття або дії, які є проявами негативного афективного стану злості. До відповідності пунктів підходять усі три ознаки, що відображають такі якості, як агресія, дратівливість, обурення.

Шкала 7. Нав'язливі страхи (фобії). Відзначається як стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуацію, яка характеризується як нераціональна і неадекватна по відношенню до стимулу, що веде до уникнення поведінки.

Шкала 8. Параноїдність. Дане визначення представляє параноїдну поведінку як вид порушень мислення. Кардинальних проєктивних думок, ворожості, підозрілості, пихатості, незалежності, ілюзії розглядаються як основні ознаки цього розладу, і вибір питання орієнтовані саме на представленість цих ознак.

Шкала 9. Психотизм. У шкалу психотизму включені питання, що вказують на унікаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя, на симптоми шизофренії, такий як галюцинації або слухання голосів. Шкала психотизму є градуїованим континуумом від м'якої міжособистісної ізоляції до очевидних доказів психотизму. Крім того, вона може бути корисна для грубої обробки агравації, симуляції і недбалого заповнення бланка – при високих значеннях по ній при наявності симптоматики.

Загальний індекс тяжкості симптомів (GSI) GSI є індикатором поточного стану і глибини розладу, його слід використовувати в більшості випадків, де потрібен узагальнений одиничний показник. GSI є комбінацією інформації про кількість симптомів та інтенсивність пережитого дистресу.

Індекс наявного симптоматичного дистресу (PSDI). PSDI є виключно мірою інтенсивності стану, що відповідає більшості симптомів. Цей показник працює в основному як індикатор типу реагування на взаємодію: чи підсилюється або зменшує симптоматичний дистрес при відповідях.

Загальна кількість ствердних відповідей (PST). PST – підрахунок кількості симптомів, на які пацієнт дає позитивні відповіді, – тобто кількість тверджень, для яких випробуваний зазначає той рівень, який є вищим нульового.