

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий медичний інститут

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра психології

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри психології

_____ А. І. Яблонський

“ _____ ”

_____ 2024 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему:

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАНІЧНИХ АТАК ТА
ШОХОНДРІЙ В ЗРІЛОМУ ВІЦІ**

Керівник:

д.психол.н., професор

Яблонський Андрій Іванович

(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент:

(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконала:

студентка VI курсу групи 665 М

Телехан Тетяна Миколаївна

(П.І.Б.)

Спеціальності:

053 «Психологія»

(шифр і назва спеціальності)

ОПП:

«Психологія»

Миколаїв – 2024 рік

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Інститут, факультет, відділення	Навчально-науковий медичний інститут
Кафедра, циклова комісія	кафедра психології
Рівень вищої освіти	другий (магістерський)
Спеціальність	053 «Психологія»
ОПП / ОНП	«Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

А. І. Яблонський

“ ” 2024 року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Телехан Тетяні Миколаївні

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Психологічні особливості панічних атак та іпохондрії в зрілому віці.

керівник роботи: Яблонський Андрій Іванович

д.психол.н., професор

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від

«26» вересня 2024 року № 249/1.

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) «21» листопада 2024 року
3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: вступ, основна частина, висновок, список використаних джерел та літератури, додатки (якщо є).
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) згідно з планом кваліфікаційної роботи магістра.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) не планується.
6. Консультанти розділів проєкту (роботи).

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Яблонський А.І.		
Розділ 1	Яблонський А.І.		
Розділ 2	Яблонський А.І.		
Розділ 3	Яблонський А.І.		
Висновки	Яблонський А.І.		

7. Дата видачі завдання 11.09.2024

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1.	Погодження керівником змісту КРМ	12.09.2024	
2.	Пошук добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження	13.09.2024	
3.	Робота над підготовкою тексту КРМ	15.09.2024	
4.	Розділ 1. Теоретичний аналіз панічних атак та іпохондрії в зрілому віці	30.09.2024	
5.	Розділ 2. Емпіричне дослідження панічних атак та іпохондрії в зрілому віці	14.10.2024	
6.	Розділ 3. Організація корекційної роботи для зменшення панічних та іпохондричних проявів у зрілому віці	15.11.2024	
7.	Передкваліфікаційна практика	15.09.2024	
8.	Висновки	18.11.2024	
9.	Рецензія на дипломну роботу.	02.12.2024	
10.	Попередній захист.	02.12.2024	
11.	Захист дипломної роботи.	19.12 2024	

Студент

(підпис)

Телехан Т.М.

(прізвище та ініціали)

Керівник проєкту (роботи)

(підпис)

Яблонський А.І.

(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Телехан Т.М. Психологічні особливості панічних атак та іпохондрії в зрілому віці.

Кваліфікаційна робота на здобуття вищої освіти другого (магістерського) рівня за спеціальністю 053 «Психологія» - Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2024.

Кваліфікаційна робота полягає в теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні психологічних особливостей панічних атак та іпохондрії в зрілому віці.

Об'єктом дослідження виступають панічні атаки та іпохондрія як психологічні явища. Предметом дослідження є психологічні особливості панічних атак та іпохондрії в зрілому віці.

У роботі досліджено та узагальнено погляди науковців щодо панічних атак та іпохондрії в зрілому віці. Підібрано психодіагностичний інструментарій цієї проблеми та визначено методи математичної статистики для емпіричного дослідження. Узагальнено результати дослідження та розроблено психокорекційну програму й досліджено зміни, що відбулися в осіб зрілого віку після її впровадження.

Результати проведеного дослідження можуть бути використані психологами, спеціалістами психологічних служб при консультативній і психокорекційній роботі з особами зрілого віку та для розробки робочих програм та навчально-методичної літератури.

Ключові слова: панічні атаки, іпохондрія, зрілий вік, тривожність, психологічні особливості, психокорекція.

ANNOTATION

Telekhan T.M. Psychological Features of Panic Attacks and Hypochondria in Adulthood.

Qualification work for obtaining a higher education degree at the second (master's) level in the specialty 053 "Psychology" – Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, 2024.

This qualification work focuses on the theoretical substantiation and empirical study of the psychological features of panic attacks and hypochondria in adulthood. The object of the study is panic attacks and hypochondria as psychological phenomena. The subject of the study is the psychological features of panic attacks and hypochondria in adulthood.

The study investigates and summarizes the views of researchers on panic attacks and hypochondria in adulthood. Psychological assessment tools for studying this issue were selected, and statistical methods for empirical research were determined. The research results were generalized, a psychocorrectional program was developed, and changes in adults after its implementation were analyzed.

The results of this study can be used by psychologists and specialists in psychological services during consultation and psychocorrectional work with adults, as well as for the development of working programs and educational-methodological literature.

Keywords: panic attacks, hypochondria, adulthood, anxiety, psychological features, psychocorrection.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПАНІЧНИХ АТАК ТА ІПОХОНДРІЇ В ЗРІЛОМУ ВІЦІ	7
1.1. Теоретичні засади дослідження панічних атак	7
1.2. Теоретичні засади дослідження іпохондрії як психологічного явища	14
1.3. Психологічні особливості зрілого віку	20
1.4. Особливості прояву панічних атак та іпохондрії в зрілому віці	26
Висновки до першого розділу	30
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАНІЧНИХ АТАК ТА ІПОХОНДРІЇ В ЗРІЛОМУ ВІЦІ	33
2.1. Методичні засади дослідження панічних атак та іпохондрії	33
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження	43
Висновки до другого розділу	51
РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ ПАНІЧНИХ ТА ІПОХОНДРИЧНИХ ПРОЯВІВ У ЗРІЛОМУ ВІЦІ	54
3.1. Обґрунтування та зміст психокорекційної програми формувального експерименту	54
3.2. Аналіз результатів формувального експерименту	75
Висновки до третього розділу	78
ВИСНОВКИ	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	87
ДОДАТКИ	94

ВСТУП

Актуальність. На сьогодні, проблема панічних атак та іпохондрії серед осіб зрілого віку є надзвичайно актуальною і потребує серйозної уваги науковців і практиків. Тривожність є одним з найпоширеніших викликів психічного здоров'я зрілості. Панічні атаки та іпохондрія, як прояви підвищеного рівня тривожності, все частіше зустрічаються серед осіб даного вікового періоду, що істотно позначається на їхньому психічному добробуті та якості життя.

У період зрілості особи зіштовхуються з фізіологічними, психологічними та соціальними змінами, які можуть стати тригерами для розвитку іпохондричних станів та панічних атак. Старіння організму, зростаюче усвідомлення власної вразливості та ризиків для здоров'я часто призводять до надмірного занепокоєння і схильності до самоспостереження, що, в свою чергу, загострює іпохондрію та підвищує ризик панічних реакцій.

Попри велику актуальність цієї теми, вона залишається недостатньо дослідженою, особливо у зрілому віці, і комплексний аналіз панічних атак та іпохондрії в цьому періоді життєвого циклу практично не проводився. У наукових роботах висвітлюються окремі аспекти іпохондрії та панічних атак, але їхній взаємозв'язок залишається поза увагою. Серед відомих дослідників, які приділяли увагу іпохондрії, можна виокремити таких науковців, як П. Салковскіс, А. Елліс, Г. Апкарян, М. Мокрякова, Х. Крайтон-Міллер, Т. Далрімпл, Ф.Х. Деркум, А. Голдберг, С. Хіт, Т. Хаббард, А. Ханнісетт, К. Канліфф та інші. У сфері дослідження панічних атак особливий внесок зробили А. Бек, А. Елліс, З.О. Антонова, О.Б. Емішянц, О.Срібна, Е. Кокколі, М. Х. Флайт, Х. Гуань, П. Цао, Дж.С. Гуліон, Г. Гібберт, Д. Пілсбері, П. Ломас, Дж. Л. Маколей, Р. А. Клейнкнехт, Дж. Потокар, Д. Натт, Дж. К. Річардс, В. Річардсон, К. П'єр, С. В. Ронад та інші.

Розуміння психологічних особливостей панічних атак та іпохондрії в зрілому віці є важливим для розробки ефективних стратегій профілактики та втручання. Дослідження взаємозв'язку між панічними атаками та іпохондрією має велике значення для розробки більш конкретних та ефективних методів психологічної підтримки. Розуміння коренів панічних атак є ключовим аспектом у розв'язанні цих проблем, і виявлення іпохондричних переконань як основної причини панічних атак може допомогти у розробці спеціалізованих програм інтервенцій, що сприятимуть покращенню якості життя осіб, які звертаються за психологічною допомогою.

Підвищення обізнаності про особливості панічних атак та іпохондрії в зрілому віці також сприятиме запобіганню розвитку цих станів, що є першим кроком до зміцнення психічного добробуту. Розуміння людьми зрілого віку своїх вікових змін і факторів, які можуть спричинити підвищену тривожність, сприятиме формуванню усвідомленого ставлення до власного здоров'я, що зменшує ризик розвитку панічних реакцій та іпохондричних проявів.

Отже, дослідження психологічних особливостей панічних атак та іпохондрії в зрілому віці не лише сприятиме розробці більш ефективних програм допомоги, але й глибшому розумінню психологічних механізмів, які лежать в їх основі, що веде до більш успішної корекції та підтримки. Саме тому, ця проблема є надзвичайно актуальною та потребує більш глибокого її дослідження.

Об'єкт дослідження – панічні атаки та іпохондрія як психологічні явища.

Предмет дослідження – особливості панічних атак та іпохондрії в зрілому віці.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості панічних атак та іпохондрії в зрілому віці.

Для досягнення мети були поставлені наступні **завдання дослідження:**

- 1) Теоретично дослідити та узагальнити погляди науковців щодо панічних атак та іпохондрії в зрілому віці.

- 2) Підібрати психодіагностичний інструментарій цієї проблеми та визначити методи математичної статистики для емпіричного дослідження.
- 3) Провести емпіричне дослідження особливостей панічних атак та іпохондрії в зрілому віці.
- 4) Систематизувати, узагальнити та проінтерпретувати отримані дані.
- 5) Створити психокорекційну програму та дослідити зміни, що відбулися в осіб зрілого віку після її впровадження.

Методи дослідження. Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень), емпіричні (методи опитування, тестування, констатувальний та формувальний експеримент), методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних та кількісних даних емпіричного дослідження), методи математичної статистики (кореляційний аналіз К. Пірсона, оцінка розбіжності експериментальних даних за допомогою t-критерій Стюдента)

Психодіагностичний комплекс методик склали: шкала тривоги Бека, опитувальник тривоги за здоров'я (SHAI), опитувальник для виявлення панічних атак, шкала оцінки соціальної фобії (SPIN), шкала тривоги Спілбергера (STAI).

Експериментальна база дослідження. Дослідницько-експериментальна робота виконувалася на базі Чорноморського національного університету імені Петра Могили. Вибірку дослідження склали 50 осіб, віком від 50 до 60 років включно, з них 31 жінка та 19 чоловіків.

Теоретична та практична значущість. Результати проведеного дослідження можуть бути використані психологами, спеціалістами психологічних служб при консультативній і психокорекційній роботі з особами зрілого віку та для розробки робочих програм та навчально-методичної літератури з дисциплін: «Вікова та педагогічна психологія», «Психологія особистості», «Психологічне консультування». Крім того,

отримані результати можуть сприяти подальшим дослідженням у цій області, що дозволить розробити більш ефективні підходи для допомоги особам, які стикаються з панічними атаками та іпохондрією.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на Всеукраїнської науково-практичній конференції «Психологічна наука XXI століття: сучасний стан та перспективи розвитку» (жовтень 2024).

Публікації. Основний зміст і результати роботи відображено у публікації статті у науковому журналі «Психологічні студії» №2 (2024).

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (86 найменувань) та додатків. Робота містить 7 таблиць, 5 рисунків і 3 додатки. Загальний обсяг кваліфікаційної магістерської роботи становить 101 сторінку, основний зміст викладено на 83 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПАНІЧНИХ АТАК ТА ПОХОНДРІЙ В ЗРІЛОМУ ВІЦІ

1.1. Теоретичні засади дослідження панічних атак

У сучасному науковому контексті панічні атаки виступають як важлива та актуальна тема досліджень. Цей психофізіологічний феномен є вкрай складним та має суттєвий вплив на якість життя людини, її емоційний стан та загальний добробут. Попри значну кількість наукових праць у сфері психології та психіатрії, багато аспектів панічних атак залишаються недостатньо вивченими та потребують глибшого аналізу.

Хоча панічні атаки вже довгий час є об'єктом наукових досліджень, у вітчизняній літературі цьому явищу рідко приділяють увагу як окремому об'єкту вивчення. Зазвичай вони розглядаються в контексті інших психічних розладів або вивчаються поряд з іншими симптомами у комплексному підході.

Панічна атака є інтенсивним сплеском тривоги, який виникає раптово і часто не має очевидної причини. Вона проявляється через сильний страх або відчуття дискомфорту, яке швидко досягає свого піка, зазвичай упродовж кількох хвилин. Незважаючи на те, що цей стан може виглядати лякаюче та непередбачувано, завдяки науковим дослідженням його симптоми стають більш зрозумілими, що відкриває нові можливості для ефективної допомоги та підтримки людям, які страждають від панічних атак [31].

Симптоматика панічних атак охоплює широкий спектр фізіологічних, емоційних, когнітивних та поведінкових реакцій, які значно впливають на загальне самопочуття людини та її здатність функціонувати в повсякденному житті. Під час панічної атаки можуть виникати фізіологічні прояви, такі як прискорене серцебиття (тахікардія), надмірне потовиділення, утруднене дихання або відчуття задухи, озноб або відчуття спеки, тремтіння кінцівок, запаморочення, відчуття нестабільності, розлади шлунково-кишкового тракту

(нудота, дискомфорт у животі) та труднощі при ковтанні. Часто ці симптоми можуть сприйматися як прояви серйозного фізичного захворювання, що тільки підсилює тривогу [22].

Емоційна реакція включає інтенсивні відчуття страху чи жаху. Людина може відчувати страх втратити контроль над собою, страх скоїти щось, що виходить за межі соціально прийнятного або розумного, страх втрати свідомості та, найчастіше, страх перед смертю. Такі емоції можуть бути настільки інтенсивними, що здаються нездоланими [70].

Когнітивні симптоми часто включають порушення концентрації уваги, відчуття плутанини та дезорієнтації. Виникає сильна тривога щодо можливих повторень панічної атаки, що сприяє розвитку уникаючої поведінки та звуженню соціального функціонування [63].

Окрім того, під час панічної атаки часто спостерігаються явища дереалізації та деперсоналізації. Дерееалізація характеризується відчуттям нереальності навколишнього світу, наче людина перебуває в якомусь «сні» або в чужій реальності. Деперсоналізація, у свою чергу, супроводжується відчуттям відчуження від власного тіла або думок, коли особистість ніби спостерігає за собою з боку [51].

Поведінкові реакції також можуть бути досить виразними: людина може уникати певних ситуацій або місць, пов'язаних із попередніми панічними атаками, що призводить до обмеження її активності та соціальних контактів. У деяких випадках це може призвести до розвитку агорафобії, коли людина боїться залишати домівку або перебувати в місцях, де важко отримати допомогу під час нападу [47].

Механізм виникнення панічних атак тісно пов'язаний із захисною реакцією організму на стресові ситуації, які можуть виникати внаслідок різноманітних факторів. Коли людина стикається з фізичною загрозою чи психологічним дискомфортом, активується так звана реакція «боротьби або втечі». Цей механізм еволюційно сформувався як спосіб виживання, під час якого організм мобілізує всі свої ресурси для реагування на небезпеку.

У момент прояву цієї реакції активізується симпатичний відділ вегетативної нервової системи, що веде до вивільнення стресових гормонів, зокрема адреналіну, викликаючи ряд фізіологічних змін. У цей час серце починає швидше битися, щоб забезпечити організм більшою кількістю крові, необхідною для активних дій, таких як біг або боротьба. Одночасно звужуються судини в органах, які не беруть участі в цих процесах, наприклад, у шлунково-кишковому тракті. Це призводить до зменшення вироблення травних ферментів, а сам процес травлення сповільнюється або навіть припиняється, що пояснює, чому під час панічної атаки у нас можуть виникати проблеми з травленням, такі як нудота, здуття живота й діарея [66].

Крім того, збільшується кровопостачання до м'язів, що може проявлятися у вигляді тремтіння кінцівок або м'язової напруги. Бронхи розширюються, дозволяючи організму отримувати більше кисню, а м'язи сечового міхура розслабляються, щоб швидше вивільнити зайві рідини. Деякі особи можуть відчувати дереалізацію або деперсоналізацію – це ще одна форма захисної реакції організму, який намагається економити енергію та зменшувати кількість інформації для обробки в умовах стресу [34].

Панічні атаки можуть виникати періодично та повторюватись через певний часовий інтервал. Кожного разу під час нової атаки людина знову й знову переживає негативні сценарії, які, власне кажучи, ніколи не були реальністю. Кожен новий епізод паніки супроводжується переповненою уявою, нескінченним внутрішнім діалогом, дисфункціональними емоціями та передчуттям, що викликає наступний спалах панічного стану [73].

На початковому етапі панічної атаки зазвичай спричиняється стресова ситуація, яка може включати переїзд, конфлікт у сім'ї, операцію, нові обов'язки чи хворобу. Фізичні симптоми, такі як важке дихання, пітливість, запаморочення та швидке серцебиття, можуть бути помилково сприйняті як сигнали надзвичайної небезпеки. Наприклад, особа може зосередитися на збільшенні частоти серцебиття і прийняти поспішний висновок, що

наближається серцевий напад. Це може призвести до надмірної уваги до фізіологічних відчуттів, що в свою чергу посилює збудження та агітацію.

Цей цикл збудження може посилити тривожні інтерпретації подій, відомі як «фальшиві тривоги», оскільки вони підказують про небезпеку, якої насправді не існує. Розгорнута панічна атака може виникнути внаслідок цього збудження та спотворених інтерпретацій [17].

Відповідно до цього, особа може почати формувати очікування подій, пов'язаних з тривогою (страх повторного виникнення панічних атак), і уникати ситуацій, які можуть збільшити тривогу. Це особливо стосується ситуацій, де немає швидкого та безпечного виходу або гарантованої негайної допомоги. Коли основними стратегіями для подолання тривоги стають уникнення та втеча, можна говорити про розвиток агорафобії [85].

Важливо розрізняти панічну атаку від панічного розладу, оскільки вони мають різні характеристики та наслідки. Панічний розлад визначається як психічне захворювання, що характеризується постійними панічними атаками або повторюваним відчуттям тривоги. Самі панічні атаки не є безпосереднім свідченням про панічний розлад, проте люди, які страждають від цього захворювання, часто переживають панічні атаки [57].

Наукові дослідження вказують на те, що панічні атаки можуть бути тісно пов'язані з психічним станом особистості та її індивідуальними характеристиками. Люди, які мають підвищену схильність до тривожності або з історією психічних розладів, можуть мати більшу ймовірність розвитку панічних атак [33].

В цілому, панічні атаки можуть бути спровоковані різноманітними факторами, які можна класифікувати у три основні групи: біологічні, фізіологічні та психогенні. При цьому, в клінічній практиці відзначається, що часто співдіють декілька таких чинників одночасно. Деякі з них можуть викликати перший напад, в той час як інші забезпечують повторність атак [61].

Біологічні фактори включають різноманітні гормональні зміни, такі як ті, що відбуваються під час вагітності, пологів, після вагітності або

народження дитини, а також в період клімаксу або початку статевого життя. Також до цієї групи можуть належати аборти, прийняття гормональних препаратів або зміни у менструальному циклі.

Фізіологічні фактори можуть включати сильну алкогольну інтоксикацію, вживання наркотичних речовин, певні лікувальні препарати або навіть метеорологічні коливання та акліматизацію. Ці фактори можуть стати сприятливими у виникненні панічних атак або посилювати їхню інтенсивність.

Попри важливість біологічних та фізіологічних аспектів, провідними вважаються психогенні чинники. Складні психотравмуючі ситуації, такі як розлучення, смерть близьких або нещасні випадки, можуть спричинити стресові реакції та викликати панічні атаки. Крім того, абстрактні психогенні чинники, які діють через механізм ідентифікації, такі як книги, фільми або мас-медіа, також можуть впливати на стан психіки та спричиняти панічні реакції. Отже, панічна атака може виникнути у будь-якої людини та її провокують сильні та довготривалі фізичні або емоційні перенапруження [79].

За думкою багатьох науковців, панічні атаки не пов'язані з психічною патологією, оскільки порушується лише вегетативна система організму. Навіть маленьке емоційне переживання (наприклад, стресова думка або спогад про попередню атаку) чи зовнішні фактори (як от гучна музика, сильний запах чи яскраве світло) можуть викликати інтенсивне виділення адреналіну і виражену вегетативну реакцію [46].

Коли людина відчуває страх, її організм миттєво реагує, активуючи потужний захисний механізм, спрямований на виживання. Цей механізм включає викид адреналіну, що викликає ряд фізіологічних змін, які людина і відчуває переживаючи панічну атаку [80].

Під час панічної атаки людині важко досягнути реальність та зрозуміти, що справжня небезпека або загроза життю відсутня. Тривалість панічної атаки може бути різною – від декількох годин з вираженими симптомами до короткого інциденту без значних наслідків. Симптоми панічної атаки також

можуть з'являтися у здорових людей під час сильного переляку, наприклад, від вибуху петарди чи нападу собаки. Це повністю природна реакція організму на стресову ситуацію [62].

З проявами панічних атак людина стає вразливою та нервовою. Тривале її знаходження в стані напруги може привести до депресії та неврозу. Виникнення панічних атак може призвести до труднощів у комунікації, соціально-психологічної адаптації та ін.

За світовими дослідженнями панічні атаки виявляються частішим явищем у жінок, ніж у чоловіків, відношення становить приблизно 4:1. Це явище пояснюється різноманітними гормональними особливостями жіночого організму та їхньою соціальною роллю в сучасному суспільстві. Проте, існують й інші фактори, що впливають на цю статистику [39].

Чоловіки, які стикаються з панічними атаками, часто не звертаються за допомогою через стереотипи, які асоціюють панічні атаки з проявом слабкості. Це призводить до того, що вони не готові визнати свої переживання і, як наслідок, можуть приховувати симптоми, не повідомляючи про них нікого, навіть у випадках участі в наукових дослідженнях. Часто вони проходять тестування не щиро, що ускладнює отримання достовірних результатів про їхній стан. Відповідно до досліджень, приблизно половина чоловіків, які зазнають панічних атак, також має історію проблем з алкоголем, що може служити механізмом уникнення реальності, та перешкоджати відкритому обговоренню своїх переживань [71].

Щодо випадків атак, то вони можуть траплятися не лише протягом дня, але і вночі. Нічні напади можуть настати перед сном, прокинути людину відразу після засинання або з'явитися в будь-який час ночі. Це нагадує нам про те, що панічні атаки можуть впливати на життя людини навіть у найнесподіваніший момент [50].

Згідно з дослідженнями Вудса С.В. та Гормана Дж.М. панічні атаки можна класифікувати на три основні типи. Перші - це спонтанні панічні атаки, які виникають раптово і без явних причин, що може створювати значні

труднощі у прогнозуванні й управлінні їхніми епізодами. Другий тип - це ситуаційні панічні атаки, які виникають внаслідок переживання психотравмуючих ситуацій або очікування їх. Це може стати значним чинником стресу для осіб, які стикаються з цим типом атак. Нарешті, третій тип - це умовно-ситуаційні панічні атаки, які спричиняються біологічними чи хімічними стимулами, такими як приймання алкоголю або перебудова гормонального фону під час менструального циклу [65].

Важливо зазначити, що неврологічні порушення виступають ключовою причиною розвитку панічних атак. У літературі міститься велика кількість описаних випадків, коли панічні атаки виникають при фізіологічних проблемах, таких як серцеві патології: пролапс мітрального клапана, ішемія після інсульту, гіпоглікемія, гіпертиреоз і так далі. Це вказує на те, що існують різноманітні фактори, які можуть впливати на появу панічних атак і необхідно ретельно вивчати їх для ефективної корекції й попередження [84].

Панічні атаки, хоч і можуть бути вкрай неприємними та стресовими, насправді не становлять загрози для життя. Вони здатні викликати сильний страх і непередбачувані відчуття у тих, хто їх переживає, створюючи враження втрати контролю та навіть «божевільності». Важливо підкреслити, що всі симптоми, які супроводжують панічну атаку, є фізіологічною реакцією на стрес, і не мають наміру завдати шкоди організму [9].

Панічні атаки є виявом дисфункції нервової системи, а не окремою хворобою. Вони зазвичай тривають всього лише 5-10 хвилин, і жоден епізод не призводить до летального результату. Це означає, що, незважаючи на інтенсивність переживань, людина має можливість самостійно справлятися з панічною атакою, застосовуючи ефективні методики саморегуляції, розроблені психологами [2].

Існує безліч методів корекції панічних атак, але одним із найефективніших підходів вважається когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Цей метод зосереджується на усвідомленні та зміні ірраціональних думок і поведінки, які можуть сприяти виникненню панічних атак. Завдяки

когнітивно-поведінковій терапії особи отримують можливість усвідомити, як їхні автоматичні думки впливають на емоційний стан і, відповідно, на фізіологічні реакції організму. Це розуміння є першим кроком до зміни деструктивних патернів [28].

Крім того, важливим аспектом є обмеження нав'язливих поведінкових реакцій, пов'язаних зі здоров'ям, таких як постійна перевірка симптомів або пошук запевнення в лікаря. Ці звички можуть лише підживлювати тривогу та погіршувати загальний стан [1].

В деяких випадках може використовуватись комбінація когнітивної психотерапії та фармакотерапії. Спеціалізовані програми психотерапії не лише допомагають людині контролювати свої емоції, а й надають їй інструменти для подолання стресу в повсякденному житті. У свою чергу, фармакотерапія може забезпечити необхідну психічну стабілізацію, полегшуючи симптоми, що заважають особі функціонувати [10].

Таким чином, хоча існують різноманітні методи корекції панічних атак, когнітивно-поведінкова терапія залишається найбільш рекомендованою та дієвою практикою. Завдяки її комплексному підходу до управління панічними атаками особи, які звертаються за допомогою, можуть значно покращити якість свого життя, зменшуючи прояви тривоги та відновлюючи контроль над своїми емоціями й поведінкою.

1.2. Теоретичні засади дослідження іпохондрії як психологічного явища

Синдром тривоги за здоров'я, також відомий як іпохондрія, характеризується надмірними переживаннями та страхом щодо ймовірності серйозного захворювання, такого як рак, аутоімунні порушення або проблеми з серцем. Цей стан пов'язаний з хибним сприйняттям звичайних тілесних відчуттів як загрозливих або патологічних. Хоча здорове тіло може викликати

різноманітні фізичні симптоми, які можуть бути неприємними, болісними або неочікуваними, вони не є небезпечними [37].

Сучасні дослідження підтверджують високу поширеність тривоги за здоров'я в нашому суспільстві, особливо в умовах зростаючої доступності медичної інформації. Це може призвести до дисбалансу між інформованим занепокоєнням і надмірною панічною тривогою, що виходить за межі реальних загроз. Важливо розрізняти обізнаність про стан свого здоров'я та надмірне переймання панічних страхів, що може виникати під впливом зайвої інформації або неправильного тлумачення симптомів [69].

Симптоми тривоги за здоров'я можуть проявлятися різноманітно, але зазвичай вони включають наступне:

1) Гіперфіксація на власному здоров'ї. Люди, які страждають від іпохондрії, надмірно переймаються своїм станом здоров'я. Вони можуть постійно перевіряти своє тіло на ознаки хвороби, шукати симптоми в Інтернеті або звертатися до медичних фахівців для підтвердження своїх страхів.

2) Перебільшення наявних симптомів. Навіть незначні тілесні відчуття або симптоми можуть сприйматися як серйозні захворювання. Наприклад, звичайний головний біль може викликати паніку через страх пухлини в мозку.

3) Часті відвідування лікаря. Люди з іпохондрією можуть безперервно звертатися до лікарів, щоб отримати підтвердження своїм тривожним думкам, незважаючи на діагнози та рекомендації медичних фахівців.

4) Постійний стрес та страждання. Страх перед серйозним захворюванням може призводити до постійного стресу, що ускладнює повсякденне функціонування людини і може впливати на її оточення [55].

Проблема іпохондрії в сучасному світі стала надзвичайно актуальною, і відсоток людей, які переживають надмірну тривогу щодо свого здоров'я, значно зростає. Термін «іпохондрія» походить з давньоримської медицини і використовувався для опису різних соматичних захворювань, а згодом став асоційованим з психічними розладами, такими як невротична тривога та форми шизофренії [72].

Одним з найпоширеніших видів іпохондрії є канцерофобія – страх захворіти на рак. Деякі люди переживають цей страх настільки, що щоденно звертаються до лікарів, роблять безліч аналізів і навіть ставлять собі діагнози. Інші ж уникають візитів до лікарів, оскільки бояться отримати підтвердження своїх страхів [35].

Сучасні дослідження психіатрії вказують на те, що іпохондрія може мати серйозний вплив на якість життя та психічне здоров'я людини. Доктор Брайан Фаллон, провідний спеціаліст з психіатрії, описує іпохондрію як тенденцію перетворювати найбанальніші речі на катастрофу [68].

У сучасній психіатричній класифікації, визначеній у Міжнародній статистичній класифікації хвороб (МКХ-10), іпохондрія увійшла в категорію «іпохондричний розлад» (F.45.2) в рамках кластера F.4, що об'єднує невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади. Цей розлад включає немаячну дисморфофобію, іпохондричний невроз і нозофобію [29].

Дисморфофобія – це стан, за якого особа має надмірну стурбованість своєю зовнішністю, зокрема уявними або незначними дефектами. При цьому, на відміну від маячних станів, особа зберігає критичне ставлення до свого переживання, однак її занепокоєння викликає серйозні емоційні та соціальні проблеми. Іпохондричний невроз проявляється постійною тривогою щодо стану здоров'я, коли незначні фізичні відчуття або нормальні функції організму помилково інтерпретуються як симптоми важких захворювань. Тоді як нозофобія – це страх перед певними захворюваннями, часто без реальних підстав, що призводить до уникання ситуацій або обстежень, які могли б підтвердити або спростувати цей страх [29].

Іпохондричний розлад характеризується постійною тривогою щодо можливості захворіти на серйозну хворобу або зосередженістю на передбачуваному дефекті. Пацієнти з цим розладом постійно скаржаться на різні фізичні симптоми, проте фіксують свою увагу не на самому симптомі, а на хворобі в цілому. Вони також мають тенденцію інтерпретувати звичайні відчуття в тілі як підтвердження іпохондричних побоювань. Крім того, вони

постійно сумніваються у діагнозах лікарів і відносяться до них з недовірою [48].

Іпохондрія, або тривога за здоров'я, може мати різноманітні причини та фактори, що сприяють її розвитку. Наприклад, історія психологічних або емоційних травм може грати важливу роль у формуванні цієї проблеми. Деякі люди можуть пережити травматичні події, такі як втрата близької людини або серйозна хвороба в минулому, що залишають психологічний слід і призводять до появи тривоги за власне здоров'я.

Крім того, особистісні характеристики можуть впливати на схильність до іпохондрії. Наприклад, особи з високим рівнем тривожності частіше відчують страх за своє здоров'я, вони схильні інтерпретувати навіть незначні симптоми як ознаки серйозних захворювань. До цього додається фактор перфекціонізму – люди, які прагнуть до ідеалу у всіх сферах життя, можуть особливо гостро реагувати на будь-який фізичний дискомфорт, вважаючи, що мають бути абсолютно здоровими й будь-яка «недосконалість» у вигляді найменших симптомів є загрозою [54].

Ще одним важливим фактором розвитку іпохондрії є низька терпимість до дискомфорту. Деякі люди не здатні прийняти реальність, у якій хвороби є невіддільною частиною людського життя, що може призводити до постійного страху перед будь-якими відхиленнями від «нормального» стану. Бажання бути ідеально здоровими, прагнення до фізичної досконалості та вимога, щоб усе було бездоганно, часто стає каталізатором тривожних думок і поведінки, пов'язаних з іпохондрією [30].

Поміж інших факторів, які можуть впливати на розвиток іпохондрії, слід зазначити й вплив соціокультурного середовища. У сучасному світі, де великий акцент приділяється здоров'ю та довголіттю, створюється певний тиск на людей щодо стану свого здоров'я. Суспільні норми та очікування можуть змушувати людей перебільшувати значення навіть найменших симптомів і відчуттів, що може вести до патологічного страху за власне здоров'я [82].

Також важливо враховувати вплив медіа та реклами на формування уявлень про здоров'я. Часті новини про захворювання, рекламні кампанії фармацевтичних препаратів або сенсаційні заголовки в Інтернеті можуть створювати враження загрози, навіть якщо реальна ймовірність захворювання дуже низька [36].

Крім того, вплив технологічного розвитку і зміни способу життя також можуть відігравати свою роль. Наприклад, сучасні гаджети, такі як смартфони та пульсометри, які стежать за рівнем активності та фізичним станом, можуть змушувати людей занадто обережно ставитися до будь-яких змін у своєму самопочутті, що може посилити тривогу за здоров'я.

У людей з іпохондрією, навіть звичайні фізичні відчуття можуть викликати страх і занепокоєння. Наприклад, зміни у гостроті зору, частоті серцевих скорочень і артеріальному тиску, глибині дихання, рівновазі та тонусі м'язів можуть стати об'єктом тривоги. Коли людина помічає новоутворення на шкірі, відчуває головний біль, має м'язові спазми або спостерігає зміну кольору дефекації, вона може сприймати це як ознаку смертельного захворювання, що викликає надмірне хвилювання. Хоча ці фізичні відчуття є реальними, вони не обов'язково свідчать про наявність смертельної хвороби. Люди, що страждають від іпохондрії, часто відчувають значні труднощі у повсякденному функціонуванні та не можуть насолоджуватися життям через постійні страхи та хвилювання [52].

Іпохондрики живуть в постійному страху навіть перед найменшими ознаками нездужання. Вони періодично проходять медичні огляди та роблять різноманітні діагностичні тести, такі як МРТ, ЕКГ, УЗД, навіть з повторенням однієї й тієї ж проблеми, фанатично контролюють свій пульс або кров'яний тиск під час звернень до лікарів і не дають їм говорити про щось інше, крім їхніх уявних хвороб. У вільний час іпохондрики вивчають медичні енциклопедії, відвідують медичні сайти й постійно переймаються тим, що можуть означати їхні симптоми [83].

Класичними ознаками іпохондрії є переконаність в тому, що навіть незначне нездужання пов'язано зі серйозною хворобою, постійні розмови про уявні проблеми з родичами та друзями та безперервний пошук інформації про різні захворювання. Важливо зазначити, що турбота про своє здоров'я ще не є іпохондрією. Турбота та періодичні діагностичні тести, такі як мамографія для жінок, є відповідальною поведінкою, а не епізодами іпохондрії [38].

Іпохондрія – це стан, за якого людина постійно відчуває надмірну тривогу щодо свого здоров'я, що врешті може призвести до реального його погіршення. Ця тривога має як психологічну, так і біологічну складову. Коли особа постійно переживає за можливі хвороби, її організм реагує виробленням гормонів стресу, зокрема адреналіну. Підвищений рівень адреналіну викликає фізичні симптоми, такі як прискорене серцебиття, слабкість, проблеми з травленням або запаморочення. Ці відчуття підсилюють уявлення людини про наявність серйозної хвороби, підтверджуючи її страхи [19].

Водночас тривалий стрес через постійну тривогу може обмежувати фізичну активність, що посилює відчуття слабкості та загального виснаження. Людина починає уникати навантажень і активного способу життя, що лише погіршує її самопочуття. Імунна система також страждає від хронічного стресу, роблячи організм більш вразливим до інфекцій та затягуючи процес одужання. Таким чином, постійна тривога щодо здоров'я створює замкнене коло, в якому фізичне погіршення стану стає для людини своєрідним підтвердженням її переконання в тому, що вона дійсно хвора [30].

Точна кількість людей з іпохондрією в Україні залишається невідомою. Статистичні дані щодо поширеності цього захворювання є розпливчастими і, можливо, недооціненими, вони становлять від 1% до 5% населення. Іпохондрія може вражати будь-кого, незалежно від статі. Більшість іпохондриків - це люди зрілого віку, хоча випадки серед молоді теж часто трапляються [3].

Отже, тривога щодо здоров'я може перетворитися на пригнічуючий психічний розлад, який серйозно впливає на якість життя особистості. Людина

з іпохондрією стикається з проблемами на роботі, відчуває труднощі у відносинах з оточуючими та зазнає фінансових складностей через постійні витрати на медичні огляди й діагностику. Крім того, іпохондрія може викликати депресію та спровокувати вживання наркотичних засобів як спробу врегулювати емоційний стан.

1.3. Психологічні особливості зрілого віку

Період зрілості визначається різними дослідниками та експертами по-різному, і не існує одного загальновизнаного визначення. Деякі експерти визначають його як період приблизно від 21-25 до 55-60 років, тоді як інші поділяють його на 2 періоди: перший у чоловіків від 22 до 35 років, а в жінок від 21 до 35 років; другий у чоловіків від 36 до 60 років, у жінок від 36 до 57 років [6].

Е. Еріксон вважав зрілість найважливішим етапом у житті, оскільки він охоплює проміжок від 25 до 65 років, тобто 40 років, які наповнені численними можливостями для особистісного розвитку та самореалізації. Зазвичай, в сучасних дослідженнях психологи визначають зрілий вік як період від 21 до 60 років включно. У цей час особи можуть відчувати значні фізичні, емоційні та соціальні зміни [45].

З настанням зрілості змінюються ключові фактори, що впливають на психічний розвиток людини: роль біологічного слабшає, а активність самої особистості в соціальному контексті зростає. Психологічний розвиток зрілої особистості можна розглядати через три взаємопов'язані сфери її «Я»: індивідуальне, сімейне та професійне. Індивідуальне «Я» відображає вдосконалення інтелектуальних, фізичних, емоційно-вольових та поведінкових характеристик. Сімейне «Я» стосується ролей, які особистість відіграє в родині, таких як роль дитини, партнера у шлюбі, матері чи батька. Професійне «Я» виявляється через кар'єрну діяльність, де людина реалізує себе як фахівець, колега, керівник або підлеглий [13].

На кожному з цих напрямків молода людина лише починає свою дорогу до втілення життєвих планів. Цей етап розвитку можна назвати періодом активного старту, коли людина робить перші значні кроки у побудові свого життя, визначаючи пріоритети й реальні можливості для досягнення цілей.

У початковий період зрілості організм людини завершує свій процес фізичного розвитку і досягає піка своїх можливостей. Цей етап триває приблизно до 30 років, після чого починається поступове, хоча і майже непомітне, зниження фізичних показників. Протягом цього часу, до 40 років, рівень фізичних можливостей залишається досить високим, що робить ранню зрілість періодом відносного фізичного добробуту. Проте настання фізичної зрілості має супроводжуватися розвитком психологічної зрілості [21].

Психологічна зрілість являє собою системну характеристику особистості, яка відображає здатність повноцінно функціонувати, адаптуватися до зовнішніх і внутрішніх змін та брати на себе відповідальність за свої вчинки й життя в цілому. Це важливий етап, на якому особистість не лише адаптується до нових ролей і обставин, але й знаходить гармонію між внутрішніми бажаннями й зовнішніми вимогами.

У періоді ранньої зрілості рівень смертності є одним із найнижчих, а причинами переважно являються трагічні випадки. Водночас пік фізичної активності та енергії супроводжується підвищеною сексуальністю, що сприяє активній сексуальній поведінці та інтенсивним стосункам з протилежною статтю. Саме цей період життя є найбільш сприятливим для народження дітей у жінок, оскільки фізичні умови для материнства є оптимальними [14].

Для осіб цього віку характерна висока адаптація як на фізичному, так і на психологічному рівні. Вони здатні швидко відновлюватись після стресів, зберігаючи високу працездатність та витривалість. Проте стиль життя, який формується у цьому віковому періоді, значною мірою визначає майбутній стан здоров'я та швидкість процесів старіння у середній і пізній зрілості [62].

Розгортання життєвого шляху в період ранньої зрілості зазвичай супроводжується як стабільними етапами, так і кризовими моментами, які

потребують переосмислення й адаптації до нових реалій. Однією з найпомітніших є криза, що припадає на вік 30–33 років. Вона зазвичай пов'язана з необхідністю перегляду життєвих планів, які часто не відповідають початковим амбіціям і мріям. На цьому етапі людина стикається з обмеженнями, що стають очевидними у досягненні поставлених цілей, і виникає потреба у їх корекції відповідно до реальних можливостей та обставин. Зібраний досвід починає відігравати вирішальну роль, а емоції поступаються місцем більш об'єктивному мисленню, що приводить до усвідомлення остаточного завершення юності [81].

Криза цього віку також характеризується змінами у шлюбних стосунках. Етап пристрасної закоханості може поступово втрачати свою силу, і це вимагає пошуку нових, глибших основ для подружніх відносин, таких як взаємна підтримка та емоційна близькість. Однак, поряд з цим виникає ще одна важлива проблема – осмислення досягнень у житті. Багато людей починають замислюватися над тим, чого вони досягли у професійній та особистій сферах, оцінюють свою кар'єру, сімейне життя, наявність стабільності, житла, партнера та дітей.

Це період підрахунку перемог та поразок, що супроводжується глибокими роздумами на тему: «Чого я досяг у житті?». Якщо особистість приходить до висновку, що її життя не відповідає очікуванням або почуття «я живу не своє життя» стає переважним, це може призвести до серйозного внутрішнього конфлікту і необхідності змінювати життєвий курс. Розв'язання цієї кризи зазвичай призводить до формування стійкого життєвого патерну – способу, яким людина долає життєві труднощі та визначає свій подальший шлях [15].

Наступним важливим етапом є період, що зазвичай настає між 37 і 40 роками й відомий як криза середини життя. Він є одним з найскладніших і значущих для дорослої особистості. Особливостями даної кризи стають фізичні та емоційні зміни, що з'являються на цьому етапі, зокрема початок процесу старіння, досягнення певної межі в професійному розвитку та

усвідомлення відокремлення дітей, які стають дорослими й залишають батьківську оселю. Все це сприяє глибшому усвідомленню того, що життя вже перейшло за свою середину, і людина починає відчувати його швидкоплинність, що змушує її переглянути власні досягнення та життєві цілі.

Криза цього періоду особливо гостро відчувається тоді, коли особа починає сумніватися у власних досягненнях або коли їй здається, що попереду більше немає значущих можливостей для змін. Відчуття, що життя стало передбачуваним і одноманітним, часто викликає почуття тривоги та незадоволеності. Крім того, якщо людина вважає, що її досягнення не відповідають внутрішнім уявленням про себе, або вона не відчуває гармонії між власною ідентичністю та тим, що вона реально досягла, це може ще більше ускладнювати переживання кризи. Відчуття, що попередні зусилля були марними або не принесли бажаного результату, стає одним із ключових факторів, що спричиняє глибокі особистісні зміни у цей період життя [49].

Середня дорослість є періодом насичених подій і значущих внутрішніх змін. Конструктивне подолання кризи середини життя сприяє оновленню життєвих цілей і стратегій. У цей час відбувається прийняття фізичних змін, розвиток життєвої мудрості, підтримання оптимального рівня життя, допомога дітям у їхньому дорослішанні, поглиблення подружніх взаємин і пристосування до взаємодії з батьками похилого віку. Зі зменшенням фізичних сил людина більше концентрується на розумовій діяльності, визнаючи цінність мудрості над фізичною силою [81].

Чоловіки в середній дорослості частіше орієнтуються на професійні досягнення, тоді як для жінок основним пріоритетом залишаються родинні стосунки. Криза середини життя у чоловіків часто супроводжується тиском суспільних уявлень про маскуліність, що іноді призводить до деструктивних проявів, таких як алкоголізм чи позашлюбні стосунки. Жінки ж відчувають початок старіння більш болісно, сприймаючи це як втрату жіночності та привабливості. Особистісна самореалізація в цьому віці тісно пов'язана з переживанням сімейних змін, турботою про дітей і батьків похилого віку [12].

Пари, чії діти покидають дім, можуть зіткнутися з «ефектом спустілого гнізда», що проявляється в почутті порожнечі та депресії. Це явище часто виникає через зосередженість на вихованні дітей, що призводить до знецінення інших аспектів шлюбу, таких як подружні стосунки [15].

У період зрілості помітними стають не лише психологічні, а й фізіологічні зміни, які можуть додатково посилювати кризові переживання. Для багатьох жінок цей період супроводжується гормональними перебудовами, зокрема наближенням клімаксу – поступовим зменшенням репродуктивної функції, що завершується менопаузою. Цей процес часто важко сприймається, оскільки жінки стикаються з фізичним нездужанням та емоційними змінами, такими як перепади настрою, дратівливість або депресивні стани. Менопауза також пов'язана зі зменшенням кісткової маси та підвищеною вразливістю до серцево-судинних захворювань, що може викликати додаткову тривогу [62].

У чоловіків, які також зазнають фізіологічних змін, зменшення рівня андрогенів призводить до зниження сексуальних можливостей, що може стати причиною розчарування та невдоволення собою. Втрата відчуття колишньої чоловічої сили провокує прагнення її повернути, що інколи супроводжується відчуттям невпевненості, нервозністю та втомлюваністю. Зміни у сексуальному житті можуть спричиняти депресивні стани, зокрема через імпотенцію, що може бути результатом як фізичних, так і психологічних чинників [14].

Після 45 років основними причинами смертності стають хвороби, серед яких особливо поширені серцево-судинні захворювання, онкологічні недуги, а також хвороби органів дихання. Варто зазначити, що рівень смертності серед чоловіків вдвічі перевищує відповідний показник для жінок, що додає додаткового стресу в цей період життя. Початок старіння часто сприймається болісно, вимагаючи серйозної психологічної адаптації, адже багато людей стикаються з тиском стереотипного уявлення про середину життя: якщо

молодість асоціюється з надіями та планами, то зрілість – із застоєм, страхом втрати здоров'я і можливостей.

Крім того, саме в цьому віці людина починає частіше стикатися зі смертями знайомих, друзів чи навіть близьких, що стає нагадуванням про власну вразливість. Втрати через хвороби або інші обставини викликають сильні переживання, а також сприяють посиленню тривоги про власне здоров'я і майбутнє. Такі думки нерідко призводять до песимізму та зниження загального сприйняття якості життя, оскільки хвороби стають дедалі більш відчутними, а здатність до швидкого відновлення організму значно зменшується [81].

Приблизно у 53-56 років особистість стикається з новою кризою. Після пережиття складної кризи середини життя, коли відбулася переоцінка цінностей і формулювання нових життєвих завдань, настає етап, коли людина знову звертається до свого внутрішнього світу. Усвідомлення наближення кінця існування змушує особистість проводити глибоку інвентаризацію свого життєвого шляху, досвіду та цінностей. Потреба остаточно визначити життєві пріоритети стає актуальною. Під час цього процесу людина часто відчуває жаль за втрачені можливості та даремно витрачений час, що спонукає до перегляду власної поведінки й визначає, як буде проведений залишок життя [62].

Таким чином, зрілий вік супроводжується низкою змін, які можуть підсилювати тривожність, сприяти появі панічних атак та занепокоєння про здоров'я. Серед них важливу роль відіграють як фізіологічні зміни (наприклад, гормональні коливання та менопауза), так і специфічні вікові кризи, що сприяють посиленню уваги до стану здоров'я та сприйняття фізичних відчуттів. У цьому контексті зрілий вік виступає специфічним періодом, коли загострюється увага до власного тіла та здоров'я, що може обумовлювати виникнення та поглиблення іпохондричних настроїв та панічних реакцій, викликаних як фізіологічними, так і психологічними чинниками.

1.4. Особливості прояву панічних атак та іпохондрії в зрілому віці

Зрілість – це період життя, коли особистість стикається з багатьма фізіологічними, психологічними та соціальними змінами. На цьому етапі людина проходить через низку вікових криз, що пов'язані зі старінням організму, втратою фізичних можливостей, а також зміною життєвих орієнтирів.

Одним із найбільш поширених феноменів, які проявляються у зрілому віці, є посилення тривожних станів, що в деяких випадках можуть призводити до панічних атак або іпохондричних проявів. Ці стани обумовлені як фізіологічними, так і соціально-психологічними факторами, що впливають на сприйняття здоров'я та майбутнього життя.

В міру наближення другого періоду зрілого віку, починають з'являтися перші помітні ознаки старіння. Людина може відчувати зменшення енергійності, фізичної сили й стійкості до хвороб. Відбуваються гормональні зміни, які найбільш виражено проявляються у жінок через менопаузу. Цей період характеризується згасанням репродуктивної функції, а також значними змінами в ендокринній системі, що можуть спричиняти такі фізіологічні відчуття, як припливи жару, зміни в тиску та серцеві перебої. Дані симптоми часто стають лякаючими та викликають тривогу, адже можуть нагадувати серйозні захворювання [62].

Менопауза супроводжується не лише фізичними, але й емоційними змінами, що включає підвищену тривожність, депресивні стани, а також постійні думки про стан здоров'я. Це може бути каталізатором розвитку іпохондрії, при якій людина надмірно фокусується на своїх фізичних відчуттях, інтерпретуючи їх як ознаки серйозних захворювань.

У чоловіків гормональні зміни також відбуваються, хоча й менш виражено, ніж у жінок. Зменшення рівня андрогенів (чоловічих гормонів) може призводити до зниження сексуальної активності, виникнення емоційної нестабільності, зокрема відчуття пригніченості та втрати впевненості в собі.

На тлі цих змін у чоловіків може виникати тривога щодо власного здоров'я, що також сприяє формуванню іпохондричних настроїв [14].

Особливо важливою рисою пізнього зрілого віку є поява втрат у колі знайомих і друзів. Смерті близьких людей через різні причини – від хвороб до нещасних випадків – підсилюють усвідомлення власної вразливості перед захворюваннями й смертю. Людина починає частіше замислюватися про власне здоров'я, намагаючись ретельно слідкувати за кожним новим симптомом або відчуттям в організмі. Цей надмірний контроль може створювати відчуття тривожності, особливо коли фізіологічні зміни природного характеру сприймаються як загрозові [81].

Поглиблення тривожності в зрілому віці обумовлено також соціальними факторами. Особи, що переживають кризу середини життя, часто стикаються з переоцінкою життєвих досягнень і відчуттям, що певні життєві плани залишилися нереалізованими. Це додає відчуття незадоволеності й посилює загальну тривожність, що відбивається на стані здоров'я. Страх перед невизначеністю майбутнього і власною вразливістю стає постійним супутником.

Ще один аспект, який варто згадати, це посилення соціального тиску на людей зрілого віку. Суспільні стереотипи часто нав'язують ідеали молодості, краси й здоров'я, що стає додатковим фактором стресу для осіб, які відчувають втрату фізичної привабливості та сил. У відповідь на ці зміни людина може зосереджуватись на власних недоліках, надмірно фокусуватись на змінах в організмі та зростати у своїй тривожності [62].

На відміну від молодих людей, які зазвичай менш схильні приділяти увагу незначним змінам у здоров'ї, зрілі особистості, зіткнувшись із реальною перспективою старіння та захворювань, можуть занурюватися в надмірне слідкування за своїм тілом. Вони починають регулярно відвідувати лікарів, шукати симптоми в інтернеті, витрачати значні ресурси на обстеження. Такий підхід часто призводить до замкненого кола: чим більше людина

зосереджується на своїх фізичних відчуттях, тим більше симптомів вона знаходить і тим сильніше зростає тривожність [15].

Важливо враховувати вплив соціокультурних чинників на прояв панічних атак та іпохондрії в зрілому віці. Сучасний швидкоплинний спосіб життя, переважно віддалена комунікація через соціальні мережі, а також великий обсяг інформації, що надходить через медіа, можуть створювати додатковий стрес та тривогу.

Зростаючий вплив соціальних медіа підкріплює ідею про небезпеку різних захворювань і заохочує до постійного моніторингу власного здоров'я. Окрім того, активно пропагується ідея вічної молодості через рекламу косметичних засобів, препаратів для омолодження та публічні приклади зірок, які вдаються до пластичних операцій, щоб залишатися привабливими та молодими. Це формує певний тиск на зрілих людей і може призводити до несприйняття природних вікових змін, посилюючи тривогу щодо старіння та наявних змін в організмі [12].

Крім того, індивідуальні особливості характеру та особистісні риси також можуть впливати на прояв панічних атак та іпохондрії в зрілому віці. Наприклад, люди з високим рівнем перфекціонізму, тенденцією до негативного самопереживання або низьким рівнем терпимості до дискомфорту можуть бути більш схильними до розвитку іпохондрії та панічних атак [49].

Таким чином, поєднання вікових криз, гормональних змін, зменшення фізичних сил та частих випадків захворювань у колі близьких створює ґрунт для виникнення панічних атак і розвитку іпохондрії в зрілому віці.

Панічні атаки в зрілому віці можуть виникати як наслідок посиленої тривоги, що супроводжує іпохондрію. Людина, помічаючи якісь зміни в серцевому ритмі, диханні або інших фізіологічних процесах, може сприймати їх як ознаку загрозливої хвороби, що активізує панічний стан. Типовими симптомами панічної атаки є прискорене серцебиття, утруднене дихання, запаморочення, пітливість, тремтіння та відчуття нереальності того, що

відбувається. Ці симптоми, по суті, є фізіологічною реакцією організму на тривогу, проте в уяві особистості вони можуть виглядати значно небезпечнішими [32].

Багато осіб зрілого віку можуть досить часто зазнавати панічних атак, не розуміючи їхніх причин і що з ними відбувається. Часто вони не асоціюють свої симптоми з тривогою, а вважають, що у них виникають серйозні проблеми зі здоров'ям. Наприклад, такі особи можуть сприймати фізичні симптоми панічних атак, як ознаку серцевого нападу, втрати свідомості чи серйозного захворювання.

Зазвичай першопричиною розвитку панічних атак є іпохондрія – патологічний страх перед захворюваннями та перебігом хвороб. Іпохондрія може розвиватися на тлі загальної підвищеної тривожності та нестабільності психічного стану. Особи, які стикаються з цими проблемами, можуть бути особливо вразливими перед панічними атаками через посилене переживання страху та тривоги [37].

Панічні атаки можуть викликати значний дискомфорт та страх в осіб зрілого віку, оскільки вони можуть почувати, що втрачають контроль над ситуацією та над своїм тілом. Це може призводити до погіршення їхнього психічного стану та загального самопочуття.

Дуже часто через не розуміння панічних атак та їхніх симптомів особи зрілого віку можуть потрапити в замкнуте коло, яке поглиблює їхню тривогу та викликає страх перед повторними панічними атаками. Коли особа не розуміє, що саме відбувається з її тілом та розумом під час панічної атаки, вона може почати переживати тривогу щодо того, що атака повториться. Це стає початком замкнутого кола, де тривожні думки про можливість наступних атак підсилюють страх перед ними. Це, в свою чергу, може призводити до збільшення тривоги та інтенсифікації симптомів, що сприяє появі нових панічних атак [58].

Це «замкнуте коло» панічних атак може стати значним фактором у погіршенні психічного стану та загального самопочуття. Постійний страх

перед можливістю повторних панічних атак може впливати на повсякденне життя, роблячи осіб зрілого віку більш уразливими та обмежуючи соціальну активність та професійні можливості.

Для того щоб перервати цей цикл, важливо забезпечити осіб зрілого віку правильною інформацією про панічні атаки та їхні симптоми, а також навчити ефективним стратегіям копіngu з тривогою та стресом. Крім того, психологічна підтримка та терапія можуть допомогти зрозуміти корінні причини їхнього стресу та тривожності, а також навчити їх ефективним методам управління ними [42].

Отже, особливості панічних атак та іпохондрії в зрілому віці вимагають глибокого вивчення, оскільки цей етап життя супроводжується значними, психологічними, фізичними та соціальними змінами. Важливість ранньої діагностики й надання психологічної підтримки в цьому випадку стає очевидною. Своєчасне втручання може значно покращити якість життя, запобігти ескалації тривожних станів та сприяти адаптації до змін, які відбуваються в організмі.

Важливо також підвищувати обізнаність суспільства про панічні атаки та іпохондрію та розвивати доступні програми психологічної підтримки. Це забезпечить необхідну допомогу для осіб, які стикаються з цими проблемами, і сприятиме формуванню більш здорового і підтримуючого середовища для зрілих людей, що у свою чергу може покращити їхнє емоційне благополуччя.

Висновки до першого розділу

Психологічні особливості панічних атак та іпохондрії в зрілому віці є важливою темою, що потребує детального вивчення. Зміни, пов'язані з процесом старіння, можуть стати каталізаторами для виникнення тривожних станів, зокрема панічних атак і іпохондрії.

Панічна атака – це раптовий сплеск тривоги, що проявляється інтенсивним страхом або дискомфортом, який швидко досягає піку протягом

кількох хвилин. Симптоми панічних атак охоплюють фізіологічні, емоційні, когнітивні та поведінкові реакції, які суттєво впливають на загальне самопочуття. Під час панічної атаки можуть виникати такі фізичні прояви, як прискорене серцебиття, потовиділення, утруднене дихання, озноб, тремтіння кінцівок, запаморочення та розлад шлунка.

Емоційні реакції можуть включати інтенсивний страх, відчуття втрати контролю, страх втрати свідомості або навіть страх смерті, що робить ці переживання надзвичайно важкими. Когнітивні симптоми включають труднощі з концентрацією, відчуття плутанини та страх повторної атаки, що може призвести до унікаючої поведінки.

Панічні атаки також супроводжуються явищами дереалізації та деперсоналізації: перше проявляється відчуттям нереальності світу навколо, а друге – відчуттям відчуження від власного тіла або думок.

Механізм виникнення панічних атак пов'язаний із захисною реакцією на стрес. При виникненні загрози активується реакція «боротьби або втечі», під час якої симпатична нервова система мобілізує ресурси організму. Це призводить до вивільнення адреналіну, який і викликає симптоми панічної атаки.

Багато осіб зрілого віку можуть досить часто зазнавати панічних атак, не розуміючи їхніх причин і що з ними відбувається. Часто вони не асоціюють свої симптоми з тривогою, а вважають, що у них виникають серйозні проблеми зі здоров'ям. Наприклад, такі особи можуть сприймати фізичні симптоми панічних атак, як ознаку серцевого нападу, втрати свідомості чи серйозного захворювання.

Синдром тривоги за здоров'я, також відомий як іпохондрія, характеризується надмірними переживаннями та страхом щодо ймовірності серйозного захворювання, такого як рак, аутоімунні порушення або проблеми з серцем. Цей стан пов'язаний з хибним сприйняттям звичайних тілесних відчуттів як загрозливих або патологічних. Хоча здорове тіло може викликати

різноманітні фізичні симптоми, які можуть бути неприємними, болісними або неочікуваними, вони не є небезпечними.

Зрілість – це період життя, коли особистість стикається з багатьма фізіологічними, психологічними та соціальними змінами. На тлі процесів старіння та втрати фізичного здоров'я багато осіб намагаються зберегти молодість і не можуть прийняти природні вікові зміни. Усвідомлення власної вразливості перед хворобами та неминучості старіння викликає страх і прагнення уникнути цих змін, що призводить до надмірної тривоги за своє здоров'я та підвищує ризик розвитку іпохондрії.

Соціальні фактори, такі як переоцінка життєвих досягнень і тиск сучасного суспільства, що ідеалізує молодість, також сприяють розвитку тривожних станів у зрілому віці. Люди зрілого віку, як правило, більше зосереджуються на своїх фізичних відчуттях і можуть витрачати значні ресурси на медичні обстеження, що тільки посилює тривожність.

Наявність іпохондричних тенденцій часто слугує першопричиною панічних атак, адже особи з такими схильностями постійно моніторять свої нормальні фізіологічні відчуття, плутаючи їх із серйозними захворюваннями. Цей процес викликає у них тривогу, яка, в свою чергу, тільки підсилює фізичні симптоми через вивільнення адреналіну. Зростання рівня тривоги призводить до ще більшого посилення відчуттів, що завершується виникненням панічної атаки. Таким чином, цей процес є замкнутим колом, де кожен етап підсилює наступний.

Загалом, взаємодія фізіологічних, психологічних і соціальних факторів формує комплексну картину панічних атак та іпохондрії в зрілому віці, що вимагає особливого підходу до психокорекційної роботи. Фокус на осмисленні вікових змін, розвиток навичок адаптації та розуміння фізичних відчуттів допомагають особам у зрілому віці краще справлятися з тривожними станами, що, зрештою, сприяє їхньому емоційному добробуту.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАНІЧНИХ АТАК ТА ІПОХОНДРІЇ В ЗРІЛОМУ ВІЦІ

2.1. Методичні засади дослідження панічних атак та іпохондрії

Для проведення емпіричного дослідження було обрано набір діагностичних інструментів, що включає такі психологічні методики: опитувальник для виявлення панічних атак, шкала тривоги Бека, опитувальник тривоги за здоров'я (SHAI), шкала оцінки соціальної фобії (SPIN) та шкала тривоги Спілбергера (STAI). Всі ці методи пройшли ретельну перевірку на надійність та валідність і мають наукове обґрунтування своєї конструкції. Ці інструменти не є надто короткими, адже містять достатню кількість запитань для отримання змістовної інформації. Водночас вони не є занадто довгими та обтяжливими, що допомагає уникнути втоми респондентів та покращує точність їхніх відповідей.

Методики, які були відібрані широко використовуються, є доволі відомими та мають значний досвід застосування, що підтверджується численними науковими дослідженнями протягом десятиліть. Важливо зазначити, що накопичені докази свідчать про ефективність цих інструментів у виявленні панічних атак та іпохондричних тенденцій. Вони також дозволяють проводити глибокий аналіз психологічних проблем, притаманних зрілому віку. Завдяки своєму обґрунтованому використанню, ці методи стали стандартом у відповідній області досліджень, адже наукові роботи підтверджують їх здатність точно і достовірно виявляти складні емоційні та психологічні стани.

Опитувальник для виявлення панічних атак являє собою скринінговий психологічний інструмент призначений для виявлення панічних атак або приступів тривоги, що є важливим аспектом у дослідженні психологічного

стану респондентів. Опитувальник складається з двох блоків питань. Перший блок містить 4 запитання, спрямовані на виявлення загального рівня тривоги респондента, включаючи питання про те, чи відчували ви раптові приступи тривоги, що допомагає виявити можливі прояви панічних атак. Другий блок складається з 11 запитань, які зосереджуються на переживаннях, що мали місце під час останнього епізоду панічної атаки, і спрямовані на підтвердження того, що це були саме панічні атаки, оцінюючи симптоми, які їх супроводжували, що дає можливість глибше зрозуміти специфіку й інтенсивність цих епізодів. Респонденти мають два варіанти відповіді: «так» або «ні» [78].

Результати, отримані за допомогою цього опитувальника, надають цінну інформацію про наявність або відсутність панічних атак, а також дозволяють виявити особливості прояву тривоги. Цей інструмент часто використовується у психологічних дослідженнях, адже його структура забезпечує легкість у заповненні та обробці даних. Опитувальник також допомагає виявити потенційні тригери панічних атак, що може бути корисним для подальшої роботи з респондентами, зокрема, для розробки індивідуальних терапевтичних стратегій. Використання цього інструменту в нашому дослідженні дозволяє не лише діагностувати наявність панічних атак, але й оцінити ступінь впливу цих станів на повсякденне життя респондентів, що є важливим для розуміння їх психологічного стану в цілому.

Таким чином, опитувальник для виявлення панічних атак є надзвичайно важливим елементом нашого дослідження, оскільки він забезпечує систематизоване збирання даних, які необхідні для подальшого аналізу та розробки ефективних психологічних інтервенцій.

Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI) є одним з найвідоміших і найбільш визнаних інструментів для вимірювання рівня тривожності як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях. Її розробив у 1988 році Аарон Т. Бек, американський психіатр і психолог, який разом з Альбертом Еллісом вважається одним із засновників когнітивно-

поведінкової терапії. Їхні новаторські підходи заклали фундамент для сучасної психотерапії, зробивши когнітивно-поведінкову терапію однією з найефективніших і найширше застосовуваних методик у світі [28].

Шкала була створена для того, щоб допомогти психологам, психотерапевтам і дослідникам більш точно оцінювати рівень тривоги у пацієнтів, особливо в умовах, коли фізичні та психологічні симптоми тривоги переплітаються і впливають на загальне самопочуття людини. Особливістю цієї методики є те, що вона фокусується на тих симптомах, які зазвичай виникають під час панічних атак або інших епізодів гострої тривожності.

Шкала тривоги Бека складається з 21 запитання, кожне з яких оцінює окремий аспект тривожності, включаючи як фізичні, так і когнітивні симптоми. Серед фізичних проявів, які оцінюються, можна виокремити тремтіння, серцебиття, пітливість, проблеми з диханням, відчуття тиску в грудях та нудоту. Когнітивні аспекти охоплюють тривожні думки, страх втратити контроль або панічні переживання щодо свого здоров'я та життя. Опитувальник не тільки охоплює широкий спектр симптомів, а й допомагає отримати загальну картину тривожного стану респондента, що робить його цінним інструментом для діагностики й подальшої терапії.

Для кожного з цих симптомів передбачено чотири варіанти відповіді, які дозволяють респондентам оцінити ступінь вираженості симптому: «зовсім не турбує», «злегка турбує», «середньо турбує» та «дуже турбує». «Зовсім не турбує» – цей варіант обирають учасники, які взагалі не відчувають вказаного симптому, або цей симптом не має жодного впливу на їхній стан. «Злегка турбує» – цей варіант використовується, коли симптом проявляється, але не є суттєвим або не викликає значного занепокоєння. «Середньо турбує» – цей варіант вказує на те, що симптом відчувається досить виражено і має помітний вплив на стан респондента. «Дуже турбує» – обирають учасники, для яких симптом є надзвичайно вираженим, викликає значний дискомфорт або навіть серйозно порушує їхнє повсякденне життя. Ці варіанти відповіді відображають не лише наявність симптому, а і його інтенсивність, дозволяючи

дослідникам або психологам зрозуміти, наскільки серйозно цей симптом впливає на життя респондента.

Кожен варіант відповіді оцінюється від 0 до 3 балів, що дозволяє отримати сумарний результат у межах від 0 до 63 балів. Результати інтерпретуються наступним чином: 0–5 балів вказують на нормальний рівень тривожності, 6–8 балів свідчать про легкий ступінь тривожності, 9–18 балів означають середній рівень тривожності, а 19–63 бали сигналізують про високий рівень тривожності, який може вимагати більш детальної діагностики або терапії [25].

Шкала тривоги Бека є надзвичайно зручним інструментом не тільки через свою простоту у використанні, але й завдяки швидкості отримання результатів. Це робить її цінним методом для проведення масових обстежень у клінічних і дослідницьких умовах. Оскільки опитувальник спрямований не лише на виявлення загального рівня тривожності, але й на конкретизацію симптомів, він може бути використаний як первинний інструмент для визначення потреби у подальшій психотерапевтичній підтримці.

Акцент на фізичних проявах, таких як запаморочення, тремтіння в ногах, шлункові розлади, страх смерті та інші подібні симптоми, робить цей інструмент надзвичайно важливим для діагностики саме панічних атак. Оскільки панічні атаки часто супроводжуються раптовим і гострим відчуттям тривоги, люди, які їх переживають, зазвичай зосереджуються на фізичних симптомах, які можуть бути настільки інтенсивними, що створюють відчуття серйозної загрози для життя.

Окрім оцінки загальної тривожності, шкала Бека часто застосовується для моніторингу прогресу пацієнта під час терапії або корекційної роботи. Наприклад, її можна використовувати для порівняння рівня тривожності до і після проведення корекційної роботи, що дозволяє фахівцям оцінити ефективність терапевтичних втручань. Це робить шкалу тривоги Бека важливим інструментом не тільки для первинної діагностики, але й для

подальшого контролю за станом пацієнта, особливо якщо йдеться про пацієнтів із панічними атаками або тривожними розладами.

Короткий опитувальник тривоги за здоров'я (Short Health Anxiety Inventory, SHAI) – це стандартизований психологічний інструмент, що використовується для вимірювання рівня тривоги, пов'язаної зі здоров'ям, як у клінічних, так і неклінічних випадках. Його розробка розпочалася на основі глибоких досліджень механізмів тривожних розладів, зокрема іпохондрії, британським психологом Полом Салковскісом та його колегами на початку 2000-х років. Початковий варіант опитувальника, відомий як Health Anxiety Inventory (HAI), включав 64 пункти та мав на меті детально оцінити різні аспекти тривоги за здоров'я. Проте для зручності використання в клінічній практиці та дослідженнях було прийнято рішення про його скорочення [77].

У результаті скорочений варіант опитувальника – SHAI, що налічує 18 пунктів, став широко використовуваним інструментом для оцінки тривоги за здоров'я, оскільки дозволяє швидко й ефективно визначати рівень тривоги у респондентів. Цей опитувальник не вимагає багато часу для заповнення та може використовуватися як у терапевтичній практиці, так і в дослідницьких цілях.

Структура короткого опитувальника тривоги за здоров'я включає дві основні складові. Перша – це оцінка тривоги за здоров'я (14 пунктів), що вимірює загальний рівень тривожності з приводу можливих хвороб та будь-яких фізичних симптомів. Друга – це страх перед серйозними наслідками захворювання (4 пункти), яка оцінює страх людини перед можливими серйозними чи навіть фатальними наслідками хвороб.

Оцінювання проводиться за шкалою від 0 до 3 балів для кожного пункту, де вищі значення свідчать про більшу вираженість симптомів тривоги. Загальна сума балів може коливатися від 0 до 54, де 0 свідчить про відсутність тривоги за здоров'я, а 54 – про її високий рівень. Окремо оцінюється тривога за здоров'я в діапазоні від 0 до 42 балів та страх перед серйозними наслідками захворювання – від 0 до 12 балів. Чим вищий показник, тим більша

ймовірність того, що пацієнт схильний до постійних хвилювань про своє здоров'я або можливі серйозні хвороби [86].

Зважаючи на дослідження П. Салковскіс та його колег, результати, отримані за даним опитувальником, можуть бути інтерпретовані в три основні рівні тривоги за здоров'я. Нормальний рівень (0-15 балів) вказує на те, що особа не відчуває надмірної тривоги щодо свого здоров'я. Цей рівень тривожності не впливає значною мірою на повсякденне життя і є типовим для осіб без іпохондричних тенденцій [77].

Середній рівень тривоги (16-30 балів) може вказувати на наявність тривоги за здоров'я, де індивід може періодично переживати страхи, пов'язані з можливими захворюваннями. У цьому діапазоні особи, хоча й не мають діагнозу іпохондрії, все ж відчувають певну стурбованість, яка може викликати дискомфорт та потребує уваги. Цей рівень часто спостерігається в тих, хто має певний страх перед хворобами, але він не досягає критичного рівня.

Нарешті, високий рівень тривоги за здоров'я (30-54 бали) може свідчити про наявність іпохондрії, коли особа має нав'язливі думки про своє здоров'я, що негативно впливає на якість її життя і вимагає спеціалізованої корекційної роботи.

Короткий опитувальник тривоги за здоров'я є цінним інструментом для роботи з людьми, схильними до іпохондрії. Він допомагає краще зрозуміти психологічні аспекти тривоги за здоров'я, сприяючи якісній діагностиці та плануванню корекційних заходів.

Шкала оцінки соціальної фобії (SPIN) – розроблена Кетрін М. Коннор у 2000 році, є важливим психологічним інструментом для оцінки рівня соціальної тривожності та виявлення її різних аспектів. У сучасному світі соціальна тривога стала все більш актуальною проблемою, що впливає на якість життя багатьох людей. Шкала оцінки соціальної фобії дозволяє психологам і психотерапевтам швидко та ефективно визначити рівень

соціальної тривожності, що є ключовим етапом у розробці індивідуалізованих терапевтичних стратегій корекції [60].

Важливо зазначити, що дана шкала використовується не лише в психологічній практиці, а й у наукових дослідженнях, що дозволяє отримувати нові дані про соціальну тривогу та її взаємозв'язок з іншими психологічними явищами, такими як панічні атаки чи іпохондрія. Це відкриває нові горизонти для подальшого вивчення теми та розробки нових методів корекційної роботи, що надає можливість поліпшити психоемоційний стан клієнтів та їхню якість життя.

Шкала оцінки соціальної фобії (SPIN) містить 17 тверджень, які охоплюють широкий спектр переживань, пов'язаних із соціальними ситуаціями, такими як спілкування з незнайомцями, публічні виступи та участь у групових заходах. Респонденти оцінюють свої почуття за п'ятибальною шкалою, де кожен варіант відповіді має свій бал: «Анітрохи» (0 балів), «Дещо» (1 бал), «Трохи» (2 бали), «Дуже» (3 бали) та «Надзвичайно» (4 бали). Максимальна кількість балів, яку можна набрати за шкалою, становить 68, що дозволяє точно оцінити рівень тривоги у респондента.

Результати, отримані за шкалою, інтерпретуються за такою системою: менш як 20 балів свідчить про відсутність соціальної тривоги, 20-29 балів вказує на легкий рівень соціальної тривоги, 30-39 – на середній рівень соціальної тривоги, 40-49 – на важкий рівень соціальної тривоги, а 50 і більше – на дуже важкий ступінь соціальної тривоги. Ця шкала надає можливість не лише визначити рівень соціальної тривожності, а й оцінити ступінь її прояву [75].

Інтеграція шкали оцінки соціальної фобії (SPIN) в діагностичний процес дає можливість фахівцям зрозуміти, як вона може впливати на загальний психологічний стан, завдяки своїй структурі, дана шкала стає важливим інструментом для діагностики та моніторингу соціальної тривоги, допомагаючи зрозуміти особливості переживань і розробити відповідні терапевтичні стратегії. Оскільки соціальна тривога може значно вплинути на

повсякденне життя людей, правильна діагностика та моніторинг цього стану допомагає у розробці відповідних терапевтичних стратегій. Крім того, розробка даної шкали сприяла підвищенню обізнаності про соціальні фобії та їх вплив на психічне здоров'я [56].

Шкала оцінки соціальної фобії (SPIN) є цінним інструментом у нашому дослідженні, оскільки вона дозволяє не лише оцінити рівень соціальної тривоги у респондентів, а й виявити можливі взаємозв'язки між соціальною тривогою та панічними атаками. Використання цієї шкали допоможе виявити ключові аспекти переживань респондентів, що, у свою чергу, сприятиме розробці більш ефективних методів корекції.

Шкала тривоги Спілбергера (STAI) є одним із найпоширеніших інструментів для оцінки рівня тривоги, завдяки своїй доступності, точності та ефективності. Дана шкала була розроблена Чарльзом Д. Спілбергером у 1966 році, видатним американським психологом, який спеціалізувався на дослідженнях тривожності та її впливу на поведінку людини. Його кар'єра охоплює понад п'ятдесят років активної наукової роботи, під час якої він зробив значний внесок у розуміння тривожності, стресу та їх впливу на психічне здоров'я [76].

Шкала тривоги Спілбергера поділяється на дві частини: перша частина визначає рівень ситуативної тривожності (STAI-X1), тоді як друга частина вимірює рівень особистісної тривожності (STAI-X2). Ця двокомпонентна структура дозволяє детально оцінити як поточний стан тривоги, так і тривожність, як стабільну рису особистості.

Ситуативна тривожність (STAI-X1) – це стан суб'єкта в момент проведення тестування, який характеризується емоціями, що переживаються в даній конкретній ситуації. Вона відображає, на якому рівні тривоги перебуває досліджуваний у цей момент, враховуючи відчуття напруги, занепокоєння, заклопотаності та нервозності. Цей тип тривожності може змінюватися залежно від обставин, відображаючи адаптивну реакцію на стресові фактори, з якими стикається особа під час тестування.

Особистісна тривожність (STAI-X2) – це стійка характеристика особистості, що відображає схильність індивіда постійно переживати тривогу. Вона вказує на індивідуальну тенденцію реагувати на різноманітні ситуації з відчуттям занепокоєння, страху або нервозності. Ця риса особистості може впливати на сприйняття подій та обставин у житті, а також на емоційний стан людини в цілому. Високий рівень особистісної тривожності свідчить про те, що особа має схильність сприймати багато ситуацій як загрозливі, що може суттєво впливати на її якість життя та взаємостосунки.

Спілбергер розробив дану шкалу для того, щоб створити надійний і валідний інструмент, який би міг використовуватися в клінічній практиці, наукових дослідженнях і освітніх програмах. Його ціль полягала в тому, щоб дати фахівцям можливість точніше оцінювати тривожність у пацієнтів та учнів, що, у свою чергу, дозволяє розробляти ефективніші інтервенції [76].

Шкала тривоги Спілбергера складається з 40 запитань, розділених на дві частини, по 20 запитань в кожній. Кожне запитання має 4 варіанти відповідей, з яких респонденти обирають ту, що найбільш точно відображає їхні відчуття або емоційний стан щодо тривоги. У першій частині учасники тестування обирають з варіантів: «Ні, це не так», «Трохи є», «Це так» і «Це точно так», що дозволяє оцінити ситуативну тривожність. У другій частині респонденти мають можливість вибрати відповіді у формі: «Майже ніколи», «Іноді», «Часто», «Майже завжди», що дозволяє оцінити більш стабільні аспекти особистості, пов'язані з переживанням тривоги в цілому. Рівень тривожності, що визначається за результатами тесту, розподіляється за наступними критеріями: 20-30 балів – низький рівень тривожності, 31-44 – помірний рівень тривожності, а 45-80 – високий рівень тривожності [76].

Шкала тривоги Спілбергера (STAI) є потужним інструментом, що дозволяє ефективно вимірювати рівень тривоги в індивідів. Інтеграція STAI в діагностичний процес допомагає психологам і психотерапевтам розробити індивідуалізовані стратегії терапії, що враховують як ситуативні, так і

особистісні аспекти тривожності, що може суттєво поліпшити результати корекційної роботи чи терапії.

Використовуючи цю шкалу, ми можемо дослідити, як загальний рівень тривожності впливає на ймовірність виникнення панічних атак. Це надає можливість отримати цінну інформацію про взаємозв'язок між загальною тривожністю та панічними атаками, що може бути корисним для розробки ефективних стратегій корекційної роботи.

Для перевірки зв'язку між результатами методики Шкали тривоги Бека, обраної як основний інструмент для вимірювання панічних атак, а також іншими методиками, що досліджують різні аспекти тривожності, ми вирішили використати метод кореляції Пірсона. Це статистичний підхід, який допомагає оцінити ступінь і напрямок лінійного зв'язку між двома змінними.

Коефіцієнт кореляції Пірсона, позначуваний як r , є числовим показником, що варіюється в діапазоні від -1 до +1. Значення, близькі до +1, вказують на сильний позитивний зв'язок між змінними, тобто, якщо одна змінна зростає, інша також має тенденцію до зростання. Відповідно, значення, близькі до -1, свідчать про наявність сильного негативного зв'язку, де зростання однієї змінної супроводжується зниженням іншої. Коли коефіцієнт дорівнює 0, це свідчить про відсутність лінійного зв'язку між змінними.

Метод кореляції Пірсона визначає зв'язок через коваріацію, тобто, вимірює, як зміни в одній змінній пов'язані зі змінами в іншій. Це досягається шляхом поділу коваріації на добуток стандартних відхилень обох змінних, що забезпечує нормалізацію отриманого значення. Важливо зазначити, що кореляція Пірсона чутлива до викидів, аномальних даних, які можуть суттєво спотворити результати аналізу. Тому перед застосуванням цього методу рекомендується перевірити дані на наявність таких значень, оскільки вони можуть вплинути на точність оцінки [59].

Коефіцієнт кореляції Пірсона також часто використовується в соціальних науках, медицині та психології для аналізу зв'язків між різними психологічними та соціальними змінними. Наприклад, він може бути

корисним для оцінки кореляції між рівнем тривожності та проявами депресії, або ж між соціальною підтримкою та психологічним добробутом. Це дозволяє виявити не лише наявність зв'язків, а й оцінити їхню силу, що може бути критично важливим для розробки терапевтичних інтервенцій. Проте важливо розуміти, що кореляція не означає причинність; тобто, навіть якщо дві змінні корелюють, це не обов'язково вказує на те, що одна з них викликає зміну в іншій. Тому результати, отримані за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона, завжди повинні інтерпретуватися з обережністю, враховуючи можливі зовнішні фактори, які можуть впливати на досліджувані змінні.

Крім того, у дослідженнях, де виявлено значну кореляцію, доцільно розглянути подальші експериментальні чи квалітативні дослідження, щоб глибше проаналізувати механізми, що стоять за спостережуваними зв'язками. Таким чином, кореляційний аналіз може слугувати відправною точкою для глибшого дослідження взаємодій між психологічними явищами, що, в свою чергу, може призвести до нових відкриттів і поліпшення стратегій психологічної допомоги.

Використовуючи кореляційний аналіз, ми зможемо отримати більш детальне уявлення про те, як результати, отримані за шкалою особистісної тривоги, тривоги за здоров'я та соціальною тривогою взаємодіють з наявністю панічних атак. Це може надати цінні дані для майбутніх досліджень і практичної діяльності, що дозволить глибше зрозуміти вплив тривожності на життя людей і розробити більш ефективні програми корекційної роботи.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Дослідження проводилось у вересні 2024 року. Експериментальну базу дослідження склали 50 осіб віком від 50 до 60 років включно, з них 31 жінка та 19 чоловіків. Дослідження проводилось у 5 етапів за допомогою таких

методик: шкала тривоги Бека, опитувальник тривоги за здоров'я (SHAI), опитувальник для виявлення панічних атак, шкала оцінки соціальної фобії (SPIN) та шкала тривоги Спілбергера (STAI) (див.Додаток А).

Кореляція досліджувалась між результатами отриманими за допомогою шкали тривоги Бека та опитувальником тривоги за здоров'я (SHAI), шкали тривоги Бека та шкали оцінки соціальної фобії (SPIN), шкали тривоги Бека та шкали тривоги Спілбергера (STAI).

Результати дослідження за шкалою тривоги Бека представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Результати обробки тесту за шкалою тривоги Бека (N=50)

Субшкали	n	M	σ
Нормальний рівень	1	5	0
Легкий рівень	3	7,67	0,47
Середній рівень	17	15,41	2,57
Високий рівень	29	28,65	7,48

де: n – кількість відповідей,

M – середній результат по шкалам,

σ – середнє квадратичне відхилення.

За результатами дослідження за шкалою тривоги Бека, було встановлено, що нормальний рівень особистісної тривожності має – 1 особа (2%), легкий рівень тривожності мають – 3 особи (6%), середній рівень тривожності мають – 17 осіб (34%) та високий рівень тривожності мають – 29 осіб (58%) (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Діаграма рівня тривожності за шкалою тривоги Бека

Результати дослідження за опитувальником тривоги за здоров'я (SHAI) представлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Результати обробки тесту за опитувальником тривоги за здоров'я (SHAI) (N=50)

Субшкали	n	M	σ
Нормальний рівень	4	13	0,71
Середній рівень	34	21,64	3,74
Високий рівень	12	32,67	6,53

де: n – кількість відповідей,

M – середній результат по шкалам,

σ – середнє квадратичне відхилення.

За результатами дослідження за опитувальником тривоги за здоров'я (SHAI), було встановлено, що нормальний рівень тривоги за здоров'я мають –

4 особи (8%), середній рівень тривоги за здоров'я мають – 34 особи (68%) та високий рівень тривоги за здоров'я мають – 12 осіб (24%) (рис. 2.2).



Рис. 2.2. Діаграма рівня тривоги за здоров'я за опитувальником тривоги за здоров'я (SHAI)

Результати дослідження за шкалою оцінки соціальної фобії (SPIN) представлені у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Результати обробки тесту за шкалою оцінки соціальної фобії (N=50)

Субшкали	n	M	σ
Відсутність соціальної	29	9,27	4,18
Легка соціальна тривога	15	26,13	3,69
Середня соціальна тривога	5	32	1,09
Важка соціальна тривога	1	41	0
Дуже важка соціальна тривога	0	0	0

де: n – кількість відповідей,

M – середній результат по шкалам,
 σ – середнє квадратичне відхилення.

За результатами дослідження за шкалою оцінки соціальної фобії (SPIN), було встановлено, що відсутність соціальної тривоги мають – 29 осіб (58%), легку соціальну тривогу мають – 15 осіб (30%), середню соціальну тривогу мають – 5 осіб (10%), важку соціальну тривогу має – 1 особа (2%) та дуже важку соціальну тривогу не виявлено. (рис. 2.3).



Рис. 2.3. Діаграма рівня соціальної тривоги за шкалою оцінки соціальної фобії (SPIN)

Результати дослідження за шкалою особистісної тривоги Спілбергера представлені у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

**Результати обробки тесту за шкалою особистісної тривоги
 Спілбергера (N=50)**

Субшкали	n	M	σ
Низький рівень	3	28.67	1.25

Продовження табл.2.4

Помірний рівень	19	39.37	4,2
Високий рівень	28	53,5	4.77

де: n – кількість відповідей,

M – середній результат по шкалам,

σ – середнє квадратичне відхилення.

За результатами дослідження за шкалою особистісної тривоги Спілбергера, було встановлено, що низький рівень особистісної тривожності мають – 3 особи (6%), помірний рівень тривожності мають – 19 осіб (38%) та високий рівень тривожності мають – 28 осіб (56%) (рис. 2.4).



Рис. 2.4. Діаграма рівня тривожності за шкалою особистісної тривоги Спілбергера

За результатами дослідження за опитувальником для виявлення панічних атак було встановлено, що панічні атаки мають 6 осіб (12%) , а не мають 44 особи (88%) з нашої вибірки. (рис. 2.5).



Рис. 2.5. Діаграма наявності панічних атак за опитувальником для виявлення панічних атак

Результати дослідження кореляційних зв'язків за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона (критичне значення коефіцієнту для ступеня свободи – 48 на рівні значущості 0.95 $r = 0,28$ та на рівні значущості 0.99 $r = 0,36$) відображенні у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Кореляційні зв'язки між результатами виміру панічних атак та іпохондрії й інших аспектів тривожності

№	Порівнювані критерії	Коефіцієнт Пірсона	Рівень значущості
1	Панічні атаки та іпохондрія (шкала тривоги Бека та опитувальник тривоги за здоров'я (SHAI))	0, 833	Дані увійшли в зону значущості 0,99

Продовження табл. 2.5

2	Панічні атаки та соціальна тривожність (шкала тривоги Бека та шкала оцінки соціальної фобії (SPIN))	0,429	Дані увійшли в зону значущості 0,99
3	Панічні атаки та особистісна тривожність (шкала тривоги Бека та шкала тривоги Спілбергера (STAI))	0,431	Дані увійшли в зону значущості 0,99

Отже, результати емпіричного дослідження підтверджують, що в даній вибірці кореляція між панічними атаками та іпохондрією є сильнішою, порівняно з іншими аспектами тривожності.

Результати дослідження наголошують на важливості врахування іпохондрії під час корекційної роботи з панічними атаками. Іпохондрія відіграє ключову роль у загостренні панічних станів, тому її корекція повинна бути невіддільною частиною терапевтичного процесу. Недостатня увага до цього аспекту може завадити досягненню успіху в терапії панічних атак.

Усі види тривожності взаємопов'язані з панічними атаками, проте їхня значущість варіюється. Найбільш критичним є аспект іпохондрії, адже панічні атаки супроводжуються саме високим рівнем іпохондричних тенденцій. Тому корекційна робота з урахуванням іпохондрії як взаємопов'язаного аспекту з панічними атаками є вирішальною для ефективного терапевтичного втручання.

Після іпохондрії, наступним аспектом для врахування під час корекційної роботи панічних атак є загальна тривожність, оскільки вона створює фон для розвитку панічних атак. Зниження загального рівня тривожності допоможе зменшити частоту та інтенсивність панічних епізодів.

Панічні атаки часто супроводжуються високим рівнем іпохондричних тенденцій, що вказує на підвищене занепокоєння щодо власного здоров'я. Водночас може спостерігатися загальне підвищення тривожності. Однак це не гарантує, що в особи обов'язково розвинеться чи є наявною соціальна тривожність або фобії. Хоча панічні атаки можуть бути пов'язані із соціальною тривожністю, їхня присутність не є універсальним правилом; кожен випадок потребує індивідуального підходу для точного аналізу та корекції.

Таким чином, виявлені дані свідчать про поширеність проблеми та наголошують на необхідності заходів для забезпечення психологічного добробуту населення зрілого віку. Це підкреслює важливість розробки та впровадження ефективних програм, спрямованих на підтримку людей цього віку, а також потребу у збільшенні усвідомлення причин і особливостей панічних атак та іпохондрії в зрілому віці.

Висновки до другого розділу

Для проведення емпіричного дослідження було обрано набір діагностичних інструментів, що включає такі психологічні методи: опитувальник для виявлення панічних атак, шкала тривоги Бека, опитувальник тривоги за здоров'я (SHAI), шкала оцінки соціальної фобії (SPIN) та шкала тривоги Спілбергера (STAI). Всі ці методи пройшли ретельну перевірку на надійність та валідність і мають наукове обґрунтування своєї конструкції. Ці інструменти не є надто короткими, адже містять достатню кількість запитань для отримання змістовної інформації. Водночас вони не є занадто довгими та обтяжливими, що допомагає уникнути втоми респондентів та покращує точність їхніх відповідей.

Дослідження проводилось у вересні 2024 року. Експериментальну базу дослідження склали 50 осіб віком від 50 до 60 років включно, з них 31 жінка та 19 чоловіків.

Кореляція досліджувалась між результатами отриманими за допомогою шкали тривоги Бека та опитувальником тривоги за здоров'я (SHAI), шкали тривоги Бека та шкали оцінки соціальної фобії (SPIN), шкали тривоги Бека та шкали тривоги Спілбергера (STAI).

У ході емпіричного дослідження було отримано такі дані:

За шкалою тривоги Бека, було встановлено, що з даної вибірки нормальний рівень особистісної тривожності має – 1 особа (2%), легкий рівень тривожності мають – 3 особи (6%), середній рівень тривожності мають – 17 осіб (34%) та високий рівень тривожності мають – 29 осіб (58%).

За опитувальником тривоги за здоров'я (SHAI), було встановлено, що з даної вибірки нормальний рівень тривоги за здоров'я мають – 4 особи (8%), середній рівень тривоги за здоров'я мають – 34 особи (68%) та високий рівень тривоги за здоров'я мають – 12 осіб (24%).

За шкалою оцінки соціальної фобії (SPIN), було встановлено, що з даної вибірки відсутність соціальної тривоги мають – 29 осіб (58%), легку соціальну тривогу мають – 15 осіб (30%), середню соціальну тривогу мають – 5 осіб (10%), важку соціальну тривогу має – 1 особа (2%) та дуже важку соціальну тривогу не виявлено.

За шкалою особистісної тривоги Спілбергера, було встановлено, що з даної вибірки низький рівень особистісної тривожності мають – 3 особи (6%), помірний рівень тривожності мають – 19 осіб (38%) та високий рівень тривожності мають – 28 осіб (56%).

За опитувальником для виявлення панічних атак було встановлено, що панічні атаки мають 6 осіб (12%), а не мають 44 особи (88%) з нашої вибірки.

Результати дослідження кореляційних зв'язків, отримані за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона дозволили виявити кореляцію між панічними атаками та іпохондрією, вимірювані за допомогою шкали тривоги Бека та опитувальника тривоги за здоров'я. Отримані дані показали значущість на рівні 0,99 при коефіцієнті $r = 0,833$.

Кореляційні зв'язки також були виявлені між панічними атаками та особистісною тривожністю, вимірювані за допомогою шкали тривоги Бека та шкала тривоги Спілбергера. Отримані дані показали значущість на рівні 0,99 при коефіцієнті $r = 0,431$.

Менш виражений кореляційний зв'язок було виявлено між панічними атаками та соціальною тривожністю, вимірювані за шкалою тривоги Бека та шкалою оцінки соціальної фобії, з отриманими даними, які також увійшли в зону значущості 0,99, при коефіцієнті $r = 0,429$.

Отже, результати емпіричного дослідження засвідчують, що кореляція між панічними атаками та іпохондрією є сильнішою, порівняно з іншими аспектами тривожності. Тому корекційна робота з урахуванням іпохондрії як взаємопов'язаного аспекту з панічними атаками є вирішальною для ефективного терапевтичного втручання.

РОЗДІЛ 3

ОРГАНІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ ПАНІЧНИХ ТА ІПОХОНДРИЧНИХ ПРОЯВІВ У ЗРІЛОМУ ВІЦІ

3.1. Обґрунтування та зміст психокорекційної програми формувального експерименту

Проведене емпіричне дослідження панічних атак та іпохондрії у зрілому віці дало змогу виявити значний рівень тривожності серед респондентів. За результатами шкали тривоги Бека, високий рівень тривоги спостерігався у 29 респондентів, що становить 58% вибірки. Водночас за даними опитувальника тривоги за здоров'я (SHAI), 12 осіб (24%) продемонстрували підвищений рівень занепокоєння щодо власного здоров'я. За шкалою особистісної тривожності Спілбергера, високий рівень тривожності було виявлено у 28 учасників (56%). Крім того, згідно з опитувальником для виявлення панічних атак, у 6 осіб (12%) було встановлено наявність панічних атак. Ці тривожні показники стали важливим поштовхом для розробки психокорекційної програми, спрямованої на зменшення панічних та іпохондричних проявів у зрілому віці.

Для проведення психокорекційної роботи було обрано 20 осіб, які за результатами діагностики отримали найвищі показники. Ці учасники були поділені на дві групи: експериментальну та контрольну, по 10 осіб у кожній. Експериментальній групі була запропонована повна психокорекційна програма, тоді як контрольна група не отримала корекційного втручання, однак її учасники були повторно протестовані після завершення програми, щоб оцінити її ефективність.

Програма складається з 8 занять, тривалістю 1 година 30 хвилин кожне, що проводяться двічі на тиждень. Основною метою даної програми є зниження рівня тривоги за здоров'я, панічних тенденцій та особистісної тривожності, що

дозволить учасникам краще справлятися з тривожними станами та зменшити їх негативний вплив на повсякденне життя.

Основні цілі програми:

1. Пояснення механізму виникнення панічних атак та їх взаємозв'язку з іпохондрією.
2. Навчити учасників ефективним копінг-стратегіям для подолання тривожних станів і панічних атак.
3. Формування навичок розпізнавання й усвідомлення ірраціональних переконань, що викликають тривожність.
4. Розвиток вміння замінювати ірраціональні думки на раціональні, шляхом критичного мислення та аналізу.
5. Підвищення стресостійкості й здатності ефективно справлятися з емоційними та фізіологічними проявами тривоги.
6. Стимулювання самостійної роботи над психоемоційним станом та збереження результатів корекційної роботи в довгостроковій перспективі.

У даній психокорекційній програмі використовувалися елементи когнітивно-поведінкової терапії, зокрема, раціонально-емоційної терапії Альберта Елліса, яка зарекомендувала себе як ефективний інструмент для роботи з тривогою, панічними атаками та іпохондрією. Основною перевагою цього підходу є те, що він фокусується на виявленні та корекції ірраціональних переконань, які лежать в основі тривожних та панічних станів. Завдяки структурованій роботі над трансформацією негативних установок у більш раціональні та здорові, особи з підвищеною тривожністю можуть отримати значне полегшення симптомів і навчитися ефективно керувати своїм емоційним станом у стресових ситуаціях. Крім того, елементи цієї терапії спрямовані на глибше розуміння взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою, що допомагає зменшити інтенсивність тривожних і панічних проявів [40].

Заняття 1. Знайомство та формування очікувань

Мета: встановлення довірливих відносин між учасниками, зниження емоційної напруги, підвищення позитивного настрою та згуртованості групи, створення основ для плідної роботи протягом наступних занять.

Вступна частина: заняття розпочинається зі щирого привітання всіх учасників групи. Психолог вітає присутніх і налаштовує їх на співпрацю, наголошуючи, що всі учасники знаходяться в безпечному просторі, де вони можуть відкрито говорити про свої переживання. Це перший крок до формування відчуття захищеності, що особливо важливо в терапевтичній групі, оскільки учасники мають ділитися особистим досвідом, зокрема щодо панічних атак, іпохондрії чи тривожних станів.

Психолог також наголошує, що активність у групі є важливою, але ніхто не примушується до виконання вправ – кожен має право говорити стільки, скільки він готовий поділитися, і робити це в комфортному для себе темпі. Завдання психолога на цьому етапі – створити атмосферу, де учасники не відчуватимуть тиску і зможуть спокійно включатися в роботу групи.

Вправа 1: «Яка я рослина?»

Першу вправу для знайомства психолог обирає у незвичному форматі, щоб учасники могли вийти за рамки звичайного самопредставлення й одночасно зняти початкову напругу. Він пояснює суть вправи: кожен учасник має уявити себе у вигляді рослини й розповісти, яка саме рослина, на його думку, найкраще відображає його характер, якості або нинішній стан.

Психолог починає першим, щоб задати тон і заохотити інших до участі. Наприклад, він може сказати: «Якби я був рослиною, я б був соняшником. Ця квітка завжди тягнеться до сонця, символізуючи оптимізм і постійний пошук світла, навіть у найтемніші моменти. Іноді, як і соняшник, я можу здаватися сильним, але водночас потребую підтримки сонця, тепла і надії».

Ця вправа дозволяє учасникам проявити креативність, розкритися і водночас уникнути прямих відповідей на особисті питання, що може бути корисним на початкових етапах, коли рівень довіри в групі ще формується.

Вправа 2: «Ім'я, хобі, риси характеру та улюблений фільм або книга»

Після першої розминки психолог пропонує учасникам продовжити знайомство у більш традиційному форматі. Кожен учасник має коротко представити себе, назвавши своє ім'я, одне зі своїх хобі або головне захоплення, кілька своїх найкращих рис характеру та поділитися улюбленим фільмом або книгою.

Психолог знову починає першим, щоб дати приклад. Далі психолог надає слово охочим учасникам. Завдання психолога – уважно слухати, ставити уточнювальні питання, щоб показати свою зацікавленість і заохотити інших до участі.

Вправа 3: «Створення нашої розповіді»

Після того, як учасники трохи познайомилися, психолог пропонує більш інтерактивну вправу, яка спрямована на згуртованість групи та розвиток командної роботи. Вправа полягає в тому, щоб разом створити спільну історію. Психолог починає розповідь кількома реченнями, наприклад: «Одного разу в невеликому містечку люди почали відчувати дивні речі...». Потім кожен учасник має додати своє речення до цієї історії, продовжуючи попередню думку. Історія може розвиватися в будь-якому напрямку, що дозволяє учасникам проявити креативність, а також відчувати, як взаємодіяти в групі [4].

Після завершення вправ психолог переходить до пояснення основних правил, які будуть діяти під час всіх майбутніх занять. Він роз'яснює, що важливо зберігати повагу до кожного учасника, не перебивати, давати можливість висловитися тим, хто бажає, і, звісно, підтримувати один одного.

Психолог також говорить про конфіденційність – все, що обговорюється в групі, залишається в групі, і жодна інформація не виходить за межі заняття. Це правило допомагає учасникам відчувати захищеність і готовність до відкритого діалогу.

Далі психолог просить учасників поділитися своїми очікуваннями від програми. Це важливий етап, оскільки він допомагає зрозуміти, з якими

цілями прийшли учасники, і на чому слід зробити акцент у подальшій роботі. Наприклад, учасники можуть висловлювати надію на зменшення тривожних станів, навчання новим технікам подолання панічних атак або просто бажання знайти підтримку.

Психолог формує мотивацію учасників, наголошуючи на тому, що участь у цій програмі може суттєво поліпшити їхній емоційний стан і навчити ефективно працювати зі своїми страхами. Важливо підкреслити, що зміни відбуваються поступово, але кожен крок на цьому шляху – це крок до полегшення та покращення якості життя.

На завершення заняття психолог пропонує учасникам рефлексію. Він запитує, чи хоче хтось поділитися своїми враженнями, думками або почуттями, які виникли під час заняття. Деякі учасники можуть захотіти розповісти про свій досвід панічних атак або тривожних станів, що стане важливим кроком на шляху до відкритості в групі.

Психолог завершує заняття підсумками, дякує всім за активність і нагадує про важливість постійної участі в подальших зустрічах для досягнення максимальної ефективності психокорекційної програми.

Заняття 2. Пояснення природи тривоги та її впливу на організм

Мета: ознайомити учасників із механізмами тривожних реакцій, пояснити фізіологічні зміни, які виникають під час тривоги та панічних атак, і навчити їх розуміти сигнали свого тіла.

Заняття розпочинається з привітання учасників. Психолог наголошує, що кожен учасник групи – це звичайна людина, і всі труднощі, з якими вони стикаються, є цілком нормальними для людей. Тривога та панічні атаки – це не свідчення того, що з ними щось не так, а лише прояв роботи їхньої нервової системи в умовах стресу.

Психолог починає пояснювати, що тривога – це природна реакція організму на загрозу. Це важливий еволюційний механізм, який зберігся в людях ще з давніх часів і допомагав вижити нашим предкам.

«Тривога – це, по суті, сигнал небезпеки для нашого організму. Вона була вкрай важлива для наших далеких предків, тому що в умовах дикої природи потрібно було постійно бути насторожі. Тривога активізується, коли мозок оцінює ситуацію як потенційно небезпечну, навіть якщо ми не завжди це усвідомлюємо. Наші предки, стикаючись із небезпекою, наприклад, дикими тваринами чи природними катастрофами, повинні були або тікати, або боротися. Цей механізм називається «біжи або бийся». І хоч тепер ми більше не стикаємося з тиграми чи мамонтами, наш організм все ще реагує так само» [18].

Далі психолог пояснює, що тривога підтримується викидом певних гормонів, які й викликають фізіологічні реакції в нашому тілі.

«Коли ми відчуваємо тривогу, наш мозок відправляє сигнал до надниркових залоз, які викидають гормони стресу – кортизол та адреналін. Ці гормони призначені для того, щоб мобілізувати всі ресурси нашого тіла для боротьби або втечі. Але разом із цим виникають певні неприємні фізіологічні відчуття, які ми сприймаємо як тривожні симптоми. Це може бути прискорене серцебиття, пітливість, тремор кінцівок, головокружіння та інші прояви, які ви, ймовірно, вже помічали у себе під час панічних атак або приступів тривоги» [24].

Психолог детально пояснює роль вегетативної нервової системи (ВНС) у виникненні тривожних реакцій. «Вегетативна нервова система, яка відповідає за контроль над багатьма функціями організму, є ключовим компонентом у процесі адаптації до змін у нашому оточенні. ВНС ділиться на два основні відділи – симпатичний і парасимпатичний. Симпатичний відділ активізується під час тривоги й відповідає за всі ті симптоми, які ми часто відчуваємо, коли нам страшно» [7].

Психолог наводить приклад: «Уявіть, що на вулиці сильна спека. Коли температура навколишнього середовища підвищується, ваш організм намагається економити енергію, і вмикає механізми, що дозволяють йому охолодитися. Наприклад, ми починаємо пітніти. Так само й під час тривоги –

наш організм вмикає симпатичний відділ ВНС, щоб підготувати нас до небезпеки».

Психолог детально пояснює, як саме симпатичний відділ ВНС впливає на роботу органів під час тривожної реакції. «Серце починає швидше битися, щоб забезпечити організм більшою кількістю крові. Це потрібно для того, щоб ми могли бігти або боротися. Звужуються судини в органах, які не беруть участі в цих процесах, наприклад, у шлунково-кишковому тракті. Через це зменшується вироблення травних ферментів, а сам процес травлення сповільнюється або навіть припиняється. Це пояснює, чому під час тривоги у нас можуть виникати проблеми з травленням – діарея, нудота, здуття, або навіть біль у животі».

Також психолог пояснює, що під час тривоги бронхи розширюються, щоб ми могли отримати більше кисню, а м'язи сечового міхура розслабляються, щоб організм міг швидко позбутися зайвих речовин. Це ще один приклад того, як наш організм готується до швидкої реакції.

Окрім фізичних симптомів, тривога також впливає на наше сприйняття реальності.

«Ви, можливо, відчували такі стани, як дереалізація або деперсоналізація – коли світ здається нереальним, а ви самі – відчуженими від власного тіла. Це теж захисна реакція організму. Він намагається економити енергію і зменшувати кількість інформації, яку потрібно обробляти. Це може здаватися лякаючим, але це нормально – наш організм просто адаптується до ситуації стресу» [26].

Наприкінці психолог підсумовує викладений матеріал і пояснює учасникам загальну схему роботи тривожних реакцій:

1. Ми сприймаємо ситуацію як небезпечну.
2. Тривога активізується.
3. В організм викидається адреналін.

4. Це запускає фізіологічну реакцію тіла – підвищується пульс, збільшується артеріальний тиск, змінюється дихання та функціонування інших органів.

Психолог зазначає: «Можливо, у вас виникає питання: чому наше тіло реагує таким чином на ситуації, які не несуть реальної загрози? Наприклад, чому я панікую, коли насправді нічого страшного не відбувається? Річ у тім, що наш мозок не завжди розрізняє реальну загрозу від тієї, яка виникає в нашій уяві. Наприклад, ми можемо злякатися собаки, яка раптово гарчить на нас. У цей момент ваше серце почне битись швидше, оскільки перед вами постала реальна небезпека, на яку організм миттєво реагує. Але схожий ефект може виникнути й тоді, коли вам сниться, що ви падаєте з обриву. Ви прокидаєтеся з прискореним пульсом, диханням та відчуттям страху, хоча в реальності загроза відсутня. Це пояснюється тим, що наш мозок не розрізняє, чи небезпека дійсна або уявна – він реагує однаково на обидва типи загроз».

Після цього психолог дає учасникам час на рефлексію. Він пропонує подумати про власні відчуття під час тривожних станів і запитує, чи є у когось питання або незрозумілі моменти.

Заняття 3. Взаємозв'язок панічних атак з іпохондрією та способи їх відрізнєння від реальних хвороб

Мета заняття: пояснення взаємозв'язку між панічними атаками та іпохондрією, навчання учасників відрізняти симптоми тривоги від ознак реальних фізичних захворювань, поглиблення розуміння того, як функціонує тривожна реакція організму.

Психолог починає заняття з привітання учасників:

«Вітаю вас на нашому третьому занятті. Сьогодні ми продовжимо наше знайомство з панічними атаками й навчимося відрізняти їх від реальних хвороб. Це дуже важливо для нашого внутрішнього спокою, адже часто ми плутаємо нормальні реакції організму з серйозними захворюваннями, що підсилює тривогу. Я сподіваюся, що після цього заняття ви краще зрозумієте

свої тілесні відчуття та знайдете спокій навіть у моменти, коли тривога нагадує про себе».

Психолог починає пояснення взаємозв'язку між панічними атаками та іпохондрією: «Панічні атаки та іпохондрія тісно пов'язані між собою. Іноді буває важко зрозуміти, чи ви справді хворі, чи це нормальні реакції нашого організму, адже симптоми тривоги можуть бути дуже переконливими. Як ми вже говорили, тривога – це нормальна реакція організму, вона супроводжується різними фізіологічними проявами, які є абсолютно природними. Проте часто виникає ситуація, коли ми неправильно інтерпретуємо ці симптоми, що призводить до паніки. Як відрізнити тривожні прояви від реальних хвороб?»

1. Симптоми постійно змінюються. «Перше, що слід зрозуміти, – симптоми, які у нас з'являються часто мінливі. Сьогодні може боліти одне місце, завтра – інше. Вони не мають постійного характеру, як це було б у разі серйозного захворювання. Ми часто тривожимося через нові відчуття і починаємо приділяти їм забагато уваги, через що симптоми можуть здаватися ще сильнішими» [8].

2. Відсутність серйозних патологій. «Іноді ми постійно відвідуємо лікарів у пошуках підтвердження хвороби, але всі аналізи показують, що фізично ми здорові. Це ще одна ознака того, що причиною наших симптомів може бути тривога. Ми можемо відчувати дискомфорт, але не маємо підтверджених серйозних захворювань» [41].

3. Наявність страху смерті чи серцевого нападу. «Багато людей з панічними атаками часто відчують страх смерті, страх збожеволіти або втратити свідомість. Такий страх виникає через низьку толерантність до дискомфорту – ми не можемо сприймати навіть незначний біль або дискомфорт як щось тимчасове та нормальне» [43].

4. Зміна фокуса на власному тілі. «Чим більше ми фокусуємося на нашому тілі та спостерігаємо за симптомами, тим сильніше вони проявляються. Це стає замкнутим колом: ми відчуваємо тривогу через

симптоми, а тривога підсилює ці симптоми. Якщо ж ми спробуємо трохи відволіктися, переключити увагу, симптоми можуть поступово зменшитися» [27].

5. Відсутність чіткої структури хвороби. «У випадку реальних хвороб симптоми мають чітку структуру і послідовність. Наприклад, у серцевого нападу є конкретні ознаки та час розвитку. Тривога ж не має такої структури – вона хаотична і непередбачувана, симптоми змінюються, інтенсивність коливається» [11].

Як виникають панічні атаки? «Тривога часто виникає через нашу надмірну увагу до здоров'я та страх перед хворобою. Наприклад, у зрілому віці багато хто з нас починає більше задумуватися про здоров'я. Якщо раніше ви могли не помічати, що у вас злегка болить серце або запаморочилося, то зараз кожен такий симптом може викликати тривогу. Мозок негайно включає режим паніки: «О, це може бути щось серйозне!». Ми починаємо сканувати себе на інші симптоми, і тривога тільки зростає [53].

Дуже часто наші симптоми змінюються, то тут, то там щось болить, і ми починаємо переживати. Коли ми переживаємо за певний симптом, стає складно перестати концентруватися на ньому. Це створює ефект, що симптом лише посилюється, чим більше ми його намагаємось 'відстежувати'. Якщо ми не можемо знайти патологічні ознаки за допомогою медичних обстежень, це є однією з ознак того, що наші переживання більше пов'язані з тривогою, ніж з реальним фізичним захворюванням [20].

Це викликає замкнуте коло: чим більше ми боїмося, тим сильніше відчуваємо фізіологічні реакції тривоги – серце б'ється частіше, дихання стає нерівним, може боліти живіт, виникає запаморочення. Все це змушує нас думати, що дійсно щось не так. Але насправді це не серцевий напад, а просто реакція організму на тривогу [74].

Нам важливо розуміти, що ці симптоми – це нормальна реакція нашого організму. Тіло реагує, як якщо ви були в небезпеці, але насправді ця небезпека – лише в наших думках. Ми можемо думати про смерть, переживати за те, як

наші близькі справляться без нас, і це створює додатковий страх. Але важливо зрозуміти, що тривога та панічні симптоми не є доказом серйозної фізичної хвороби.

Одним із найважливіших кроків до подолання панічних атак є розуміння того, що ваші симптоми – це не ознака смертельної хвороби. Це природна реакція організму на тривогу. Коли ми навчимося розпізнавати тривогу і сприймати її як тимчасовий дискомфорт, ми зможемо поступово виходити з цього замкнутого кола» [67].

Психолог підкреслює, що завдання програми полягає не в тому, щоб «контролювати» симптоми, а щоб навчитися розуміти їх, не реагувати на них з жахом, а також змінити своє сприйняття тілесних відчуттів.

Психолог завершує заняття, запрошуючи учасників поділитися своїми думками: «На цьому етапі я хочу надати вам час на рефлексію. Чи є у вас запитання щодо сьогоднішнього матеріалу? Можливо, ви хотіли б поділитися своїм досвідом, як вам вдається впоратися з тривогою або що ви відчуваєте під час панічних атак чи раптових приступів тривоги?»

Учасники можуть поділитися своїм досвідом, питаннями чи страхами. Це дозволить їм осмислити почуте та побачити, що подібні переживання є спільними для багатьох. Можливо, деякі учасники захочуть розповісти про свої випадки панічних атак чи страхів і отримати підтримку від групи. Психолог активно слухає кожного учасника, відповідає на запитання і підбиває підсумки заняття: «Сподіваюся, сьогоднішнє заняття допомогло вам краще зрозуміти, як працює наш організм під час тривоги й чому ці симптоми не є ознакою серйозної хвороби».

Заняття 4. Знайомство з ірраціональними переконаннями та їх впливом на тривогу

Мета заняття: ознайомити учасників з основами моделі ABC та навчити виявляти ірраціональні переконання, що підсилюють тривожні стани.

Психолог вітає учасників: «Доброго дня! Рада бачити вас на нашому четвертому занятті. Пригадаймо, що ми засвоїли на попередніх заняттях –

тривога є природним, здоровим механізмом реагування на небезпеку. Симптоми тривоги, які ми відчуваємо, є нормальною частиною цього механізму. Наш організм не відрізняє реальну небезпеку від тієї, яку ми самі собі вигадали – він реагує однаково на обидві ситуації.

Часто тривога виникає через те, що ми неправильно інтерпретуємо події. Наприклад, коли одна людина під час хвороби спокійно відпочиває, читає або дивиться фільми, інша впадає в паніку, думаючи: «Цього не мало зі мною статися, це жахливо, я не можу це прийняти». Тому ми можемо дійти до моделі АВС, де А – це активуюча подія, В – наші думки та переконання, а С – це наша емоційна та фізіологічна реакція» [44].

Психолог продовжує: «Зараз я наведу приклад: уявіть, що ви залишилися вдома самі, і у вас почалася тахікардія. Ваші думки: «Цього не повинно бути, я зараз помру». Результат – паніка. Тепер давайте подумаємо, що викликало тривогу? Як ви думаєте, який елемент потрібно замінити, щоб перестати відчувати тривогу?»

Після обговорення психолог підсумовує: «Якщо нам не подобається наша емоція, тобто С, то ми повинні змінити В – переконання, щоб змінити реакцію. Це схоже на зіпсований телефон – коли наші думки вводять нас в оману і передають організму хибні сигнали. Наше завдання – виправити ці «поломки». Ірраціональні переконання можна поділити на чотири основні види: вимоги, катастрофізація, низька терпимість до дискомфорту та знецінення» [42].

Розбір ірраціональних переконань

1. Вимоги. Психолог пояснює: «Це коли ми думаємо, що світ, інші люди або ми самі щось повинні. Наприклад: «Я повинен не відчувати тривогу» або «Моя родина повинна мене розуміти». Такі вимоги призводять до сильного стресу. Ми замінимо їх на побажання. Наприклад, замість «Я повинен не відчувати тривоги», кажемо: «Я б хотів не відчувати тривоги, але якщо вона з'явиться, я впораюся».

Психолог пропонує учасникам спробувати перетворити власні вимоги на побажання.

2. Низька терпимість до дискомфорту. «Це віра в те, що ми не зможемо витримати дискомфорт. Наприклад: «Я не переживу цей стан». Ми замінімо цю думку на реалістичнішу: «Так, це складно, але я це витримаю».

Учасники мають можливість обговорити, як вони можуть змінити свої переконання.

3. Катастрофізація. «Ми перетворюємо невеликі проблеми на катастрофи. Наприклад, тахікардія викликає думку: «Я помру». Потрібно зупинитися і поставити собі питання: «Чи дійсно це так?» Замість катастрофізації ми практикуємо антикатастрофізацію: «Це неприємно, але це не кінець світу».

4. Знецінення. «Це коли ми вважаємо себе або інших нікчемними через невдачу. Наприклад, якщо ми не впоралися з тривогою після кількох спроб, ми можемо подумати: «Я нікчема». Але це не так. Ми можемо сказати: «Так, сьогодні не вийшло, але це не означає, що я безнадійний» [44].

Психолог підсумовує: «Отже, сьогодні ми дізналися, як наші переконання впливають на емоції та фізичні реакції. Наступного разу ми продовжимо вивчати, як можна змінювати ці переконання, щоб зменшити нашу тривогу».

Далі учасники діляться своїми враженнями від заняття, психолог відповідає на запитання та допомагає учасникам обміркувати, як вони можуть застосовувати отримані знання у своєму житті.

Заняття 5. Робота з ірраціональними переконаннями та їх зміною

Мета заняття: закріпити знання учасників про чотири типи ірраціональних переконань, які викликають тривогу, та навчити учасників ефективно розпізнавати й трансформувати ці переконання.

Психолог вітає всіх учасників: «Доброго дня! Рада вас бачити на п'ятому занятті. Сьогодні ми продовжимо працювати над темою, яку розглядали на минулому занятті – ірраціональні переконання. Ми навчимося краще їх

розпізнавати та визначати їх тип. Це важливий крок у нашій роботі з тривогою та панічними атаками».

Вправа: Визначення типу ірраціонального переконання

Психолог пропонує учасникам перший приклад ірраціонального переконання: «Розглянемо таке переконання: «У мене не повинно бути симптомів тривоги, тому що я над ними працюю. Якщо вони все ж є, то всі мої зусилля марні». Яке з чотирьох викривлень тут присутнє?»

Учасники діляться своїми відповідями, психолог допомагає направляти дискусію та підсумовує: «Це вимога – переконання, що у вас не повинно бути тривожних симптомів. Також тут є знецінення – якщо симптоми залишаються, ви автоматично знецінюєте свої зусилля. Це дуже поширене ірраціональне переконання, яке підсилює тривогу».

Психолог пропонує ще одне переконання для розбору: «Наступне переконання: «Якщо я застрягну в ліфті, в мене почнеться панічна атака, це буде жахливо, і я цього не переживу». Яке ірраціональне переконання присутнє тут?»

Учасники висловлюють свої думки, психолог додає: «Тут ми бачимо катастрофізацію – ви робите з невеликої проблеми справжню катастрофу. А також присутня низька терпимість до дискомфорту – переконання, що ви не витримаєте ситуації. Це часто зустрічається в людей з панічними атаками».

Вправа: Заповнення таблиці для зміни ірраціональних переконань

Психолог пропонує учасникам наступне завдання: «Тепер спробуймо детальніше розібрати ваші думки. Я дам вам таблицю з п'ятьма колонками. Ваше завдання – заповнити кожен колонку, відштовхуючись від ваших переживань».

Таблиця має такі розділи:

1. Ситуація: опис події, яка викликала тривогу.
2. Думки: ваші думки під час цієї події.
3. Емоція: емоційна реакція, яку ви відчули.

4. Ірраціональне переконання: який вид ірраціонального переконання ховається за вашими думками?
5. Раціональне переконання: на який вид раціонального переконання ви можете замінити свої думки?

Психолог наводить приклад для заповнення таблиці:

- Ситуація: застукало в серці в магазині.
- Думки: це не повинно відбуватись, я цього не витримаю.
- Емоція: тривога та паніка.
- Ірраціональне переконання: вимога + низька терпимість до дискомфорту.
- Раціональне переконання: побажання + висока терпимість до дискомфорту.

Після прикладу психолог пропонує учасникам заповнити таблиці на основі власних ситуацій. Він допомагає кожному учаснику розібрати їхні приклади, розпізнати види ірраціональних переконань та підібрати раціональні альтернативи.

Психолог завершує заняття запитаннями до учасників: «Як вам вправа? Що було найскладнішим у процесі знаходження ірраціональних переконань? Учасники діляться своїми враженнями, психолог підтримує дискусію та підсумовує основні ідеї. «На цьому занятті ми навчилися виявляти види ірраціональних переконань та замінювати їх на раціональні. Це дуже важливий крок у роботі над тривогою, і надалі ми продовжимо застосовувати ці навички в реальних життєвих ситуаціях».

Психолог пропонує учасникам продовжити самостійне спостереження за своїми думками протягом тижня та спробувати використовувати отримані знання в повсякденних ситуаціях та продовжити самостійне заповнення таблички.

Заняття 6. Продовження роботи з ірраціональними переконаннями та їх усвідомленням

Мета заняття: поглибити навички учасників у виявленні ірраціональних переконань через структурування думок за моделлю АВС. Учасники вчитимуться перетворювати свої автоматичні думки у конкретні твердження та виявляти викривлення, що викликають тривогу.

Психолог вітає учасників: «Доброго дня! Рада вас бачити на нашому шостому занятті. Сьогодні ми продовжимо працювати з ірраціональними переконаннями, які викликають тривогу. Ми будемо вчитись розпізнавати автоматичні думки та викривлення, які роблять нас тривожними, і, звичайно ж, знаходити способи їхньої заміни на більш раціональні переконання.»

Вправа: Визначення ірраціонального переконання

Психолог пропонує заповнити таблицю АВС:

1. А – подія (активуюча подія, що викликала реакцію).
2. В – думки, що виникли внаслідок цієї події.
3. С – емоції та реакції [41].

Психолог пояснює: «Якщо ваша думка звучить як питання, переведіть її у форму твердження. Наприклад, замість «Що, якщо я втрачу свідомість?» скажіть «Я втрачу свідомість». Це допоможе вам краще зрозуміти, що саме вас турбує.» Далі психолог пропонує відповісти на наступні питання:

1. Що відбудеться, якщо це станеться?
2. Що це для мене означає?
3. Що має відбутися, щоб я перестав тривожитися?

Психолог наводить приклад для розбору: «Якщо я втрачу свідомість, люди будуть сміятися наді мною, і це означає, що я слабак. Я повинен точно знати, що цього не станеться.» Психолог запитує учасників: «Чи бачите ви тут ірраціональні переконання?»

Учасники відповідають, після чого психолог підсумовує: «Тут ми маємо вимогу – «Я повинен точно знати, що не втрачу свідомість», а також знецінення – «Я слабак».

Вправа: Формулювання ірраціонального переконання

Психолог пояснює, як формулювати ірраціональні переконання на основі автоматичних думок. Він пропонує учасникам заповнити таблицю з чотирма колонками:

1. Автоматична думка.
2. Відповіді на три питання (що станеться, що це означає, що має відбутись).
3. Повторна перевірка на викривлення (якщо ірраціональне переконання не виявлено).
4. Сформоване ірраціональне переконання [44].

Психолог наводить приклад: «Ми мали автоматичну думку: «Якщо я втрачу свідомість, люди будуть сміятись наді мною». Відповідь на питання: «Я повинен точно знати, що цього не станеться». В цьому ми виявляємо ірраціональні переконання, і ось що ми формулюємо: «Я маю точно знати, що не знепритомнію, бо тоді я буду слабаком».

Після цього психолог пропонує учасникам виконати цю вправу самостійно, заповнюючи таблицю на основі власних думок та ситуацій. Він допомагає кожному учаснику проаналізувати автоматичні думки та знайти ірраціональні переконання.

Психолог запитує: «Як вам було виконувати цю вправу? Що було найскладнішим у процесі пошуку ірраціональних переконань? Чи вдалося вам зрозуміти, як ваші думки впливають на ваші емоції?»

Учасники діляться своїми враженнями, психолог допомагає розібрати складні моменти та відповідає на питання. Підсумовуючи, психолог наголошує: «На цьому занятті ми навчились формулювати ірраціональні переконання на основі автоматичних думок. Це дуже важливий крок у роботі з тривогою. Наступного разу ми продовжимо працювати над тим, як ці переконання можна змінювати на раціональні, і таким чином знижувати рівень тривоги».

Психолог пропонує учасникам самостійно продовжувати заповнювати таблицю, аналізуючи свої автоматичні думки та виявляючи ірраціональні

переконання. Це допоможе учасникам закріпити навички, отримані під час заняття.

Заняття 7. Перетворення ірраціональних переконань на раціональні

Мета заняття: навчити учасників критично оцінювати свої ірраціональні переконання та перетворювати їх на раціональні шляхом перевірки на реальність, логіку та користь.

Психолог вітає учасників: «Доброго дня! Рада вас бачити на нашому сьомому занятті. Сьогодні ми продовжимо нашу роботу з ірраціональними переконаннями, і на цьому занятті навчимося перетворювати їх на раціональні. Але спочатку хочу запитати, чи виникли у вас складнощі із заповненням таблиці після минулого заняття? Обговоримо ваші враження та питання, якщо такі є». Учасники діляться своїми думками, і психолог допомагає розібрати складні моменти.

Психолог продовжує: «Сьогодні ми зосередимося на тому, як за допомогою перевірки на реальність, логіку та користь можна замінити ірраціональні переконання. Наша головна мета – навчитися бачити помилки в мисленні, що викликають тривогу, і, шляхом їхнього аналізу та заміни, позбуватися тривоги».

Психолог пояснює, що перевірка ірраціонального переконання може бути трьох видів:

1. Перевірка на реальність: чи дійсно це переконання відповідає реальності?
2. Перевірка на логіку: чи є це переконання логічним?
3. Перевірка на користь: чи корисне це переконання для мене, до чого воно може призвести?

Психолог наводить приклад ірраціонального переконання: «У мене не повинно бути панічної атаки, бо я її не витримаю». Психолог пропонує учасникам розглянути аргументи «за» це переконання: «Панічної атаки не повинно бути, бо я цього не хочу. Панічної атаки не повинно бути, бо її немає в інших. Я не витримаю її, бо мені здається, що це занадто важко в момент

нападу». Психолог продовжує: «А тепер перевіримо це переконання за трьома критеріями».

1. Перевірка на реальність: «Чи дійсно через моє бажання у мене не повинно бути панічних атак? Який закон природи чи суспільства каже, що панічних атак не повинно бути, якщо я цього не хочу? Чи дійсно в інших людей немає панічних атак? А якщо бувають, то чому я маю бути винятком? Чи дійсно я не зможу витримати панічну атаку, якщо вже неодноразово я та мільйони інших людей її переживали, бо в реальності це не є небезпечно?»

2. Перевірка на логіку: «Як з того, що я не хочу панічних атак, випливає, що їх не повинно бути? Чи це логічно?»

3. Перевірка на користь: «Якщо я й далі буду вимагати, щоб панічні атаки зникли, чи це дійсно відбудеться? Що мені дає це переконання, окрім тривоги та стресу? Чи корисне воно для мене?»

Психолог пояснює, що після перевірки ірраціонального переконання ми можемо перетворити його на раціональне, яке буде корисне для нас. Наприклад, перетворення ірраціонального переконання на раціональне може виглядати так: «Мені дуже не хотілось би, щоб у мене були панічні атаки, але це не означає, що їх не повинно бути, і я їх не витримаю. Я вже неодноразово переживав ці епізоди й залишився в безпеці» [41].

Вправа: Модель ABCDE

Психолог пропонує учасникам заповнити розширену версію таблиці, яка включає п'ять колонок:

1. Ситуація.
2. Ірраціональне переконання.
3. Емоції.
4. Перевірка на реальність, логіку та користь.
5. Ефективна філософія [43].

Психолог допомагає учасникам заповнити таблицю, обговорює з ними приклади та відповідає на запитання.

Психолог запитує: «Чи було вам складно виконувати цю вправу? Які нові відкриття ви зробили про свої переконання? Чи допомогло це вам краще зрозуміти, як ваші думки впливають на ваш емоційний стан?» Учасники діляться своїми враженнями, і психолог підсумовує: «На сьогоднішньому занятті ми навчилися перевіряти наші переконання на реальність, логіку та користь. Це допоможе нам формувати більш ефективні та раціональні переконання, що зменшуватимуть тривогу».

Психолог пропонує учасникам продовжити заповнювати розширену таблицю протягом тижня та практикувати навички перетворювання своїх ірраціональних переконань на раціональні. Психолог дякує учасникам за активну роботу та нагадує, що зміна переконань – це процес, який потребує часу і практики: «Чим більше ви будете практикувати зміну ірраціональних переконань, тим більше ви зможете контролювати свої емоції та знижувати рівень тривоги».

Заняття 8. Завершальне заняття психокорекційної програми

Мета заняття: підбивання підсумків психокорекційної програми, надання учасникам рекомендацій для подальшої самостійної роботи над ірраціональними переконаннями та закріплення отриманих навичок. Підтримка мотивації до продовження самокорекції й завершення програми на позитивній ноті.

Психолог вітає учасників: «Доброго дня! Вітаю вас на нашому останньому, завершальному занятті психокорекційної програми. Ми з вами пройшли довгий шлях, і сьогодні підіб'ємо підсумки нашої роботи, закріпимо знання та отримаємо рекомендації для подальшої самостійної роботи.»

Психолог запитує учасників про їхній досвід із заповненням таблиці після попереднього заняття: «Чи виникли у вас складнощі із заповненням таблиці? Можливо, щось залишилося незрозумілим?». Учасники діляться своїм досвідом, а психолог коригує незрозумілі моменти, надає додаткові роз'яснення та відповідає на запитання.

Психолог переходить до надання рекомендацій для подальшої роботи над ірраціональними переконаннями:

1. Використання аргументів ефективної філософії: «Пам'ятайте, що ефективна філософія – це не мантра, яку ми зазубрюємо. Це інструмент для зміни мислення. Якщо ви помічаєте, що ефективна філософія «не працює», це означає, що ірраціональне переконання ще не було повністю розібране. Можливо, у вас все ще є аргументи на користь цього переконання. Тоді їх потрібно виписати й розібрати докладніше» [16].

2. Фокус на одному переконанні: «Не потрібно намагатися розібрати кілька переконань одночасно. Краще працювати з одним переконанням і продовжувати працювати над ним, поки воно не почне вас тривожити менше. Спокійно та послідовно».

3. Практична перевірка переконання: «Не обмежуйтеся лише розбором переконання на папері. Дуже важливо перевіряти свої переконання на практиці. Наприклад, якщо переконання говорить вам, що ви не зможете витримати поїздки в метро або перебування в ліфті, вам потрібно це перевірити на ділі. Це має стати частиною вашого досвіду, а не залишатися лише словами на папері» [5].

4. Додавання гумору: «Не бійтеся додавати трохи гумору, не використовуйте сухі фрази, в які ви самі не вірите. Уявіть, що ваше ірраціональне переконання – це боксерська груша. Дайте йому по заслугах! Гумор допомагає зняти напругу і краще побачити абсурдність ірраціональних переконань» [41].

5. Практика та мотивація: «Виділяйте хоча б 10 хвилин щодня для роботи над своїми переконаннями. Розбирайте їх поступово, знаходьте слабкі місця і коригуйте їх. Не забувайте заохочувати себе за успіхи! Пропоную вам одну вправу для підтримки мотивації».

Вправа «Моя мотивація»

Психолог пояснює: «Ця вправа допоможе вам усвідомити, чому важливо продовжувати працювати над своїми переконаннями та як це може покращити ваше життя». Учасники заповнюють таблицю з трьох колонок:

1. Моя проблема
2. Якщо цієї проблеми не було б, то я б...
3. Як це вплинуло б на моє життя?

Учасники заповнюють таблицю разом із психологом і діляться своїми результатами.

Психолог наголошує: «Не чекайте швидких результатів, для всього потрібен час. Не розчаровуйтесь, якщо не вийшло з першого разу. Найважливіше – прийняти певні труднощі в житті та навчитися жити всупереч їм. Ви вже зробили великий крок, і цей процес триватиме далі. Головне – не кидати роботу, навіть якщо спочатку результатів не видно».

Психолог запитує учасників: «Що було для вас найціннішим на цій програмі? Які висновки ви зробили для себе? Що ви плануєте продовжувати практикувати після завершення занять?». Після обговорення психолог підсумовує: «Вітаю вас із завершенням нашої психокорекційної програми! Ви всі зробили величезний крок у роботі над собою, і я впевнена, що ці навички будуть корисними для вас у подальшому житті. Пам'ятайте: процес зміни мислення – це тривала робота, але результати того варті. Я вірю, що ви впораєтесь з будь-якими викликами!». Психолог дякує учасникам за активну участь та бажає успіхів у подальшій роботі над собою.

3.2. Аналіз результатів формувального експерименту

Перевірка ефективності тренінгової програми проводилась на вибірці з 20 респондентів, 10 з яких склали експериментальну та 10 контрольну групу. Після закінчення проходження тренінгової програми було проведене повторне тестування за допомогою шкали тривоги Бека, опитувальника тривоги за

здоров'я (SHAI), шкали тривоги Спілберґера (STAI) та опитувальника для виявлення панічних атак (див. Додаток Б та Додаток В).

Оцінка розбіжностей між показниками на початку та після завершення програми проводилася за допомогою t-критерія Стюдента, який є одним із найпоширеніших статистичних методів для оцінки значущості відмінностей між середніми показниками двох груп. У нашому випадку цей метод дозволяє порівняти показники до та після проходження тренінгової програми, аби визначити, чи відбулися статистично значущі зміни в рівні тривожності та панічних атак в експериментальній групі порівняно з контрольною. Цей підхід передбачає розрахунок різниці середніх значень обох вибірок, враховуючи варіацію результатів усередині кожної групи.

Для застосування t-критерію Стюдента важливими є декілька припущень. По-перше, дані мають розподілятися нормально, що дозволяє обґрунтовано порівнювати середні значення. По-друге, групи повинні бути незалежними, а дисперсії – однорідними. За цих умов t-критерій допомагає не лише оцінити розбіжності, а й визначити їхню статистичну значущість. Якщо обчислене значення t перевищує критичне значення для заданого рівня значущості, то можна вважати, що різниця між результатами до і після тренінгу є статистично значущою. У контексті психокорекційної програми, це дозволяє зробити висновок про її ефективність та обґрунтованість подальшого використання.

Використання t-критерію у даному дослідженні має практичну цінність, оскільки надає об'єктивну можливість підтвердити ефективність втручання та виявити, чи призводить програма до змін, спрямованих на зниження рівня тривожності та панічних проявів у зрілому віці.

Результати дослідження експериментальної групи після формувального експерименту представлені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Результати експериментальної групи після формувального експерименту (N=10)

Методика	ЕГР до експерименту			ЕГР після експерименту			t-критерій Стьюдента
	п	М	σ	п	М	σ	
Шкала тривоги Бека	10	38,4	8,61	10	33,3	7,39	4,475
Опитувальник тривоги за здоров'я	10	32,6	7,41	10	27,6	6,43	4,367
Шкала тривоги Спілбергера	10	53,6	8,17	10	47,2	5,9	4,268

де: п – кількість відповідей,

М – середній результат по шкалам,

σ – середнє квадратичне відхилення.

Результати дослідження демонструють, що всі учасники експериментальної групи досягли покращення своїх результатів. Згідно з оцінкою розбіжностей між показниками на початку та після завершення психокорекційної програми, використовуючи t-критерій Стьюдента (критичні значення коефіцієнта для ступеня свободи – 9: на рівні значущості 0.95 $p = 2,26$, на рівні 0.99 $p = 3,25$, та на рівні 0.999 $p = 4.78$), можна стверджувати, що отримані дані увійшли в зону статистичної значущості на рівні 0.99 за всіма застосованими методиками, що підтверджує ефективність психокорекційної програми.

Результати дослідження експериментальної групи після формувального експерименту представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

**Результати контрольної групи після формувального експерименту
(N=10)**

Методика	ЕГР до експерименту			ЕГР після експерименту			t-критерій Стьюдента
	п	М	σ	п	М	σ	
Шкала тривоги Бека	10	29,4	4,63	10	29,3	5,39	0,208
Опитувальник тривоги за здоров'я	10	28,8	4,96	10	28,9	5,7	0,183
Шкала тривоги Спілбергера	10	48,3	7,32	10	48	8,21	0,461

де: п – кількість відповідей,

М – середній результат по шкалам,

σ – середнє квадратичне відхилення.

Результати дослідження демонструють, що учасники контрольної групи не отримали значних змін своїх результатів. Згідно з оцінкою розбіжностей між показниками на початку та після завершення психокорекційної програми, використовуючи t-критерій Стьюдента (критичні значення коефіцієнта для ступеня свободи – 9: на рівні значущості 0.95 $p = 2,26$, на рівні 0.99 $p = 3,25$ та на рівні 0.999 $p = 4.78$), можна стверджувати, що отримані дані не увійшли в зону статистичної значущості за всіма застосованими методиками, що підтверджує ефективність психокорекційної програми.

Висновки до третього розділу

Для проведення психокорекційної роботи було обрано 20 осіб, які за результатами констатувального експерименту отримали найвищі показники. Ці учасники були поділені на дві групи: експериментальну та контрольну, по

10 осіб у кожній. Експериментальній групі була запропонована повна психокорекційна програма, тоді як контрольна група не отримала корекційного втручання, однак її учасники були повторно протестовані після завершення програми, щоб оцінити її ефективність.

Програма складається з 8 занять, тривалістю 1 година 30 хвилин кожне, що проводились двічі на тиждень. Основною метою даної програми є зниження рівня тривоги за здоров'я, панічних тенденцій та особистісної тривожності, що дозволило учасникам краще справлятися з тривожними станами та зменшити їх негативний вплив на повсякденне життя.

Перевірка ефективності тренінгової програми проводилась на вибірці з 20 респондентів, 10 з яких склали експериментальну та 10 контрольну групу. Після закінчення проходження тренінгової програми було проведене повторне тестування за допомогою шкали тривоги Бека, опитувальника тривоги за здоров'я (SHAI), шкали тривоги Спілбергера (STAI).

Оцінка розбіжностей між показниками на початку та після завершення програми проводилась за допомогою t-критерія Стюдента, який є одним із найпоширеніших статистичних методів для оцінки значущості відмінностей між середніми показниками двох груп.

Результати дослідження свідчать про те, що всі учасники експериментальної групи досягли покращення своїх результатів. Згідно з оцінкою розбіжностей між показниками на початку та після завершення психокорекційної програми, використовуючи t-критерій Стюдента (критичні значення коефіцієнта для ступеня свободи – 9: на рівні значущості 0.95 $p = 2,26$, на рівні 0.99 $p = 3,25$, та на рівні 0.999 $p = 4.78$), можна стверджувати, що отримані дані увійшли в зону статистичної значущості на рівні 0.99 за всіма застосованими методиками, що підтверджує ефективність психокорекційної програми.

Результати дослідження демонструють, що учасники контрольної групи не отримали значних змін своїх результатів. Згідно з оцінкою розбіжностей між показниками на початку та після завершення психокорекційної програми,

використовуючи t-критерій Стюдента (критичні значення коефіцієнта для ступеня свободи – 9: на рівні значущості 0.95 $p = 2,26$, на рівні 0.99 $p = 3,25$, та на рівні 0.999 $p = 4.78$), можна стверджувати, що отримані дані не увійшли в зону статистичної значущості за всіма застосованими методиками, що доводить ефективність психокорекційної програми та дозволяє рекомендувати її для зменшення панічних та іпохондричних проявів у зрілому віці.

ВИСНОВКИ

У даній роботі здійснено теоретико-емпіричний аналіз психологічних особливостей панічних атак та іпохондрії в зрілому віці. Відповідно до поставлених завдань дослідження, ми можемо сформулювати наступні висновки:

1. Психологічні особливості панічних атак та іпохондрії в зрілому віці є важливою темою, що потребує детального вивчення. Зміни, пов'язані з процесом старіння, можуть стати каталізаторами для виникнення тривожних станів, зокрема панічних атак і іпохондрії.

Панічна атака – це раптовий сплеск тривоги, що проявляється інтенсивним страхом або дискомфортом, який швидко досягає піку протягом кількох хвилин. Симптоми панічних атак охоплюють фізіологічні, емоційні, когнітивні та поведінкові реакції, які суттєво впливають на загальне самопочуття. Під час панічної атаки можуть виникати такі фізичні прояви, як прискорене серцебиття, потовиділення, утруднене дихання, озноб, тремтіння кінцівок, запаморочення та розлад шлунка.

Емоційні реакції можуть включати інтенсивний страх, відчуття втрати контролю, страх втрати свідомості або навіть страх смерті, що робить ці переживання надзвичайно важкими. Когнітивні симптоми включають труднощі з концентрацією, відчуття плутанини та страх повторної атаки, що може призвести до унікаючої поведінки.

Панічні атаки також супроводжуються явищами дереалізації та деперсоналізації: перше проявляється відчуттям нереальності світу навколо, а друге – відчуттям відчуження від власного тіла або думок.

Механізм виникнення панічних атак пов'язаний із захисною реакцією на стрес. При виникненні загрози активується реакція «боротьби або втечі», під час якої симпатична нервова система мобілізує ресурси організму. Це призводить до вивільнення адреналіну, який і викликає симптоми панічної атаки.

Багато осіб зрілого віку можуть досить часто зазнавати панічних атак, не розуміючи їхніх причин і що з ними відбувається. Часто вони не асоціюють свої симптоми з тривогою, а вважають, що у них виникають серйозні проблеми зі здоров'ям. Наприклад, такі особи можуть сприймати фізичні симптоми панічних атак, як ознаку серцевого нападу, втрати свідомості чи серйозного захворювання.

Синдром тривоги за здоров'я, також відомий як іпохондрія, характеризується надмірними переживаннями та страхом щодо ймовірності серйозного захворювання, такого як рак, аутоімунні порушення або проблеми з серцем. Цей стан пов'язаний з хибним сприйняттям звичайних тілесних відчуттів як загрозливих або патологічних. Хоча здорове тіло може викликати різноманітні фізичні симптоми, які можуть бути неприємними, болісними або неочікуваними, вони не є небезпечними.

Зрілість – це період життя, коли особистість стикається з багатьма фізіологічними, психологічними та соціальними змінами. На тлі процесів старіння та втрати фізичного здоров'я багато осіб намагаються зберегти молодість і не можуть прийняти природні вікові зміни. Усвідомлення власної вразливості перед хворобами та неминучості старіння викликає страх і прагнення уникнути цих змін, що призводить до надмірної тривоги за своє здоров'я та підвищує ризик розвитку іпохондрії.

Наявність іпохондричних тенденцій часто слугує першопричиною панічних атак, адже особи з такими схильностями постійно моніторять свої нормальні фізіологічні відчуття, плутаючи їх із серйозними захворюваннями. Цей процес викликає у них тривогу, яка, в свою чергу, тільки підсилює фізичні симптоми через вивільнення адреналіну. Зростання рівня тривоги призводить до ще більшого посилення відчуттів, що завершується виникненням панічної атаки. Таким чином, цей процес є замкнутим колом, де кожен етап підсилює наступний.

Загалом, взаємодія фізіологічних, психологічних і соціальних факторів формує комплексну картину панічних атак та іпохондрії в зрілому віці, що

вимагає особливого підходу до психокорекційної роботи. Фокус на осмисленні вікових змін, розвиток навичок адаптації та розуміння фізичних відчуттів допомагають особам у зрілому віці краще справлятися з тривожними станами, що, зрештою, сприяє їхньому емоційному добробуту.

2. Для проведення емпіричного дослідження було обрано набір діагностичних інструментів, що включає такі психологічні методи: опитувальник для виявлення панічних атак, шкала тривоги Бека, опитувальник тривоги за здоров'я (SHAI), шкала оцінки соціальної фобії (SPIN) та шкала тривоги Спілбергера (STAI). Всі ці методи пройшли ретельну перевірку на надійність та валідність і мають наукове обґрунтування своєї конструкції. Ці інструменти не є надто короткими, адже містять достатню кількість запитань для отримання змістовної інформації. Водночас вони не є занадто довгими та обтяжливими, що допомагає уникнути втоми респондентів та покращує точність їхніх відповідей.

3. Дослідження проводилось у вересні 2024 року. Експериментальну базу дослідження склали 50 осіб віком від 50 до 60 років включно, з них 31 жінка та 19 чоловіків.

Кореляція досліджувалась між результатами отриманими за допомогою шкали тривоги Бека та опитувальником тривоги за здоров'я (SHAI), шкали тривоги Бека та шкали оцінки соціальної фобії (SPIN), шкали тривоги Бека та шкали тривоги Спілбергера (STAI).

4. У ході емпіричного дослідження було отримано такі дані:

За шкалою тривоги Бека, було встановлено, що з даної вибірки нормальний рівень особистісної тривожності має – 1 особа (2%), легкий рівень тривожності мають – 3 особи (6%), середній рівень тривожності мають – 17 осіб (34%) та високий рівень тривожності мають – 29 осіб (58%).

За опитувальником тривоги за здоров'я (SHAI), було встановлено, що з даної вибірки нормальний рівень тривоги за здоров'я мають – 4 особи (8%), середній рівень тривоги за здоров'я мають – 34 особи (68%) та високий рівень тривоги за здоров'я мають – 12 осіб (24%).

За шкалою оцінки соціальної фобії (SPIN), було встановлено, що з даної вибірки відсутність соціальної тривоги мають – 29 осіб (58%), легку соціальну тривогу мають – 15 осіб (30%), середню соціальну тривогу мають – 5 осіб (10%), важку соціальну тривогу має – 1 особа (2%) та дуже важку соціальну тривогу не виявлено.

За шкалою особистісної тривоги Спілбергера, було встановлено, що з даної вибірки низький рівень особистісної тривожності мають – 3 особи (6%), помірний рівень тривожності мають – 19 осіб (38%) та високий рівень тривожності мають – 28 осіб (56%).

За опитувальником для виявлення панічних атак було встановлено, що панічні атаки мають 6 осіб (12%), а не мають 44 особи (88%) з нашої вибірки.

Результати дослідження кореляційних зв'язків, отримані за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона дозволили виявити кореляцію між панічними атаками та іпохондрією, вимірювані за допомогою шкали тривоги Бека та опитувальника тривоги за здоров'я. Отримані дані показали значущість на рівні 0,99 при коефіцієнті $r = 0,833$.

Кореляційні зв'язки також були виявлені між панічними атаками та особистісною тривожністю, вимірювані за допомогою шкали тривоги Бека та шкала тривоги Спілбергера. Отримані дані показали значущість на рівні 0,99 при коефіцієнті $r = 0,431$.

Менш виражений кореляційний зв'язок було виявлено між панічними атаками та соціальною тривожністю, вимірювані за шкалою тривоги Бека та шкалою оцінки соціальної фобії, з отриманими даними, які також увійшли в зону значущості 0,99, при коефіцієнті $r = 0,429$.

Отже, результати емпіричного дослідження засвідчують, що кореляція між панічними атаками та іпохондрією є сильнішою, порівняно з іншими аспектами тривожності. Тому корекційна робота з урахуванням іпохондрії як взаємопов'язаного аспекту з панічними атаками є вирішальною для ефективного терапевтичного втручання.

5. Для проведення психокорекційної роботи було обрано 20 осіб, які за результатами констатувального експерименту отримали найвищі показники. Ці учасники були поділені на дві групи: експериментальну та контрольну, по 10 осіб у кожній. Експериментальній групі була запропонована повна психокорекційна програма, тоді як контрольна група не отримала корекційного втручання, однак її учасники були повторно протестовані після завершення програми, щоб оцінити її ефективність.

Програма складається з 8 занять, тривалістю 1 година 30 хвилин кожне, що проводились двічі на тиждень. Основною метою даної програми є зниження рівня тривоги за здоров'я, панічних тенденцій та особистісної тривожності, що дозволило учасникам краще справлятися з тривожними станами та зменшити їх негативний вплив на повсякденне життя.

Перевірка ефективності тренінгової програми проводилась на вибірці з 20 респондентів, 10 з яких склали експериментальну та 10 контрольну групу. Після закінчення проходження тренінгової програми було проведене повторне тестування за допомогою шкали тривоги Бека, опитувальника тривоги за здоров'я та шкали тривоги Спілбергера.

Оцінка розбіжностей між показниками на початку та після завершення програми проводилась за допомогою t-критерія Стюдента, який є одним із найпоширеніших статистичних методів для оцінки значущості відмінностей між середніми показниками двох груп.

Результати дослідження свідчать про те, що всі учасники експериментальної групи досягли покращення своїх результатів. Згідно з оцінкою розбіжностей між показниками на початку та після завершення психокорекційної програми, використовуючи t-критерій Стюдента (критичні значення коефіцієнта для ступеня свободи – 9: на рівні значущості 0.95 $p = 2,26$, на рівні 0.99 $p = 3,25$, та на рівні 0.999 $p = 4.78$), можна стверджувати, що отримані дані увійшли в зону статистичної значущості на рівні 0.99 за всіма застосованими методиками, що підтверджує ефективність психокорекційної програми.

Результати дослідження демонструють, що учасники контрольної групи не отримали значних змін своїх результатів. Згідно з оцінкою розбіжностей між показниками на початку та після завершення психокорекційної програми, використовуючи t-критерій Стюдента (критичні значення коефіцієнта для ступеня свободи – 9: на рівні значущості 0.95 $p = 2,26$, на рівні 0.99 $p = 3,25$, та на рівні 0.999 $p = 4.78$), можна стверджувати, що отримані дані не увійшли в зону статистичної значущості за всіма застосованими методиками, що доводить ефективність психокорекційної програми та дозволяє рекомендувати її для зменшення панічних та іпохондричних проявів у зрілому віці.

Дана робота може бути продовжена в ракурсі вивчення психологічних особливостей панічних атак та іпохондрії й інших вікових груп. Створена корекційна програма може бути використана спеціалістами психологічних служб і практичними психологами при консультативній та психокорекційній роботі з особами зрілого віку. Крім того, отримані результати можуть сприяти подальшим дослідженням у цій області, що дозволить розробити більш ефективні підходи для допомоги особам, які стикаються з панічними атаками та іпохондрією.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук О. С., Ніздрань О. А., Блозва П. І. Когнітивно-поведінкова терапія низької інтенсивності соціального тривожного розладу осіб у період горювання. *Insight: the psychological dimensions of society*. 2023. № 9. С. 211–227.
2. Антонова З. О. Особливості прояву паніки в умовах карантинної самоізоляції та розповсюдження COVID-19. *Psychological journal*. 2020. Т. 6, iss. 6 (38). С. 29–39.
3. Апкарьян Г., Мокрякова М. Профілактика іпохондрії серед населення. *Débats scientifiques et orientations prospectives du développement scientifique*. 2024.
4. Архангельська М. В. Когнітивно-поведінкова терапія як система психотерапевтичних втручань першого вибору в лікуванні тривожних розладів. *Scientific bulletin of kherson state university series psychological sciences*. 2024. № 2. С. 49–54.
5. Гаврилькевич В., Мельник Л., Крук С. Діагностика соціальної фобії: огляд літератури. *Psychology travelogs*. 2024. № 2. С. 161–172.
6. Гергіль І. В. Психологічні чинники реалізації життєвих планів особистості у зрілому віці. *Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень*. 2023.
7. Гринечко А. Тривожність як чинник виникнення неврозу страху. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2013. Вип. 4. С. 232–238.
8. Джаббарова Л., Хмарська А. Раціонально-емотивна терапія А. Елліса в часи пандемії. *Грааль науки*. 2021. № 5. С. 327–328.
9. Емішянц О. Б. Проблеми психотерапії з клієнтами, у яких панічні атаки. *Актуальні проблеми психології. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія*. 2016. Т. 1, вип. 45. С. 95–100.

10. Засекіна Л. Онлайн когнітивно-поведінкова терапія емоційного дистресу студентів у період пандемії covid-19. *Psychological prospects journal*. 2021. № 38.
11. Калюжна Є., Житкевич А. Тривожність як фактор опанувальної поведінки особистості у стресових ситуаціях. *Наукові перспективи (Naukovi perspektivi)*. 2024. № 12(42).
12. Кобець І. Особистісні риси, що впливають на професійні зміни у зрілому віці. *Наукові інновації та передові технології*. 2024. № 7(35).
13. Копінг-стратегії та їх вплив на психологічне здоров'я особистості у пізньому зрілому віці / Є. Бази́ка та ін. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 1(19).
14. Остапчук М. В. Вибір механізмів психічного захисту у юнацькому та зрілому віці. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти*. 2022. Т. 2. С. 108–113.
15. Розіна І. Дослідження особливостей прояву акцентованих рис у зрілому віці. *Стратегічні напрямки розвитку науки: фактори впливу та взаємодії*. 2020.
16. Сидорова Н. М., Царалунга В. М., Kuts T. V. Стрес та тривога як чинники порушень функції кишечника у військовослужбовців в умовах бойових дій. *Current aspects of military medicine. Сучасні аспекти військової медицини*. 2023. Т. 30, № 2.
17. Срібна О. Психологічні особливості реалізації програми комплексної терапії панічних атак. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2020. № 1(51). С. 210–222.
18. Стрес та тривога: психосоматичний підхід до терапії. *Ukrainian medical journal*. 2023. Т. 157, № 5.
19. Тереник С., Старусева В. Психогігієна, як розділ науки націлений на попередження виникнення депресії, іпохондрії та астенії. *Tendances scientifiques de la recherche fondamentale et appliquée*. 2020.
20. Тривога як психологічний феномен : thesis / Т. В. Іванова та ін. 2015.

21. Швалб Ю. М. Психологічні засади соціального благополуччя особистості в зрілому віці. *Актуальні проблеми психології. Екологічна психологія*. 2019. Т. 7, вип. 47. С. 314–331.
22. A closer look at the relationships between panic attacks, emergency department visits and non-cardiac chest pain / G. Foldes-Busque et al. *Journal of Health Psychology*. 2017. Vol. 24, no. 6. P. 717–725.
23. Anxiety as fear: a behavioral approach to one emotion. *Emotions and anxiety (PLE: emotion)*. 2015. P. 293–328.
24. Anxiety: a brief overview. *The psychology of anxiety*. 2015. P. 171–181.
25. Beck A. T. BAI, Beck anxiety inventory: Manual. San Antonio : Psychological Corp., 1990. 22 p.
26. Beck A. T. Cognition, anxiety, and psychophysiological disorders. *Anxiety*. 1972. P. 343–357.
27. Beck A. T. Cognitive approaches to anxiety disorders. *Anxiety disorders*. Boston, MA, 1986. P. 115–135.
28. Beck A. T. Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy. *Cognition and psychotherapy*. Boston, MA, 1985. P. 325–347.
29. Being a hypochondriac. *Hypochondria*. 1989. P. 10–20.
30. Bound F. Hypochondria. *The lancet*. 2006. Vol. 367, no. 9505. P. 105.
31. Brain Circulation during Panic Attack: A Transcranial Doppler Study with Clomipramine Challenge / F. Rotella et al. *Psychiatry Journal*. 2014. Vol. 2014. P. 1–6.
32. Burchynskyi S. H. Депресія, тривога і порушення сну: як вийти із замкненого кола. *International neurological journal*. 2022. Т. 18, № 3. С. 25–29.
33. Characteristics of panic attack subtypes: assessment of spontaneous panic, situational panic, sleep panic, and limited symptom attacks / J. H. Krystal et al. *Comprehensive psychiatry*. 1991. Vol. 32, no. 6. P. 474–480.
34. Coccoli E. Panic attacks strikes : panic attacks and panic disorder: what causes panic attacks. Independently Published, 2021.
35. Crichton-Miller H. Hypochondria. *Bmj*. 1928. Vol. 2, no. 3540. P. 866.

36. Dalrymple T. Hypochondria as control. *BMJ*. 2010. Vol. 341, oct12 3. P. c5627.
37. David S. Just hypochondria?. *Nursing standard*. 1993. Vol. 7, no. 21. P. 46.
38. Dercum F. X. Hypochondria. *Rest, suggestion*. 2019. P. 136–155.
39. Dimensional structure of bodily panic attack symptoms and their specific connections to panic cognitions, anxiety sensitivity and claustrophobic fears / I. Drenckhan et al. *Psychological medicine*. 2014. Vol. 45, no. 8. P. 1675–1685.
40. Ellis A. Intimacy in Rational-Emotive Therapy. *Intimacy*. Boston, MA, 1982. P. 203–217.
41. Ellis A. Rational emotive behavior therapy. *Encyclopedia of psychotherapy*. 2002. P. 483–487.
42. Ellis A. Rational psychotherapy. *Experiments in behaviour therapy*. 1964. P. 287–323.
43. Ellis A. The Evolution of Albert Ellis and Rational Emotive Behavior Therapy. *The evolution of psychotherapy*. 2019.
44. Ellis A. Using RET effectively. *Using rational-emotive therapy effectively*. Boston, MA, 1991. P. 1–33.
45. Existential dimension of mature age. *Congress on mental health meeting the needs of the XXI century*. 2016.
46. Flight M. H. Averting panic attacks. *Nature reviews neuroscience*. 2009. Vol. 10, no. 8. P. 546–547.
47. Gittelman R., Klein D. F. Childhood separation anxiety and adult agoraphobia. *Anxiety and the anxiety disorders*. 2019.
48. Goldberg A. Hypochondria: woeful Imaginations. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1988. Vol. 260, no. 9. P. 1299.
49. Goodwin R. D. Anxiety disorders and the onset of depression among adults in the community. *Psychological medicine*. 2002. Vol. 32, no. 6. P. 1121–1124.
50. Guan X., Cao P. Brain mechanisms underlying panic attack and panic disorder. *Neuroscience bulletin*. 2023.

51. Gullion J. S. The panic attack. *Writing ethnography*. Rotterdam, 2016. P. 119–120.
52. Heath S. Hypochondria: medical condition, creative malady. *Brain*. 2011. Vol. 134, no. 4. P. 1244–1249.
53. Hibbert G., Pilsbury D. Hyperventilation: is it a cause of panic attacks?. *British journal of psychiatry*. 1989. Vol. 155, no. 6. P. 805–809.
54. Hubbard T., Hunnisett A., Cunliffe C. Hypochondria in healthcare education. *Clinical chiropractic*. 2012. Vol. 15, no. 3-4. P. 186–187.
55. Hypochondria among the elderly. *Hypochondria*. 1989. P. 113–133.
56. Kokoriev O. V. Соціальна тривожність і фобії на ґрунті інтолерантності. *Epistemological studies in philosophy social and political sciences*. 2020. Т. 3, № 1. С. 170–179.
57. Lomas P. Panic attacks strikes : panic attacks and panic disorder: panic attack treatment near me. Independently Published, 2021.
58. Macaulay J. L., Kleinknecht R. A. Panic and panic attacks in adolescents. *Journal of anxiety disorders*. 1989. Vol. 3, no. 4. P. 221–241.
59. Milrod B. Separation anxiety and other anxiety disorders. *Separation anxiety in adulthood*. Cham, 2023. P. 57–62.
60. Mörtberg E., Jansson Fröjmark M. Psychometric evaluation of the social phobia inventory and the mini-social phobia inventory in a swedish university student sample. *Psychological reports*. 2018. Vol. 122, no. 1. P. 323–339.
61. Nocturnal panic attacks / A. Pedrera-Mazarro et al. *Sleep medicine*. 2017. Vol. 40. P. e255.
62. Okech A. University mature age entry guide. Kampala : Distance Education Materials, 1985. 83 p.
63. Panic attacks. *Neurocircuitry and neuroautonomic disorders*. Basel, 2002. P. 54–56.
64. Panic disorder in the context of family change and transition. *Children's anxiety*. 2008. P. 167–175.

65. Panic disorder, panic attacks and panic attack symptoms across race-ethnic groups: results of the collaborative psychiatric epidemiology studies / A. Asnaani et al. *CNS neuroscience & therapeutics*. 2009. Vol. 15, no. 3. P. 249–254.
66. Panic M. Mastering your emotions: a practical guide on how emotions are made, how to handle your emotions and understand what emotions that destroy to overcome negativity and identify the emotions code. Independently published, 2019. 211 p.
67. Potokar J., Nutt D. Chest pain: panic attack or heart attack?. *International journal of clinical practice*. 2000. Vol. 54, no. 2. P. 110–114.
68. Psychotherapy of patients with hypochondriac and obsessive-compulsive disorders due to perinatal cerebrovascular lesions / S. Boltivets et al. *Problems of psychology in the 21st century*. 2018. Vol. 12, no. 1. P. 8–16.
69. Rees W. Hypochondriacal reading: phantom illness and literature. *Oxford Literary Review*. 2021. Vol. 43, no. 2. P. 290–315.
70. Richards J. C., Richardson V., Pier C. The relative contributions of negative cognitions and self-efficacy to severity of panic attacks in panic disorder. *Behaviour change*. 2002. Vol. 19, no. 2. P. 102–111.
71. Ronad S. V. Preventing panic attacks. *Nursing & care open access journal*. 2019. Vol. 6, no. 5. P. 155–156.
72. Sansom C. A cure for hypochondria. *The Biochemist*. 2007. Vol. 29, no. 6. P. 34–35.
73. Seib J. Panic attack treatments : medications and remedies: symptoms of panic attack treatment. Independently Published, 2021.
74. Snaith P. Panic attacks. *British journal of psychiatry*. 1986. Vol. 149, no. 6. P. 794.
75. Specific phobia. *Anxiety disorders*. 2013. P. 258–277.
76. State-Trait Anxiety Inventory. *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Dordrecht, 2014. P. 6331.
77. The Short Health Anxiety Inventory: A systematic review and meta-analysis / N. M. Alberts et al. *Journal of Anxiety Disorders*. 2013. Vol. 27, no. 1. P. 68–78.

78. Use of the Panic Attack Questionnaire-IV to assess non-clinical panic attacks and limited symptom panic attacks in student and community samples / P. J. Norton et al. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008. Vol. 22, no. 7. P. 1159–1171.
79. Van Winter J. T., Stickler G. B. Panic attack syndrome. *The journal of pediatrics*. 1984. Vol. 105, no. 4. P. 661–665.
80. Weissman A. M. Panic attack. *Encyclopedia of women's health*. Boston, MA, 2004. P. 952–954.
81. Wenzel A. Relation to clinical syndromes in adulthood. *Social anxiety*. 2010. P. 183–205.
82. Westrom T. Anxiety vs panic attack : how to stop a panic attack: panic attack therapy. Independently Published, 2021.
83. Wilhelmsen I. Hypochondria and cognitive therapy. *European Psychiatry*. 2002. Vol. 17. P. 35.
84. Woodward J. Panic attack workbook: how to solve your panic. Lost Angel Publishing, 2021.
85. Yonkers K. A. Panic and agoraphobia: gender as a factor. *CNS Spectrums*. 2004. Vol. 9, no. 9. P. 6–7.
86. Zambrano-Cruz R., Restrepo-Carvajal J., Castañeda-Quirama T. Measuring hypochondria with Short Health Anxiety Inventory: psychometric properties in Colombian University students. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*. 2024.

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця результатів емпіричного дослідження

№ Дослі джува ного	Результат за шкалою тривоги Бека	Результат за опитувальником тривоги за здоров'я (SHAI)	Результат за шкалою оцінки соціальної фобії (SPIN)	Результат за шкалою особистісної тривоги Спілбергера (STAI).	Результат за опитувальником для виявлення панічних атак
1.	22	24	15	39	відсутні
2.	58	48	21	44	наявні
3.	43	40	41	56	наявні
4.	15	17	29	61	відсутні
5.	9	12	10	38	відсутні
6.	32	30	28	52	відсутні
7.	19	28	32	60	відсутні
8.	16	18	13	42	відсутні
9.	8	13	10	27	відсутні
10.	18	20	17	39	відсутні
11.	24	25	22	46	відсутні
12.	39	27	19	67	наявні
13.	30	22	31	40	відсутні
14.	38	35	6	52	відсутні
15.	15	16	14	49	відсутні
16.	38	32	15	59	відсутні
17.	16	19	3	55	відсутні
18.	18	17	8	32	відсутні
19.	8	16	0	44	відсутні
20.	17	18	7	51	відсутні
21.	40	29	34	64	наявні
22.	35	30	2	48	відсутні

Продовження табл.

23.	7	14	6	32	відсутні
24.	24	21	5	50	відсутні
25.	27	29	2	32	відсутні
26.	18	34	9	30	відсутні
27.	36	23	11	58	відсутні
28.	17	28	2	52	відсутні
29.	14	17	20	48	відсутні
30.	42	38	29	56	наявні
31.	10	19	24	53	відсутні
32.	16	17	22	48	відсутні
33.	14	21	9	39	відсутні
34.	27	35	21	54	відсутні
35.	23	26	16	49	відсутні
36.	14	18	5	51	відсутні
37.	5	13	2	36	відсутні
38.	21	28	26	55	відсутні
39.	24	26	32	58	відсутні
40.	17	22	17	39	відсутні
41.	27	30	21	43	відсутні
42.	30	36	25	48	відсутні
43.	24	17	14	41	відсутні
44.	37	34	29	50	наявні
45.	18	23	11	43	відсутні
46.	20	26	7	29	відсутні
47.	23	19	24	37	відсутні
48.	24	21	28	44	відсутні
49.	27	24	31	48	відсутні
50.	19	16	14	31	відсутні

Додаток Б

Таблиця результатів експериментальної групи формуючого експерименту

№ Дос- лідж уван ого	Результат за шкалою тривоги Бека		Результат за опитувальником тривоги за здоров'я (SHAI)		Результат за шкалою особистісної тривоги Спілбергера (STAI).		Результат за опитувальником для виявлення панічних атак	
	до корекцій ної роботи	після корекційн ої роботи	до корекцій ної роботи	після корекційн ої роботи	до корекційн ої роботи	після корекційн ої роботи	до корекцій ної роботи	після корекційно ї роботи
1.	39	34	27	22	67	52	наявні	відсутні
2.	58	47	48	40	44	40	наявні	наявні
3.	43	40	40	38	56	53	наявні	наявні
4.	40	36	29	25	64	58	наявні	відсутні
5.	42	30	38	24	56	48	наявні	відсутні
6.	32	30	30	27	52	50	відсутні	відсутні
7.	24	18	25	22	46	44	відсутні	відсутні
8.	30	27	22	20	40	38	відсутні	відсутні
9.	38	36	35	31	52	43	відсутні	відсутні
10	38	35	32	27	59	46	відсутні	відсутні

Додаток В

Таблиця результатів контрольної групи формуючого експерименту

№ Дослі джува ного	Результат за шкалою тривоги Бека		Результат за опитувальником тривоги за здоров'я (SHAI)		Результат за шкалою особистісної тривоги Спілбергера (STAI).		Результат за опитувальником для виявлення панічних атак	
	до корекцій ної роботи	після кореційн ої роботи	до корекцій ної роботи	після кореційн ої роботи	до корекцій ної роботи	після кореційно ї роботи	до корекцій ної роботи	після кореційн ої роботи
1.	37	40	34	38	50	54	наявні	наявні
2.	35	34	30	30	48	48	відсутні	відсутні
3.	27	28	29	28	32	30	відсутні	відсутні
4.	36	36	23	23	58	58	відсутні	відсутні
5.	27	27	35	34	54	56	відсутні	відсутні
6.	30	29	36	36	48	47	відсутні	відсутні
7.	27	28	24	22	48	48	відсутні	відсутні
8.	27	25	30	30	43	42	відсутні	відсутні
9.	24	24	26	28	58	56	відсутні	відсутні
10.	24	22	21	20	44	41	відсутні	відсутні