

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД  
«ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ К. Д. УШІНСЬКОГО»**

*(кафедри теорії та методики практичної психології,  
кафедра психіатрії, медичної та спеціальної психології)*

**ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

*(кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки)*

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ**

*(кафедра психології)*

**КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

*(кафедра практичної психології)*

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ  
ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**Збірник наукових праць  
Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції**

19 травня 2023 року

Одеса – 2023

УДК 001+159.9 (063)  
ББК 72+88.4  
З-41

Друкується за рішенням Вченої ради соціально-гуманітарного факультету Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського» (протокол № 11 від 30.06.2023 року).

**Організаційний комітет:**

**О. В. Вдовіченко** – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри теорії та методики практичної психології Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського».

**І. П. Кондратьєва** – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії медичної та спеціальної психології Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського».

**Т. М. Лазоренко** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри теорії та методики практичної психології Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського».

Актуальні проблеми практичної психології : збірн. наук. праць Всеукр. наук.-практич. інтернет конф. (19 травня 2023 року, м. Одеса). Одеса, 2023. 218 с.

В збірник увійшли матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів, яка присвячена актуальним проблемам практичної психологічної науки. Тематика наукових праць присвячена переважно теоретичним та практичним аспектам сучасної психологічної науки.

Для здобувачів, аспірантів, молодих науковців психологічних та педагогічних вузів.

*Секція V.*  
**ОСНОВНІ НАПРЯМКИ В РОБОТІ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА  
У СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ**  
**СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПАНІЧНІ АТАКИ**

**Кайхер І. І., Асєєва Ю. О.**

*Одеський національний економічний університет  
(м. Одеса, Україна)*

Питання психологічного благополуччя із кожним роком стає все більш актуальнішим, лише за останнє десятиліття рівень тривоги серед дітей і молоді зріс у середньому на 10% [5, 10]. Дані статистики говорять про те, що панічні атаки зустрічається у 3%-6% людей, які приходять за первинною медичною допомогою. Найчастіший вік виникнення панічних атак – це 15-64 роки. Найбільше переважання зустрічається у центрі цієї групи: 25-44 року. Це означає, що до панічних атак схильні переважно люди у найбільш соціально і фізіологічно активному віці. За даними J. C. Ballenger, R. B. Lydiard, C. D. Brock, W. Brenner та інших симптоматика у 50% людей, які страждають на ПА, повертається приблизно через півроку [6-10].

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

Розглянувши різні підходи до визначення, можемо зазначити, що «панічна атака» (ПА) (вегетативний криз) являє собою раптовий для людини, незрозумілий з причин свого виникнення і болісний характер протікання напад інтенсивної тривоги в поєднанні зі страхом» [2, 3]. За підсумками чого, надалі, утворюються елементи вторинної симптоматики, які мають соматичний характер перебігу, що виявляється у вегетативних розладах різного характеру, але завжди психосоматичного генезу.

В даний час ПА описано в МКХ-10 і DSM-V, однак причини неефективності традиційних методів фармакологічного лікування не були достатньо досліджені. Це пов'язано з тим, що симптоматика ПА є вкрай нестабільною та плінною. Клінічні прояви ПА також є поліморфними, що ускладнює їх оцінку. Оскільки ПА формуються не тільки на основі тривожності, але й саме почуття несвідомої тривоги, безсумнівно, є однією зі складових психічного розладу.

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

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

Типова симптоматика. ПА включає у свою структуру сильне відчуття страху, тривоги, як правило, не має предметного змісту в об'єктивній дійсності [3, 9]. ПА визнається в тому випадку, якщо внутрішня напруга узгоджується з чотирма або більше симптомами, представленими в списку: «неритмічне серцебиття, прискорене серцебиття, підвищена пітливість, відчуття ознобу, внутрішнього тремтіння, нестачі повітря, поява задишки, посилення тремору, поява дихання, дискомфортні відчуття в області серця, нудота, запаморочення, дискомфорт в області живота, неузгодженість рухової координації, легкість у голові, переднепритомний стан, відчуття оніміння в кінцівках, безсоння, розлад стільця, порушення зору та слуху, відчуття грудки у горлі, судомі ніг та рук» [7, 8]. У сфері психіки характерні такі симптоми: дереалізація, деперсоналізація, страх необдуманого і неконтрольованого вчинку, страх збожеволіти, страх смерті, сплутаність думок [2, 5].

Інтенсивність страху може змінюватись у найширших межах і від конкретної ситуації: від неконтрольованої паніки до відчуття внутрішньої тривожної напруженості, очікування чогось поганого чи небезпечного. Всі ті розлади, які були названі у вітчизняній редакції МКХ-10, відрізняються збідненою психічною симптоматикою та вираженою соматичною. Про такі випадки прийнято говорити як про ПА без відчуття страху та паніки. Такі випадки характерні для неврологічної та психіатричної практики, але не для нормативних клієнтів, які страждають на панічні атаки. Характерною відмітною ознакою соматичних і психічних ПА являється зниження почуття страху при нападах, що повторюються, у разі соматичної природи захворювання [3].

ПА поділяються на три групи: «спонтанні ПА – не мають видимої причини виникнення та не прив'язані до конкретних об'єктів; ситуаційні ПА – мають своєю точкою відліку психотравматичну ситуацію і надалі наступають при очікуванні повторення даної ситуації або при появі окремих рис, що запам'яталися; умовно-ситуаційні ПА – виникають унаслідок хімічних чи біологічних стимулів, якими виступають алкоголь та інші психоактивні речовини; зміна внутрішнього гормонального фону тощо» [7, 9].

Також, ПА поділяють на типові та атипові – залежно від клінічної картини, проте складність подібного розмежування полягає у вкрай високій варіативності

як приватної симптоматики, так і її змін при кожному окремому нападі [7-10]. Типові варіанти ПА пов'язують із серцево-судинною симптоматикою, яка і є причиною звернення за медичною допомогою та виражається в тахікардії, дискомфорті в грудях та інших скаргах на серцеву діяльність, а вже після проведення медичної діагностики, за відсутності соматичних захворювань у того, хто звернувся, йому рекомендують звернутися до психолога, оскільки передбачувана причина відчуттів має психосоматичний характер. фАтиповим ПА властиві судоми у м'язах, розкоординація рухової активності, сенсорні порушення – насамперед слуху та зору – афазія, втрата свідомості, блювання відбуваються раптово. Це також є відмінністю від соматичних захворювань.

Тривалість та частота ПА є дуже мінливою. У середньому час нападу триває не довше півгодини, проте може тривати як кілька хвилин, так і кілька годин. Частота ПА також відрізняється високою варіабельністю: від кількох на день до одного на місяць. Іноді спонтанні та ситуативні ПА набувають змішаних форм, тоді ряд загрозливих ситуацій є вкрай широким. Найбільш типовими є ситуації перебування в натовпі, громадському транспорті, особливо в годину пік, коли простір дуже замкнутий.

Як правило, подібна симптоматика, перш за все, звертає людину до соматичної сторони проявів, і коли лікар не діагностує у неї жодних соматичних відхилень, здатних викликати цю симптоматику, то у людини виникає відчуття приреченості, оскільки її складно пов'язати дані відчуття із психічною проблематикою. Якщо ж і лікар не радить людині, яка звернулася за допомогою, проконсультуватися з психологом, то у такої людини дуже часто розвивається іпохондричне ставлення до власного здоров'я.

Усі ПА, які мають повторюваний характер, показують складну психологічну симптоматику наступних нападів, оскільки виникає відчуття «тривожного очікування», що приєднується до загального симптомокомплексу. Ситуативні ПА в даному плані мають найбільш виражену симптоматику, так як у клієнта формується так звана обмежена поведінка, яка виражатиметься у стійкому уникненні всіх ситуацій із попередніх нападів: великих скупчень народу, замкнутих, обмежених приміщень тощо. У деяких випадках, клієнти не здатні залишити свій будинок або перебувати на самоті, порушуються навіть навички самообслуговування, що стає тягарем для рідних та близьких.

Тривале збереження симптоматики викликає й інші вторинні, за своєю природою, психічні розлади: наприклад, реактивну депресію. ПА є однією з головних причин звернення до психологів і психотерапевтів, а також до багатьох лікарів, що спеціалізуються на кардіології, невропатології, ендокринології. Близько 10% викликів невідкладної допомоги посідає ПА. Виходячи з описаної вище картини виникнення та перебігу ПА можна сказати, що ПА не є діагнозом захворювання, але вказівкою на наявність психічних чи соматичних розладів, які у своєму симптомокомплексі мають виражений тривожний компонент.

Таким чином, етіологія ПА є невизначеною та поєднує в собі як елементи біологічних, так і психічних причин формування. Найбільш поширена точка зору на цю проблематику і на місце психологічного компонента в загальному

комплексі – це спроба організму, на основі негативного досвіду минулого, попередити організм про можливу небезпеку. Відповідно, тривожна реакція є наслідком спроби мобілізації організму, покликаною відповісти на зовнішню загрозу для цілісності власного «Я». Отже панічні атаки, як розповсюджене явище із невизначеною етіологією потребує подальшого дослідження та розробки програм лікування та психологічного супроводу, створення програм психотерапії та психокорекції цих станів з метою ресоціалізації особистості.

#### Література

1. Галієва О. М. Диференціація понять «тривога» та «тривожність» *Психологія та соціальна робота*. Київ, 2019. Т. 24. Вип.1 (49). С. 32-48. DOI: [https://doi.org/10.18524/2707-0409.2019.1\(49\).185763](https://doi.org/10.18524/2707-0409.2019.1(49).185763)
2. Максименко С.Д. Патопсихологія. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів К. : ТОВ «КММ», 2010. 210 с
3. Міжнародний класифікатор хвороб 10 перегляду (МКХ-10) МОЗ України URL: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/register\\_icd10/](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/register_icd10/)
4. Сергєєнкова О.П., Столярчук О.А., Коханова О.П., Пасєка О.В. Вікова психологія. Навчальний посібник. К.: Лібидь, 2011. 376 с.
5. Циганчук Т. В. До проблеми дослідження психоемоційних стресових станів юнацтва в процесі навчання. *Проблеми загальної та педагогічної психології* : зб. наук. пр. Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України ; за ред. Максименка С. Д. Київ, 2007. Т. IX, ч.4. С. 399-404.
6. Cosci F, Mansueto G. Biological and clinical markers in panic disorder. *Psychiatry Investig.* 2019. 27–36.
7. Freire, R. C., and Nardi, A. E. (2012). Panic disorder and the respiratory system: clinical subtype and challenge tests. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 34(Suppl. 1), S32–S41. doi: 10.1016/S1516-4446(12)70053-3
8. Meuret, A. E., Rosenfield, D., Wilhelm, F. H., Zhou, E., Conrad, A., Ritz, T., et al. (2011). Do unexpected panic attacks occur spontaneously? *Biol. Psychiatry* 70, 985–991. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.05.027
9. Pfaltz, M. C., Michael, T., Grossman, P., Margraf, J., and Wilhelm, F. H. (2010). Instability of physical anxiety symptoms in daily life of patients with panic disorder and patients with posttraumatic stress disorder. *J. Anxiety Disord.* 24, 792–798. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.06.001
10. Sartorius N., Ustun T.B., Lecrubier Y. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br. J. Psychiatry.* 2001. Vol.168. P. 38-43.

## ЕМОЦІЙНІ ПРОЯВИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ БАНКІВСЬКОГО СЕКТОРУ

Колеснікова А.П., Поспелова І.Д.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

**Актуальність теми дослідження.** Сучасні кризові фактори здатні вивести з душевної рівноваги навіть найстійкішу та психічно урівноважену людину і часто стають причиною так званого синдрому «професійного вигорання» [7]. Під професійним вигоранням розуміється стан фізичного, емоційного, мотиваційного і розумового виснаження, що розвивається на тлі хронічного стресу і веде до виснаження емоційно-вольових, мотиваційних, енергетичних, соціально-особистісних, професійних ресурсів працюючої людини [2].