

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПАНІЧНИХ АТАК У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ЇХ ПСИХОКОРЕКЦІЯ

Пенова Інга Костянтинівна

*кандидат психологічних наук, медичний психолог,
асистент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології
та психотерапії*

*Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Умови воєнного стану в Україні супроводжуються тривалим психотравмуючим впливом на цивільне населення, що виявляється у формуванні широкого спектра тривожних і стресових розладів. Постійна загроза життю та фізичній безпеці, систематичні повітряні тривоги, вимушене внутрішнє переселення, втрата близьких, економічна дестабілізація та хронічне інформаційне напруження призводять до прогресуючого психоемоційного виснаження і зростання поширеності тривожних розладів серед різних груп населення [5, 6]. Одним із найбільш типових клінічних проявів психоемоційної дезадаптації в умовах воєнного стресу є панічні атаки.

Відповідно до сучасних діагностичних критеріїв DSM-5-TR та МКХ-11, панічна атака визначається як раптовий епізод інтенсивного страху або вираженого дискомфорту, що досягає піку протягом кількох хвилин і супроводжується щонайменше чотирма соматичними, когнітивними та емоційними симптомами [1]. В умовах тривалого воєнного конфлікту кількість осіб із тривожно-панічними станами суттєво зростає, що обумовлює необхідність поглибленого дослідження їхніх особливостей та розробки адаптованих підходів до надання психологічної допомоги.

Актуальність теми визначається також недостатньою адаптованістю класичних психотерапевтичних протоколів до умов пролонгованої воєнної небезпеки, за яких джерело тривоги є об'єктивно реальним і постійно присутнім.

Воєнний стан формує умови хронічного стресу, за яких центральна нервова система перебуває у стані перманентної симпатичної активації. Відповідно до теорії алоstaticного навантаження, тривале перевантаження адаптаційних систем організму призводить до поступового виснаження нейроендокринних ресурсів [7]. У цивільного

населення це клінічно маніфестується підвищеною тривожністю, емоційною лабільністю, порушеннями сну, дратівливістю та вираженими соматовегетативними реакціями.

Метааналіз досліджень, проведених у зонах збройних конфліктів, свідчить про значно вищу поширеність тривожних розладів і ПТСР серед цивільного населення порівняно з популяційними нормами мирного часу [6]. Панічні атаки в умовах збройного конфлікту мають низку специфічних феноменологічних особливостей: зростання частоти нападів у відповідь на зовнішні ситуаційні тригери (сигнали повітряної тривоги, звуки вибухів, медійні повідомлення про бойові дії), а також широко задокументоване поєднання панічної симптоматики з ознаками посттравматичного стресового розладу [5], що ускладнює диференційну діагностику та клінічне ведення таких осіб.

В умовах воєнного стану панічні атаки стійко асоціюються з вираженою гіперпильністю та постійним очікуванням загрози. Значна частина пацієнтів схильна до катастрофічної інтерпретації фізіологічних проявів тривоги як симптомів тяжкої соматичної патології, що сприяє формуванню феномену тривожної сенситивності та «страху страху». Особливістю воєнного контексту є також відсутність умов для повноцінного психоемоційного відновлення, що призводить до прогресуючого виснаження адаптаційних ресурсів особистості.

Серед основних психологічних чинників, що детермінують виникнення та підтримання панічних атак у цивільного населення в умовах збройного конфлікту, провідне місце посідають: хронічний стрес і накопичена психотравма, дефіцит базового відчуття безпеки, високий рівень екзистенційної невизначеності, інформаційне перенавантаження та вимушена соціальна ізоляція [5, 8]. Додатковими патогенними факторами є порушення режиму сну і відпочинку та хронічне соматичне виснаження.

Важливу модеруючу роль відіграють індивідуально-психологічні характеристики особистості: висока тривожна сенситивність, схильність до катастрофізації, низька стресостійкість, тенденція до соматизації та ригідність копінг-стратегій. Дослідження цивільного населення України в умовах збройного конфлікту показують, що резильєнтність особистості та наявність соціальної підтримки виступають суттєвими захисними чинниками щодо розвитку тривожних розладів [8].

Відповідно до когнітивної моделі Д. М. Кларка, ключовим механізмом ініціації та підтримання панічних атак є катастрофічна інтерпретація тілесних відчуттів [2]. В умовах воєнного стресу цей механізм потенціюється об'єктивно небезпечним зовнішнім середовищем, що суттєво ускладнює диференціацію адаптивної та патологічної тривоги.

До доказово обґрунтованих психокорекційних технік належать:

- психоедукація щодо нейробіологічних механізмів виникнення панічних атак і нормалізації тривожних реакцій;
- навчання технікам діафрагмального дихання та контрольованої дихальної регуляції;
- прогресивна м'язова релаксація;
- техніки заземлення (зокрема протокол «5-4-3-2-1») та стабілізаційні вправи;
- когнітивна реструктуризація та робота з катастрофічними автоматичними думками;
- інтероцептивна експозиція для зниження тривожної сенситивності;
- формування адаптивних копінг-стратегій і навичок саморегуляції.

Компонентний метааналіз свідчить, що інтероцептивна експозиція у поєднанні з когнітивною реструктуризацією є найбільш ефективними складовими КПТ при панічному розладі. Особливого практичного значення набувають техніки швидкої психологічної стабілізації, застосовні безпосередньо під час повітряних тривог. У таких випадках виправданим є використання протоколу «Психологічна перша допомога», спрямованого на відновлення відчуття безпеки та контролю.

У роботі з цивільним населенням принципового значення набувають п'ять доказово обґрунтованих елементів масового травматичного втручання: формування відчуття безпеки, заспокоєння, підвищення індивідуальної та колективної ефективності, відновлення соціальних зв'язків та підтримання надії. У випадках тяжкого перебігу або коморбідності з ПТСР психокорекційна допомога доповнюється відповідною фармакологічною підтримкою та/або EMDR-терапією [3]. Моніторинг стану психічного здоров'я населення в динаміці є необхідною передумовою для планування ресурсів системи психологічної допомоги.

Таким чином, панічні атаки в умовах воєнного стану є одним із найпоширеніших клінічних проявів психоемоційної дезадаптації цивільного населення. Їх перебіг характеризується поєднанням інтенсивної тривоги, соматовегетативних розладів, вираженої гіперпильності та хронічного очікування небезпеки на тлі об'єктивно загрозливого середовища.

Воєнний стрес суттєво підвищує ризик розвитку тривожно-панічних станів, особливо в осіб із підвищеною тривожною сенситивністю, недостатньо сформованими механізмами психологічної адаптації та наявним психотравмувальним досвідом. Специфіка воєнного контексту полягає у безперервному характері стресового впливу та відсутності умов для повноцінного психоемоційного відновлення. Ефективна

психокорекційна допомога вимагає комплексного підходу, що поєднує психоедукацію, доказово обґрунтовані когнітивно-поведінкові техніки, методи стабілізації та стратегії відновлення адаптаційного потенціалу особистості. Подальші систематичні дослідження цієї проблематики є необхідною умовою для вдосконалення системи медико-психологічної допомоги населенню в умовах збройного конфлікту.

Література:

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR)*. 5th ed., text rev. Washington: American Psychiatric Association Publishing, 2022. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425787
2. Clark D. M. A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*. 1986. Vol. 24, № 4. P. 461–470. DOI: 10.1016/0005-7967(86)90011-2
3. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000. Vol. 38, № 4. P. 319–345. DOI: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0
4. Hobfoll S. E., Watson P., Bell C. C., Bryant R. A., Brymer M. J., Friedman M. J., Ursano R. J. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*. 2007. Vol. 70, № 4. P. 283–315. DOI: 10.1521/psyc.2007.70.4.283
5. Karatzias T., Shevlin M., Ben-Ezra M., McElroy E., Redican E., Hyland P. War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2023. Vol. 147, № 3. P. 276–285. DOI: 10.1111/acps.13520
6. Lim I. C. Z. Y., Tam W. W. S., Chudzicka-Czupała A., McIntyre R. S., Teopiz K. M., Ho R. C., Ho C. S. H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war – and conflict-afflicted areas: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 13. Article 978703. DOI: 10.3389/fpsy.2022.978703
7. McEwen B. S. Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Chronic Stress*. 2017. Vol. 1. DOI: 10.1177/2470547017692328
8. Orel E., Gnambs T., Dorozhovets N. Impact of the war in Ukraine on resilience, protective, and vulnerability factors. *Frontiers in Psychiatry*. 2023. Vol. 14. Article 1055022. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1055022
9. Papola D., Ostuzzi G., Tedeschi F., Gastaldon C., Purgato M., Dragioti E., Barbui C. CBT treatment delivery formats for panic disorder: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*. 2023. Vol. 53, № 7. P. 2717–2729. DOI: 10.1017/S0033291721005377