

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

Допущено до захисту

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

(підпис)

«____» _____ 2024 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня бакалавр
Зі спеціальності _____ 053 Психологія _____
(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою _____ «Психологія» _____
(назва освітньої програми)

На тему: **«ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНО-ПАНІЧНОГО РОЗЛАДУ ТА
ДЕРЕАЛІЗАЦІЇ СЕРЕД МОЛОДІ»**

Виконавець:

студентка 4 курсу 12 групи
факультету ЦЗВФН

_____ Христофорова Валерія Спартаківна
/підпис/

Науковий керівник

Завідувач кафедри МППП
Доктор психологічних наук

_____ Асєєва Юлія Олександрівна
/підпис/

Одеса 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНО-ПАНІЧНОГО РОЗЛАДУ ТА ДЕРЕАЛІЗАЦІЇ СЕРЕД МОЛОДІ	11
1.1 Тривожно-панічний розлад та його симптоми.....	11
1.2. Дереалізація та її зв'язок з тривожними розладами	24
1.3. Воєнні дії як стресовий фактор	39
Висновок до першого розділу	51
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТІВ ТРИВОЖНО-ПАНІЧНОГО РОЗЛАДУ ТА ДЕРЕАЛІЗАЦІЇ	53
2.1. Психометричні методи дослідження тривожності та дереалізації ...	53
2.2.Етапи проведення психодіагностичного дослідження	58
2.3.Аналіз результатів дослідження тривожно-панічного розладу та дереалізації	63
2.4. Вплив воєнного стану на тривожність та дереалізацією	74
Висновок до другого розділу	81
ВИСНОВКИ	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	90
ДОДАТКИ.....	98
Додаток А	98
Додаток В.....	103
Додаток С.....	104
Додаток D	105
Додаток Е.....	114

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Актуальність дослідження тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді зумовлена їх високою поширеністю та впливом на фізичне та психічне здоров'я населення. Згідно зі статистикою, щорічно мільйони людей у всьому світі зазнають симптомів тривожності та панічних атак, що суттєво погіршує їх якість життя та здатність до нормальної діяльності. Особливо вразливою до цих розладів є молодь, оскільки підлітковий період часто супроводжується стресами, навчальними та соціальними тисками, що можуть викликати або загострювати тривожність та панічні розлади.

Вивчення цих проблем розпочалося вже у XIX столітті, коли психологи та психіатри почали визначати та класифікувати симптоми тривожності, панічних розладів та дереалізації. Початкові дослідження тривожно-панічних розладів та дереалізації були проведені в XIX столітті такими видатними психологами та психіатрами, як З. Фройд [50, с. 79], А. Адлер [42, с. 59], Жан-Мартена Шарко [59], К. Ясперс, Р.Мей, К. Хорни, К. Єнсен та У. Джеймс [30, с. 320-336]

З. Фройд став одним із перших дослідників, який звернув увагу на походження тривоги. У своїх ранніх працях він вважав, що тривога виникає від реакції на небезпечну ситуацію, де головну роль відіграє лібідо. Також З. Фройд розглядав деперсоналізацію як важливий аспект неврозу. Проте згодом він розглядав тривогу як реакцію на загрозу, небезпеку ззовні та внутрішні переживання. Фройд також описав процеси, що впливають на формування тривоги на різних етапах життя, виділив основні форми тривоги та реакції, спрямовані на подолання цього відчуття. [50, с. 79-84]

У теорії особистості А. Адлера тривога розглядалась як складова неврозу. Він вважав, що надмірна тривожність у людей є стратегією психологічного захисту, що сприяє формуванню неправильного стилю життя та порушень поведінки, характерних для невротичних станів. Для Адлера тривога була викликана

людськими емоціями та виявлялася в підвищеній невпевненості та чутливості до небезпечних ситуацій. [42, с. 59-61]

Вивчення дереалізації як психічного явища відображає шлях відкриття та розвитку в галузі психіатрії та психології. Перші спроби розуміти цей стан почалися ще в XIX столітті, коли вчені досліджували різні аспекти відчуття відчуженості та розриву від реальності. Одним із перших дослідників, які вивчали дереалізацію, був французький психолог Жан-Мартен Шарко. У своїх роботах він звертав увагу на феномен «деперсоналізації», який включав в себе не тільки відчуття відчуженості від себе, але й від реальності.

К. Хорні розглядала прояв тривоги як порушення відчуття безпеки у міжособистісних відносинах, яке формується в дитинстві. Вона вважала, що перебування в деструктивному середовищі призводить до неправильного уявлення про безпеку та відповідних стратегій. Хорні відокремлювала поняття «страх» і «тривога», вважаючи останню адекватною відповіддю на уявну небезпеку та залежною від значущості ситуації, що викликає тривогу. [30, с. 321]

Теоретик екзистенціальної психології Р. Мей характеризує тривогу як внутрішній досвід особи, яка усвідомлює потенційну загрозу своєму буттю, внаслідок чого вона може втратити свою сутність та перетворитися на «ніщо». Така тривога виникає, коли ми розуміємо, що наше існування або цінності, які ми з ним асоціюємо, можуть бути знищені. У своїх пізніших роботах Р. Мей надає альтернативне визначення тривоги як відчуття загрози цінностям, які є значущими для особистості. За словами Р. Мея, тривога є страхом, що виникає через загрозу цінностям, важливим для самоідентифікації особи. [30, с. 334]

Серед українських вчених, які здійснювали дослідження у галузі тривожно-панічних розладів та дереалізації, особливе місце належить таким видатним науковцям, як: В.П. Карасьов, О.А. Дубинська, М.В. Кудряшова, Ю.О. Асєєва, А. Бандура, О. Громова, І. Іванов, Л. Луценко, І. Шевченко, С. Коваленко.

Ці дослідники зумовили пізніші дослідження в галузі психології та психіатрії, що відбувалися протягом XX і XXI століть. Наприклад, психіатрія в середині XX століття почала застосовувати більш систематичний підхід до класифікації та діагностики тривожно-панічних розладів та дереалізації, а психологія активно розвивала нові теорії та методи дослідження, включаючи експериментальні дослідження, клінічні спостереження та соціально-психологічні аналізи.

Сучасні психологи та психіатри продовжують дослідження у галузі тривожно-панічних розладів, використовуючи сучасні методи та підходи, такі як нейронаука, генетика, соціальна психологія та когнітивна наука. Ці дослідження спрямовані на розуміння біологічних, психологічних та соціокультурних чинників, що лежать в основі тривожності та панічних розладів та дереалізації, а також на розробку ефективних методів діагностики та лікування цих захворювань.

З тих пір і аж до сьогоднішнього дня ці розлади привертали увагу дослідників у багатьох галузях, включаючи психологію, психіатрію, нейробиологію, клінічну медицину та соціологію.

Порівняння визначень тривожно-панічного розладу в МКХ-10 та МКХ-11 відображає еволюцію у розумінні цих розладів та їх класифікації. Однак, на додаток до класифікаційних систем, дослідники активно працюють над розвитком нових методів діагностики та лікування, а також розумінням генетичних, нейрофізіологічних та соціальних чинників, що лежать в основі цих розладів.

Актуальність дослідження дереалізації та тривожно-панічних розладів визначається потребою в глибшому розумінні цих психічних явищ і розвитком ефективних методів їх діагностики та лікування. Незважаючи на значний прогрес у цій області, є деякі теми та проблеми, які залишаються недостатньо вивченими або недостатньо висвітленими в науці.

Однією з таких проблем є розуміння конкретних механізмів, що лежать в основі дереалізації та тривожно-панічних розладів. Вивчення біологічних,

психологічних та соціокультурних факторів, що впливають на виникнення цих станів, є важливим завданням для подальшого розвитку науки.

Отже, обрана тема є актуальною, оскільки дослідження в області дереалізації та тривожно-панічних розладів не тільки сприятиме покращенню психічного здоров'я молоді, але й має потенціал покращити якість життя та зменшити соціальні та економічні наслідки цих захворювань. Тому продовження досліджень у цій області є надзвичайно важливим для сучасної науки та медицини.

Мета дослідження:

Метою даного дослідження є глибоке розуміння тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді, вивчення їхніх особливостей та впливу на щоденне функціонування. Крім того, мета включає розробку ефективних стратегій діагностики та психотерапевтичного втручання для поліпшення якості життя молоді, яка стикається з цими психічними викликами.

Завдання дослідження:

1. Аналіз літератури та наукових досліджень щодо тривожно-панічного розладу та дереалізації.
2. Вивчення етіології та факторів, що сприяють розвитку цих порушень серед молоді.
3. Визначення основних симптомів та проявів тривожно-панічного розладу та дереалізації.
4. Аналіз існуючого психодіагностичного інструментарію та підбір згідно із поставленими завданнями дослідження.
5. Проведення емпіричного дослідження, щодо визначення особливостей тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді.
6. Формулювання рекомендацій для розвитку ефективних методів психотерапії та підтримки молоді, що стикається з цими проблемами.

Об'єкт дослідження є психічне здоров'я молоді.

Предмет дослідження – тривожно-панічний розлад та дереалізація серед молоді.

Методи дослідження. Теоретичні методи дослідження включали історичний аналіз та синтез наукових статей, книг, монографій та інших джерел з психології та психіатрії, що стосуються тривожно-панічного розладу та дереалізації.

Психодіагностичний комплекс склали: Опитувальник Спілбергера-Ханіна (CX) [5], Інтерв'ю (адаптована за Діагностика міжособистісних стосунків (за Т. Лірі))[5], Кембриджська шкала деперсоналізації (CDS) [69]

Математико-статистична обробка даних в нашому дослідженні включала застосування різноманітних методів аналізу даних. Спочатку ми виконали описову статистику для кожного з психодіагностичних інструментів, що використовувалися, таких як опитувальник Спілбергера-Ханіна та інтерв'ю за адаптованою версією для діагностики міжособистісних стосунків. Потім ми провели кореляційний аналіз для встановлення зв'язків між різними змінними, такими як рівень тривожності та показники міжособистісних відносин. Крім того, ми використовували мультіваріативний аналіз для врахування можливих впливів різних факторів на тривожно-панічний розлад та дереалізацію серед молоді.

Аналіз наукових досліджень та публікацій. В роботі було проаналізовано теоретичні моделі тривожно-панічного розладу та дереалізації, такі як: когнітивно-поведінкова модель, психодинамічна модель, біологічна та нейрохімічна моделі, а також моделі, що враховують фактори середовища та соціокультурні аспекти.

Проаналізувавши психоаналітичний напрям, заснований З. Фройдом, можемо відзначити, що цей підхід розглядає тривожні розлади як вираз внутрішніх, часто несвідомих конфліктів. З. Фройд вважав, що несприятливі дитячі досвіди та пригнічені бажання можуть викликати тривогу у дорослому віці. Психоаналітична терапія зосереджена на інтерпретації сновидінь, вільних асоціацій та перенесеннях, що дозволяє клієнтам зрозуміти та вирішити свої внутрішні конфлікти.[49, с. 84]

На відміну від психоаналізу, біхевіористський напрям, представлений Д. Вотсоном та Б.Ф. Скіннером, ігнорує несвідомі процеси та зосереджується на спостережуваній поведінці. Біхевіористи вважають, що тривожні розлади складаються через навчання та умовні рефлексії. Методики, такі як систематична методика для зменшення негативної напруги, тривоги та страхів до напружуваних образів, лякаючих об'єктів чи ситуацій (десенсибілізація), використовується для зміни поведінкових реакцій, дозволяючи керувати своєю тривогою.

Розглянутий нами когнітивний напрям, на чолі з А. Беком та А. Еллісом, фокусується на деструктивних думках та уявленнях, які сприяють тривожності. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) використовується для ідентифікації та корекції негативних думок, що дозволяє змінити спосіб мислення та поведінки, пов'язані з тривогою.[17, с. 240]

Біомедичний напрям розглядає тривожні розлади як наслідок біохімічних та нейрологічних дисбалансів. Лікування зазвичай включає фармакотерапію, яка використовує антидепресанти та анксиолітики для корекції хімічних дисбалансів у мозку.

Також можемо проаналізувати класичну теорію Чарльза Дарвіна, яка відома як теорія природного добору, не зосереджується безпосередньо на тривозі як психологічному феномені, але її принципи можна застосувати для розуміння еволюційної ролі тривожності у житті людини та тварин.[10]

Представлений К. Роджерсом та А. Маслоу гуманістичний напрям, підкреслює важливість самореалізації та особистісного росту. Вони вважають, що тривожні розлади можуть бути перешкодою на шляху до самоактуалізації. Терапія в цьому напрямі зосереджена на наданні емпатійної підтримки та сприянні особистісному росту через діалог та взаєморозуміння.

Відповідно до емпіричного напрямку використовуються квантитативні методи для вимірювання та аналізу тривожності. Цей підхід дозволяє зібрати об'єктивні

дані про ефективність різних терапевтичних інтервенцій, вносячи важливий вклад у наукове розуміння тривожних розладів.[74, с. 111]

Такий аналіз дозволив нам зрозуміти основні підходи до розуміння та пояснення цих психічних розладів, їхні основні симптоми, механізми виникнення та можливі фактори ризику.

Вибірку склали складали 50 осіб, з яких 25 були чоловіками, а 25 – жінками. Учасники дослідження були молодими людьми віком від 18 до 25 років. Кожна група мала по 25 учасників, рівномірно розподілених за статеву приналежністю. Обрання такої вікової категорії було підставою для дослідження психологічних детермінант тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді. Ця вікова група була обрана через її особливу вразливість до стресу та психологічних проблем, які часто виникають у період молодості.

Теоретична значимість дослідження полягає у розгляді та систематизації чинників виникнення, індивідуальним особливостям особистості яка проявляє ознаки тривожно-панічного розладу та дереалізації, які можуть впливати на прояв цих розладів їх симптоматику та етіологію. Це допоможе створити персоналізовані підходи до діагностики та лікування, що було б особливо корисно в клінічній практиці.

З урахуванням поширеності та впливу тривожно-панічних розладів та дереалізації на молодь, а також сталого інтересу в науковому співтоваристві, дослідження цих проблем є актуальним та необхідним для подальшого вдосконалення діагностики та лікування, а також для розробки ефективних стратегій попередження та інтервенції.

Отримані результати можуть бути використанні в навчально-методичних матеріалах таких дисциплін кафедри, як «Клінічна психологія», «Основи патопсихології», «Медичної психології», «Психології особистості», «Вікової психології» тощо.

Апробація результатів роботи.

Христофорова В.С. АсєєваЮ.О. Влив гендерних стереотипів на формування тривожно-панічного розладу та дереалізації у молоді. матеріали міжнародної науково-практичній інтернет-конференції *«Актуальні проблеми практичної психології»*, 17 травня 2024 року, м. Одеса.

Структура роботи Робота складається з двох розділів, семи підрозділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи – 114 сторінок, основний зміст роботи викладено на 90 сторінка, список джерел включив 77 джерел, робота ілюстрована 3 малюнками та 5 таблицями.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНО-ПАНІЧНОГО РОЗЛАДУ ТА ДЕРЕАЛІЗАЦІЇ СЕРЕД МОЛОДІ

1.1 Тривожно-панічний розлад та його симптоми

Визначення тривожно-панічного розладу (ТПР) розпочалось ще у XIX ст. та вимагає уважного розгляду основного поняття та сутності цього психічного стану. Тривожно-панічний розлад представляє собою серйозне психічне захворювання, яке характеризується епізодами непередбачуваної інтенсивної тривоги та паніки. Цей розлад не тільки суттєво впливає на якість життя постраждалих, але і може призводити до соціального відчуження та інших серйозних наслідків.

Такі психотерапевти, як Е.Фром, К. Хорні та Г. С. Салліван притримувались думки, що проблематика тривоги повина бути досліджена в соціально-психологічному контексті. Тобто тривога може виникати через порушення міжособових взаємовідносин.

Варто зазначити, що тривога не завжди є негативним відчуттям, як може здатися на перший погляд. Це звичайний емоційний стан, характерний для всіх людей і навіть необхідне, адже не існує «поганих» емоцій; кожна з них має своє значення для функціонування людського організму. Кожна людина народжується з певним рівнем тривожності, який є частково генетично обумовленим. Але на рівень тривожності також впливають психологічні аспекти, такі як самооцінка, стресові події в дитинстві та загальний життєвий досвід. Усі ці фактори разом визначають індивідуальний рівень тривожності кожної особи. [14, с. 320]

3. Фройд у своїх роботах використовував термін «страх». Його підходи до вивчення тривожності стали фундаментом для подальших досліджень у цій області. На ранніх етапах було встановлено, що тривожність пов'язана з самооцінкою особи, зокрема, з її здатністю керувати певними ситуаціями, які впливають на самопочуття. [50, с. 86]

Представниця неофрейдизму К.Хорні, вважала, що в основі особистості лежить несвідоме відчуття тривоги, пов'язане з почуттям самотності та безпорадності, яке дитина відчуває у потенційно небезпечному світі. Вона вказувала на такі причини тривоги у дітей, як відчуженість батьків, надмірну опіку, складні сімейні обставини, а також дискримінацію або надмірне захоплення дитиною. Хорні розрізняла два типи тривоги: фізіологічну, пов'язану з задоволенням основних потреб, та психологічну, що включає розвиток адекватного «образу Я». Вона стверджувала, що людина бореться з тривогою, викликаною відчуттями небезпеки, усвідомлюючи, що вона недооцінена та нелюблена, що призводить до відмови від щирих почуттів та розробки стратегії захисту. [54, с. 134]

Класифікація тривожно-панічного розладу в межах психічних розладів є важливим аспектом для розуміння його різноманітних проявів та специфіки. У контексті психічного здоров'я ТПР віднесений до класу тривожних розладів, що визначаються підвищеною тривожністю та наявністю панічних атак. Ця класифікація відображає особливості психічних порушень, які супроводжуються екстримальними ступенями тривоги та паніки, визначаючи ТПР як один із його важливих підтипів [1 с. 28] .

Поняття тривожно-панічного розладу також пов'язане із ширшим спектром тривожних станів, що включає загальний тривожний розлад, соціальний тривожний розлад та інші варіації. Однак, в контексті ТПР, важливо визначити його унікальні риси, такі як раптові атаки паніки та постійний стан тривоги, що відрізняють його від інших тривожних розладів.

Сутність тривожно-панічного розладу проявляється не лише на фізіологічному рівні, але й у важливих аспектах психічного благополуччя. Наприклад, особа, яка страждає від ТПР, може переживати нестримні страхи та тривожність, що обмежує її здатність до звичайних щоденних функцій. Це може включати у себе труднощі у виконанні професійних обов'язків, утруднення у

встановленні та підтриманні міжособистих відносин та загальний вплив на якість життя.

Класифікація тривожно-панічного розладу в межах психічних розладів може включати такі категорії, як панічний розлад без агорафобії, панічний розлад із сполученою агорафобією, агорафобія без історії панічного розладу та інші. Кожна з цих підкатегорій відображає особливості проявів та перебігу ТПР, що сприяє більш детальному розумінню різновидів цього розладу.

Епідеміологія тривожно-панічного розладу (ТПР) серед молоді є важливим аспектом для розуміння масштабів цього психічного захворювання в цільовій групі. Статистика поширення ТПР серед різних вікових груп свідчить про те, що молодь виявляє особливий інтерес для дослідників через високий рівень вразливості та формування особистості.

Згідно з епідеміологічними дослідженнями, поширення тривожно-панічного розладу серед молоді є досить значущим явищем. Статистичні дані вказують на те, що підлітки та молодь частіше виявляють схильність до розвитку ТПР порівняно із старшими віковими групами. Це може бути пов'язано з інтенсивним емоційним та психологічним стресом, що супроводжує період становлення особистості.

Визначення груп ризику серед молоді є суттєвою частиною епідеміологічного аналізу ТПР. Однією з ключових груп ризику є студенти вищих навчальних закладів, оскільки вони піддаються підвищеному навчальному навантаженню, соціальним впливам та нестабільним умовам життя. Крім того, молодь, яка стикається з економічною нестабільністю, може також належати до групи підвищеного ризику, оскільки фінансові труднощі можуть викликати психологічний стрес.

Також важливо враховувати фактори, пов'язані з соціальними аспектами молодіжного життя. Наприклад, особи, які відчувають великий тиск стосовно соціального статусу, взаємодії з різними соціальними групами або переживають стигматизацію, можуть бути більш схильні до розвитку ТПР.

У групу ризику можуть входити також ті, хто має сімейні або особисті проблеми, такі як конфлікти вдома, розлучення батьків чи втрата близької людини. Ці фактори можуть поглибити емоційний стрес та сприяти формуванню тривожно-панічних розладів серед молоді [27 с. 104] .

Важливим визначником груп ризику є також гендерний аспект. Дослідження свідчать про те, що жінки мають вищу схильність до ТПР порівняно із чоловіками. Це може бути пов'язано з більшою вразливістю до емоційних переживань та соціального тиску [55 с. 201] .

Етіологія та фактори ризику тривожно-панічного розладу (ТПР) є складним питанням, яке включає в себе генетичні, середовищні та психосоціальні впливи. Генетичні фактори грають ключову роль у розвитку ТПР, оскільки деякі особливості схильності до тривожних розладів можуть бути успадкованими. Дослідження підтверджують, що особи, чії близькі родичі страждали від ТПР, мають підвищений ризик його розвитку [16 с. 18] .

Вплив середовища на виникнення ТПР не може бути недооціненим. Соціокультурні та психосоціальні фактори включають в себе вплив сімейного оточення, виховання, культурні норми та соціальні очікування. Деякі дослідження вказують на те, що дитина, яка зростає в стресовому сімейному середовищі або стикається із високим тиском стосовно досягнень, може бути більш схильною до розвитку ТПР у подальшому житті.

Важливість стресу як фактору, що провокує, також визнається у наукових дослідженнях. Стрес може бути ключовим катализатором для початкового виникнення або загострення тривожно-панічного розладу. Емоційні або фізичні переживання стресу можуть впливати на роботу нервової системи та сприяти розвитку тривоги та паніки [3 с. 264] .

Факторами ризику також можуть бути гендерні відмінності. Дослідження вказують на те, що жінки мають більш високий ризик розвитку ТПР порівняно із чоловіками. Це може бути пов'язано із більшою вразливістю до емоційних

переживань та соціального тиску, а також можливим впливом гормональних змін у жіночому організмі.

Крім того, особливу увагу слід звертати на соціокультурні аспекти, такі як вплив масових медіа, інтернету та соціальних мереж на формування тривожно-панічного розладу серед молоді. Інформаційна перенасиченість та негативний вплив віртуального оточення можуть поглиблювати тривожність та сприяти розвитку ТПР у молодого покоління [39 с. 28] .

Психічні симптоми тривожно-панічного розладу (ТПР) є ключовими виявами цього психічного стану, які визначають його особливості та вплив на психічне благополуччя молоді. Постійна тривога та періоди паніки є основною характеристикою ТПР. Особа, що страждає від цього розладу, може постійно відчувати неспокій, напруженість та тривожність, навіть у відсутність конкретних причин.

Сприйняття загрози та надмірна страхова реакція є іншим важливим психічним симптомом ТПР. Особа може реагувати на незначні чи непередбачувані ситуації надмірною тривогою та панікою. Загрози, які для інших можуть здаватися невеликими або незначущими, для людини із тривожно-панічним розладом можуть викликати непереборні емоційні реакції, що впливають на її здатність функціонувати в повсякденному житті.

Проблеми зі сном, концентрацією та пам'яттю є ще однією групою психічних симптомів ТПР. Зіткнення з тривожними епізодами може призводити до порушень сну, включаючи бессонницю або непокійний сон. Крім того, знижена концентрація та проблеми з пам'яттю можуть бути наслідком постійного стану тривоги, що впливає на когнітивні функції.

Важливо визначити, що ці психічні симптоми взаємопов'язані та утворюють комплексну картину тривожно-панічного розладу. Постійний стан тривоги може стати провідним елементом, викликаючи епізоди паніки та викликаючи реакції, які

значно перевищують звичайний рівень стресу. Це може призводити до значного зниження якості життя молоді та її здатності виконувати щоденні завдання.

У взаємодії цих психічних симптомів важливо враховувати їхній вплив на фізіологічний та емоційний стан особи. Зростаюча тривожність та епізоди паніки можуть мати далекосяжні наслідки, включаючи соціальне відчуження, втрату ефективності у навчанні та професійній сфері, а також загальне погіршення якості життя [4 с. 21] .

Одним із симптомів ТПР є панічна атака (ПА). Розглядаючи різні підходи до визначення, можна відзначити, що «панічна атака» (ПА) (вегетативний криз) представляє собою раптовий для особи, незрозумілий у своєму виникненні і болісний за характером напад інтенсивної тривоги в поєднанні зі страхом. В результаті цього формуються елементи вторинної симптоматики, які мають соматичний характер перебігу, що проявляється у вегетативних розладах різного характеру, але завжди психосоматичного походження.

На сьогоднішній день ПА описано в МКХ-10 і DSM-V, проте причини неефективності традиційних методів фармакологічного лікування не були достатньо досліджені. Це пов'язано з тим, що симптоматика ПА є дуже нестабільною та змінною. Клінічні прояви ПА також мають різноманітні вияви, що ускладнює їх оцінку. Оскільки ПА формуються не лише на основі тривожності, але й саме почуття несвідомої тривоги, безперечно, є однією з складових психічного розладу.

У вітчизняній медицині та психології звичайно використовують терміни «вегетативний криз», «симпатоадреналовий криз», «кардіоневроз», «ВСД (вегетосудинна дистонія) з кризовим перебігом», «НЦД»- (невроциркуляторна дистонія) - всі вони спрямовані на підкреслення суті розладу, який за медичною традицією полягає у розладі вегетативної нервової системи та визначається провідним у комплексі симптомом. Проте у світовій практиці визнаними є терміни «панічна атака» та «панічний розлад». [14, с. 143]

Фізіологічні симптоми тривожно-панічного розладу (ТПР) представляють собою конкретні прояви цього психічного стану, які виявляються на рівні фізіології організму. Зміни в серцебитті та диханні є ключовими фізіологічними виявами ТПР. Особи, що стикаються з цим розладом, можуть відчувати прискорення серцевого ритму, що є результатом активації симпатичної нервової системи в умовах стресу та тривоги [55 с. 89] .

Головокружіння є ще одним фізіологічним симптомом, який може виникнути у людей із ТПР. Це може бути пов'язано з недостатнім забезпеченням киснем мозку внаслідок змін у дихальних процесах та серцевому ритмі. Головокружіння може поглиблювати відчуття незрілості та втрати контролю над власним тілом, що є характерним для ТПР [28 с. 97] .

Пітливість є ще одним фізіологічним симптомом, що може супроводжувати тривожно-панічний розлад. Під впливом стресу та тривоги організм може виділяти більше поту, що є реакцією на активацію автономної нервової системи. Це може впливати на самопочуття та взаємодію із зовнішнім світом, створюючи додатковий дискомфорт для осіб із ТПР [16 с. 102] .

Нудота також є одним із фізіологічних симптомів, пов'язаних із тривожно-панічним розладом. Вона може виникнути внаслідок дисбалансу в роботі шлунково-кишкового тракту, який може бути викликаний надмірною активацією стресових реакцій у тілі. Нудота може посилити загальний стан тривоги та паніки, роблячи фізичні вияви розладу ще більш відчутними та неприємними.

Ці фізіологічні симптоми взаємодіють, утворюючи комплексну реакцію організму на стресові ситуації та тривожні епізоди. Вони стають своєрідним відбитком емоційного стану людини із ТПР, вказуючи на тісний зв'язок між психічним та фізіологічним компонентами розладу.

Взаємозв'язок тривожно-панічного розладу (ТПР) з фізичним здоров'ям є значущим аспектом дослідження, оскільки психічний стан може впливати на фізіологічні процеси організму. Одним із аспектів впливу ТПР на фізичне здоров'я

є його зв'язок з хронічними захворюваннями. Люди, що страждають від ТПР, мають підвищений ризик розвитку хронічних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання, гіпертонія та захворювання шлунково-кишкового тракту. Спроби управління тривогою та стресом можуть бути обмежені, що впливає на здатність ефективно управляти фізичним станом та запобігати хронічним захворюванням.

Вплив ТПР на імунну систему також важливий для розуміння його взаємодії з фізичним здоров'ям. Тривога та стрес можуть призводити до порушень в роботі імунної системи, знижуючи захисні функції організму. Люди із збільшеним рівнем тривоги можуть бути більш схильними до інфекційних захворювань та інших проблем із здоров'ям через вплив тривожних реакцій на імунну відповідь. Це може визначати загальний стан здоров'я та враховувати його вплив на життєздатність особи.

Фізичне здоров'я під впливом ТПР може проявлятися у змінах фізіологічних показників, таких як серцевий ритм, артеріальний тиск та рівень гормонів стресу. Постійний стан тривоги може призводити до підвищення серцевого ритму та збільшення артеріального тиску, що може мати негативний вплив на серцево-судинну систему. Також, гормональні зміни, спричинені тривожним розладом, можуть впливати на метаболічні процеси та ендокринну систему.

Загальний стан здоров'я під впливом ТПР може бути обумовлений індивідуальною відповіддю організму на стресові ситуації, а також наявністю супутніх факторів, таких як здоров'я середовища, стиль життя та генетичні особливості. Дослідження цього взаємозв'язку дозволить не лише зрозуміти механізми впливу ТПР на фізичне здоров'я молоді, але і розробити ефективні підходи до попередження та лікування зазначених проблем.

Емоційні аспекти тривожно-панічного розладу (ТПР) визначають важливий аспект психічного стану осіб, що стикаються з цим розладом. Вплив ТПР на емоційний стан та настрій може бути значущим у формуванні загальної якості життя та соціальної адаптації молоді.

Тривога та паніка, що супроводжують ТПР, можуть негативно впливати на емоційний стан і викликати епізоди стресу та тривоги. Індивіди із тривожно-панічним розладом можуть відчувати емоційну нестабільність та періодичні перепади настрою, що впливає на їхню здатність ефективно управляти емоціями та ментальним станом [56 с. 87] .

Проблеми зі ставленням до себе та інших можуть виникнути внаслідок емоційного дискомфорту, що супроводжує ТПР. Особа, яка стикається з тривожно-панічним розладом, може відчувати непевність та неадекватність у власних емоціях, що впливає на сприйняття себе та взаємини з оточуючими.

Емоційний стан особи із ТПР може також впливати на соціальні взаємини. Страх перед можливими епізодами паніки може призводити до уникання соціальних ситуацій та взаємодій з іншими людьми. Таке уникаюче поведінка може призвести до відчуття самоізоляції та відчуження від соціального оточення.

Важливо враховувати, що емоційні аспекти ТПР можуть виявлятися індивідуально для кожної особи. Одні можуть демонструвати переважно страх та тривогу, тоді як інші можуть впадати у періоди паніки та постійного невідповідного емоційного стану [45 с. 123] .

Розуміння емоційних аспектів ТПР важливе для розроблення ефективних стратегій лікування та підтримки молоді, що стикається з цим розладом. Врахування впливу ТПР на емоційний стан та ставлення до себе та інших є ключовим етапом у розробці індивідуалізованого підходу до лікування та психотерапії [5 с. 123] .

Взаємодія тривожно-панічного розладу (ТПР) із суспільством є значущим аспектом, оскільки розкриває соціальні виміри та вплив цього психічного розладу на індивіда в його взаємодії з оточуючим середовищем [17 с. 187] .

Втрата соціальної функціональності є однією з ключових проявів тривожно-панічного розладу. Особи із ТПР можуть відчувати труднощі у здійсненні повсякденних соціальних обов'язків та участі в громадському житті. Страх перед

можливими панічними атаками може обмежувати їхню здатність до відвідування суспільних подій, спілкування з незнайомими людьми та виконання професійних або освітніх обов'язків.

Відчуття відокремленості та неприйняття від оточуючих може виникати у зв'язку із симптомами ТПР. Особа, стикаючись з тривожними епізодами, може відчувати, що навколишні не розуміють її стану, або ж вона може уникати соціальних ситуацій, щоб уникнути відчуття несприйняття та стигми.

Тривожно-панічний розлад може впливати на соціальні взаємини та взаємодію індивіда зі суспільством. Особи із ТПР можуть відчувати тиск адаптації до соціальних норм та вимог, що може підсилювати їхню тривогу та відчуття невпевненості. Це може також впливати на професійний та освітній розвиток, ускладнюючи соціальну інтеграцію та досягнення особистих цілей.

Розуміння взаємодії ТПР із суспільством є важливим для розроблення соціальних стратегій підтримки та включення осіб із тривожно-панічним розладом у різні сфери життя. Розробка і адаптація соціальних програм та підходів до роботи з цією категорією населення може сприяти покращенню якості життя та забезпеченню ефективної соціальної підтримки [30 с. 65] .

Поведінкові зміни при тривожно-панічному розладі (ТПР) є важливим аспектом вивчення цього психічного стану. Індивіди, стикаючись із симптомами ТПР, можуть виявляти різноманітні стратегії управління тривогою та панікою через свої поведінкові відповіді.

Уникання ситуацій, які викликають тривогу, є типовим показником ТПР. Особи, які стикаються з цим розладом, можуть уникати місць, подій або ситуацій, які асоціюються з попередніми епізодами тривоги або паніки. Це може призводити до обмеження участі в соціальних подіях, виконання професійних обов'язків чи навіть звичайних щоденних активностей.

Ритуали та компульсивні дії для зменшення тривоги є ще однією характерною поведінковою реакцією при ТПР. Індивіди можуть розвивати різноманітні стратегії

для заспокоєння себе в ситуаціях тривоги, такі як повторювання певних дій, вживання певних продуктів чи навіть використання конкретних об'єктів. Ці ритуали можуть слугувати як спроба відновлення внутрішньої рівноваги та контролю.

Поведінкові зміни при ТПР можуть мати значущий вплив на якість життя та функціонування особи в її повсякденному середовищі. Уникання та ритуали можуть створювати труднощі в соціальній адаптації та професійному розвитку, а також можуть впливати на міжособисті відносини та психосоціальне благополуччя [60 с. 103] .

Подібність та відмінності у тривожно-панічному розладі (ТПР) між молоддю та дорослими є важливим аспектом вивчення цього психічного розладу. Розглядання особливостей його прояву та перебігу у ранньому віці може розкрити унікальні аспекти цього стану в молоді, а також визначити потенційні перспективи ефективного лікування [18 с. 89] .

Особливості прояву та перебігу ТПР у молоді визначаються рядом факторів, включаючи фізіологічні та психосоціальні аспекти. В молодому віці ТПР може проявлятися зі збільшеною інтенсивністю емоцій та фізіологічних симптомів, оскільки мозкова система ще знаходиться в стадії формування. Молодь частіше відчуває вплив зовнішніх стресорів, таких як навчання, соціальні взаємини та професійний розвиток, що може підсилювати ризик розвитку ТПР.

У молоді також можуть спостерігатися особливості у виявленні симптомів. Наприклад, може бути складніше розпізнати тривожно-панічні атаки, оскільки їхні прояви можуть переплітатися зі звичайними емоційними реакціями молоді. Зміни в емоційному стані, взаємини з ровесниками та академічний тиск можуть створювати сприятливе середовище для розвитку ТПР у молоді.

Перспективи лікування ТПР у ранньому віці є об'єктом уваги для розвитку ефективних підходів та стратегій. Раннє виявлення та інтервенція можуть сприяти покращенню прогнозу та зменшенню впливу ТПР на функціонування молоді.

Врахування особливостей розвитку та унікальних факторів, що впливають на молодь, дозволяє впроваджувати індивідуалізовані та гнучкі методи лікування.

Імпакт тривожно-панічного розладу (ТПР) на академічну та професійну діяльність молоді є важливим аспектом, який визначає вплив цього розладу на їхній навчальний процес та кар'єрний розвиток [6 с. 87] .

Вплив ТПР на навчальний процес може виявлятися через ряд факторів. Особа, що стикається з цим розладом, може відчувати знижену концентрацію, проблеми з пам'яттю та загальною когнітивною функцією. Часті епізоди тривоги чи паніки можуть перешкоджати нормальному усвідомленню та засвоєнню інформації. Також, соціальна ізоляція та уникання можуть впливати на спілкування з однокурсниками та взаємодію з викладачами.

Щодо кар'єрного розвитку, ТПР може викликати труднощі в професійній адаптації та успішному виконанні обов'язків. Періодичні панічні атаки чи тривожні стани можуть стати завадою для нормальної робочої діяльності. Важливо враховувати, що ТПР може впливати на прийняття рішень, сприйняття власної ефективності та взаємини з колегами [38 с. 103] .

Стратегії адаптації для успішного функціонування особи з ТПР в академічному та професійному середовищах включають ряд підходів. Зокрема, важливо впроваджувати методи управління стресом та тривогою, які допомагають зберігати емоційну стабільність. Психотерапевтична підтримка та когнітивно-поведінкова терапія можуть сприяти розвитку ефективних стратегій управління симптомами [30 с. 98] .

Діагностика тривожно-панічного розладу (ТПР) в середовищі молоді є важливим етапом для розуміння та ефективного управління цим психічним розладом. Для досягнення точності та об'єктивності визначення ТПР використовуються різні клінічні методи та стандартизовані психометричні тести.

Одним із основних підходів до діагностики ТПР є використання стандартизованих психометричних тестів. Ці тести спроектовані для вимірювання

рівня тривоги та інших симптомів, характерних для панічного розладу. Такі тести зазвичай базуються на опитувальниках, де особа визначає свої відчуття та емоційний стан. Серед них можна виділити тести, спрямовані на визначення загальної тривоги та тести, спеціально призначені для виявлення симптомів панічних атак.

Крім тестів, важливу роль в діагностиці ТПР відіграють клінічні інтерв'ю. Професійний лікар чи психотерапевт може використовувати інтерв'ю для отримання детального огляду симптомів та визначення індивідуальних особливостей кожного пацієнта. Цей підхід дозволяє врахувати контекст історії хвороби та враховувати особистий досвід особи з ТПР.

У комплексі діагностичних методів також можуть використовуватися фізіологічні та неврологічні показники, такі як вимірювання серцебиття, дихальної активності та інші параметри, що можуть свідчити про фізіологічні зміни, характерні для ТПР [61 с. 176].

Сучасні тенденції у дослідженні та лікуванні тривожно-панічного розладу (ТПР) серед молоді визначають нові перспективи для розуміння та ефективного управління цим психічним розладом. Дослідження спрямовані на розкриття причин та визначення ефективних методів лікування, зокрема враховуючи розвиток інноваційних технологій у психіатричній практиці.

У сучасному дослідженні тривожно-панічного розладу акцент зроблено на вивченні молекулярних та генетичних аспектів. Розуміння генетичних факторів, що сприяють розвитку ТПР, є ключовим для розробки індивідуалізованих методів лікування та попередження цього розладу серед молоді. Дослідники також досліджують роль епігенетичних механізмів та взаємодію генів із зовнішнім середовищем [19 с. 78].

Однією з обіцяючих тенденцій у лікуванні ТПР є використання інноваційних технологій, таких як віртуальна реальність та мобільні додатки для психічного здоров'я. Впровадження цих технологій дозволяє створювати нові методи

реабілітації та тренування ментального стану, що сприяє покращенню ефективності лікування та реабілітації молоді з ТПР.

Роль технологій також виявляється у вдосконаленні діагностичних методів. Використання штучного інтелекту для аналізу біомаркерів та клінічних даних може допомогти точніше визначити наявність ТПР та обрати оптимальний підхід до лікування.

Загальні напрямки досліджень також охоплюють вивчення соціокультурних та психосоціальних факторів, які впливають на розвиток ТПР серед молоді. Розуміння взаємодії особистісних, сімейних та соціальних чинників дозволить враховувати контекст розвитку розладу та розробляти ефективніші програми психотерапії.

1.2. Дереклізація та її зв'язок з тривожними розладами

Дереклізація представляє собою складний психічний стан, який часто спостерігається серед осіб, що страждають від тривожно-панічного розладу. Цей термін визначається як відчуття втрати реальності чи відокремлення від оточуючого світу. Основною рисою дереклізації є відчуття нереальності або відсутності реального зв'язку з навколишнім середовищем.

Вперше введений Людовіком Дугасом у 1898 році, термін деперсоналізація визначається як відсторонення від почуття особистої ідентичності, коли суб'єкти відчують себе як сторонніх спостерігачів власної поведінки, емоцій і тілесних відчуттів. Так само при дереклізації оточення людини сприймається як «мрійливе, порожнє, безжиттєве або візуально спотворене». [68, с. 898]

Розлад дереклізації був представлений Алленом і Смітом ще у 1993 році як «спотворене сприйняття себе, пов'язане з відчуттям нереальності чи дивності та глибокої відстороненості, тобто відчуття стороннього спостерігача, автомата, ніби

уві сні/ кіно» [42, с. 328]. Зараз дереалізація включена в назву розлада деперсоналізації/ дереалізації за посібником DSM-5 [43].

Важливо відзначити, що дереалізація може приймати різні форми та проявлятися в різний спосіб у кожної особи. Деякі описують цей стан як відчуття «життя в іншому світі» чи «дивлення світом як чужим», тоді як інші можуть відчувати відокремлення від свого тіла чи навіть відчуття, що їхнє оточення не є реальним [6 с. 45] .

У XIX ст одним із перших дослідників, які вивчали дереалізацію, був французький психолог Жан-Мартен Шарко. У своїх працях Шарко описував стан, який він називав «церебральним автоматизмом», що характеризувався відчуттям відчуженості від навколишнього світу та власних думок і дій. Це можна розглядати як одну з ранніх спроб опису феномену дереалізації [76].

Шарко також досліджував зв'язок між дисоціативними розладами, такими як дереалізація та деперсоналізація, і епілепсією. Він виявив, що деякі пацієнти з епілепсією можуть переживати дисоціативні стани під час або після нападів [48].

Дослідники, такі як Р. Лейнг, Д. Сімеон та Дж. Абугел, вказують на те, що на ранніх стадіях дереалізація-деперсоналізація може служити захисним механізмом психіки, що впливає з дисоціації. Це може виступати як захист від різних зовнішніх чи внутрішніх стресових факторів, а також як спосіб адаптації до нових умов середовища. Відчуття нереальності може також бути наслідком тривалого негативного сприйняття зовнішнього світу та самого себе, і не завжди є ознакою клінічних порушень [21, с. 232; 29, с. 336]

У свою чергу П. Томсон та С. В. Жак досліджували зв'язок між копінг-стратегіями та явищами деперсоналізації/дереалізації. Вони порівнювали осіб із клінічними проявами деперсоналізації з групою без таких проявів, визначаючи ці явища як захисний механізм від психотравмуючих подій, таких як емоційне насильство, зневажливе ставлення, фізичне насильство, домашнє насильство, хвороби родичів, несподівана смерть близьких, стрес у міжособистісних

відносинах, професійні та фінансові проблеми, депресія, тривога чи вживання психоактивних речовин. [75, с. 143]

Такі вчені як Д. Шпігель, Р. Дж. Льовенштейн та Р. Льюїс-Фернандес описують деперсоналізацію/дереалізацію як інгібуючу реакцію, яка програмується для зниження тривожності та стимулювання станів перезбудження. В таких умовах людина переключається на режим виживання, економлячи фізичні ресурси та контролюючи поведінку в загрозованих ситуаціях. Реакція стає патологічною, коли вона або поширюється на інші ситуації, або затримується поза безпосередньою загрозою. Залишаються відкритими питання про роль та місце дереалізації/деперсоналізації у загальній структурі захисної організації особистості та про ступінь їх адаптивності для особистості. [69, с. 19]

Основна відмінність дереалізації від інших психічних станів, таких як деперсоналізація, полягає в тому, що дереалізація акцентує увагу на втраті реальності оточуючого світу, тоді як деперсоналізація більше спрямована на відчуття відокремлення від власного тіла чи особистості.

Важливо розуміти, що дереалізація не є самостійним розладом, а часто виступає як симптом інших психічних порушень, зокрема тривожно-панічного розладу. Це може бути реакцією на стресові ситуації або негативні життєві події, які викликають психічний дисбаланс [62, с. 76] .

Однією з ключових характеристик дереалізації є відчуття нереальності оточуючого світу. Це може включати в себе враження, ніби все навколо персонажа відбувається в іншому просторі чи часі. Це відчуття може бути настільки потужним, що особа втрачає здатність сприймати реальність навіть в повсякденних ситуаціях [32, с. 12] .

Загальною тенденцією є те, що дереалізація посилюється стресом та тривожністю. Особа, яка має схильність до тривожно-панічного розладу, може відчувати, що дереалізація стає більш інтенсивною в періоди підвищеної тривоги.

Зрозуміння природи дереалізації важливо не лише для наукового дослідження, а й для розвитку ефективних методів лікування та підтримки осіб, які стикаються з цим явищем. Глибоке вивчення дереалізації та її зв'язку з тривожними розладами відкриває можливості для розробки інноваційних підходів у психіатричній практиці, спрямованих на поліпшення якості життя пацієнтів та зменшення впливу цього стану на їхню повсякденну діяльність [39, с. 56] .

Таблиця 1.1 визначає різновиди дереалізації та надає їх характеристики серед молоді, яка страждає від тривожно-панічного розладу. Описані тривалий та епізодичний характер дереалізації, а також визначені основні риси, що розрізняють кожен вид.

Етіологія дереалізації та фактори ризику включають в себе комплексний набір впливів, що визначають появу цього психічного стану серед молоді з тривожно-панічним розладом. Генетичні аспекти відіграють значущу роль у формуванні схильності до дереалізації. Дослідження показують, що особи зі схильністю до тривожних розладів можуть успадковувати певні гени, які сприяють розвитку дереалізації [7, с. 56] .

Таблиця 1.1

Класифікація дереалізації та її характеристики серед молоді з тривожно-панічним розладом

Класифікація дереалізації	Характеристики
1. Проста дереалізація	- Відчуття втрати реальності оточуючого світу
	- Враження, що події відбуваються в іншому просторі чи часі
	- Може виникати як реакція на стресові ситуації або підвищену тривогу

	- Поширена серед осіб із тривожно-панічним розладом
2. Дерекалізація з відчуттям ірреальності	- Відокремлення від реальності з враженням її нереальності
	- Враження, що все навколо є якимось чужим, неправдоподібним, ніби в іншому вимірі
	- Може виникати в періоди стресу та тривожності
	- Особа може втрачати здатність сприймати реальність, навіть в повсякденних ситуаціях
3. Дерекалізація з відчуттям втрати контролю	- Відчуття втрати здатності контролювати оточуючий світ та власні вчинки
	- Враження, що події розгортаються без участі особи, яка втрачає контроль
	- Може призводити до відчуття відокремлення від власного тіла та подій навколо
	- Зазвичай виражена в періоди погіршення тривожного стану

Однак не лише генетика визначає появу дерекалізації. Спадковість може взаємодіяти з різноманітними зовнішніми факторами, зокрема стресом та травмами. Вплив стресу є одним із ключових факторів ризику, що сприяє розвитку дерекалізації серед молоді. Стресори, такі як сімейні конфлікти, втрата близьких, або надмірний тиск в навчальному середовищі, можуть викликати психічний дисбаланс і викликати епізоди дерекалізації [40, с. 23] .

Травматичні події також можуть впливати на розвиток дерекалізації серед молоді. Фізичні або емоційні травми, особливо в ранньому віці, можуть викликати перманентний ефект на психіку та сприяти формуванню тривожних розладів, включаючи дерекалізацію [19, с. 76] .

Серед інших факторів ризику слід відзначити негативний вплив наркотиків та алкоголю. Використання речовин може викликати зміни у сприйнятті реальності та сприяти розвитку дереалізації. Особливо у молоді, чутливості до впливу психоактивних речовин може бути вищою, що робить їх більш вразливими до виникнення цього психічного стану [30, с. 34] .

Отже, етіологія дереалізації є результатом взаємодії різних факторів, і глибше розуміння цього процесу важливе для розробки ефективних стратегій лікування та попередження. Врахування генетичних аспектів, впливу стресу, травм та інших факторів ризику дозволяє врахувати індивідуальні особливості кожного випадку дереалізації серед молоді.

Важливо також враховувати соціокультурні впливи, такі як тиск соціальних норм та очікувань. У сучасному суспільстві молодь піддавалася великому тиску щодо досягнень та успіху, що може викликати стрес та сприяти розвитку тривожних розладів, включаючи дереалізацію.

Дереалізація, що виступає як симптом та окремий психічний розлад, визначається взаємозв'язком з іншими психічними розладами. Цей стан може виявлятися симптомом різноманітних психічних порушень, а також виступати як окремий діагностичний критерій [65, с. 124] .

Важливо розглядати дереалізацію як симптом, оскільки вона часто виникає на тлі інших психічних розладів. У багатьох випадках, вона спостерігається в рамках тривожно-панічного розладу. Особливо важливим є вивчення взаємозв'язку між дереалізацією та тривожними розладами, оскільки ця взаємодія може суттєво впливати на характер та перебіг обох станів.

У контексті тривожних розладів, дереалізація може виявлятися особливо виразною. Вона стає частою відповіддю на стресові ситуації та епізоди підвищеної тривоги. Проявляється відчуттям втрати зв'язку з реальністю, що стає спричинником додаткового психічного навантаження для індивіда. Це може

впливати на його здатність функціонувати в повсякденному житті та сприймати дійсність [20, с. 45] .

Особливості прояву дереалізації в контексті тривожних розладів полягають у взаємозалежності цих явищ. Дерееалізація може підсилювати тривожний стан та ставати критичним фактором у формуванні патологічних аспектів тривожних розладів.

Однак, окрім ролі дереалізації як симптома, важливо розглядати її як окремий психічний розлад. У деяких випадках, дереалізація може виявитися самотійним порушенням, що потребує окремого лікування та управління. Такий підхід дозволяє більш точно визначити клінічні особливості дереалізації як окремої сутності.

При вивченні дереалізації як окремого розладу, важливо розглядати не лише її зовнішні прояви, але й внутрішні механізми. Визначення чинників, які впливають на формування та підтримку дереалізації, може розкрити глибинні аспекти цього стану та полегшити розробку ефективних методів лікування.

Відчуття відокремленості від оточуючого світу є одним із ключових психічних симптомів дереалізації. Індивід, який переживає цей стан, може відчувати, ніби він втратив зв'язок із реальністю, оточенням, або навіть власним тілом. Це відчуття відокремлення може створювати нереальний бар'єр між індивідом та оточуючим світом, що значно впливає на його сприйняття навколишнього середовища.

Зміни у сприйнятті реальності та об'єктів є ще однією характерною рисою психічних симптомів дереалізації. Індивід може сприймати навколишні об'єкти, події чи навіть свій власний вигляд як незвичайні, неправдоподібні або нереальні. Ця зміна у сприйнятті може включати в себе спотворення форм, кольорів, або відчуття нереальності об'єктів, що оточують [8 с. 45] .

Ці психічні симптоми взаємодіють із загальним станом тривожно-панічного розладу, поглиблюючи емоційний дисбаланс і викликаючи значний стрес для індивіда. Відчуття відокремленості та змін у сприйнятті реальності можуть

збільшувати рівень тривоги, стаючи факторами, які ускладнюють повсякденне функціонування та соціальну адаптацію особи.

Важливо визначити, що психічні симптоми дереалізації можуть виявлятися як тимчасовими, епізодичними станами, так і стати хронічними, залежно від індивідуальних особливостей та конкретних обставин. Інтенсивність цих симптомів може коливатися від легкого відчуття відокремленості до більш виражених форм спотворення реальності.

У контексті дослідження тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді, розгляд психічних симптомів дереалізації виявляється необхідним для повного розуміння цього психічного стану. Врахування впливу цих симптомів на психічний стан особи, її функціонування та якість життя, дозволяє розробляти більш ефективні стратегії діагностики та лікування.

Фізіологічні аспекти дереалізації глибоко впливають на фізичний стан та відчуття власного тіла. Однією з характерних реакцій на дереалізацію є зміна відчуття простору, що може призвести до відчуття власного тіла як чужорідного об'єкта. Індивід може відчувати, ніби його тіло сталося на відстані від нього, або ж навіть стало частиною нереального оточення [32, с. 124] .

Важливо враховувати, що фізіологічні зміни, викликані дереалізацією, можуть бути різноманітні та індивідуальні для кожної людини. Деякі можуть відчувати м'язову напругу, інші - розслаблення. Фізичний дисбаланс включає в себе також зміни в автономній нервовій системі, які можуть призвести до збільшення чи, навпаки, зниження серцевого ритму, рівня артеріального тиску та інших фізіологічних параметрів [65, с. 119] .

Дереалізація може впливати на відчуття часу, роблячи його спотвореним або розтягнутим. Це може викликати враження, що час зупинився, або, навпаки, прискорюється. Фізіологічні зміни, пов'язані з цією спотвореністю, можуть створювати додатковий дисбаланс та поглиблювати емоційну напругу, що впливає з дереалізації.

Одним із ключових аспектів фізіологічного впливу дереалізації є реакція нервово-гормональної системи. В стресових ситуаціях, пов'язаних з дереалізацією, в організмі може відбуватися вивільнення адреналіну та інших стресових гормонів. Це може призводити до фізіологічних змін, таких як підвищений пульс, швидше дихання та інші вегетативні реакції [49, с. 56] .

Важливо враховувати, що фізіологічні аспекти дереалізації не обмежуються лише центральною нервовою системою. Зміни в роботі серцево-судинної, дихальної та інших систем можуть впливати на загальний фізичний стан організму.

Взаємодія дереалізації з тривожно-панічним розладом виявляється складним та взаємозалежним процесом. Роль дереалізації у спричиненні або підтримці тривожних станів варіюється від індивіду до індивіда, але вона визначається специфічними аспектами цих психічних явищ.

Дереалізація, як відчуття відокремленості від реальності, може виступати як симптом тривожно-панічного розладу. Вона може бути викликана стресом, агітацією, або іншими чинниками, які сприяють розвитку тривожних станів. У таких випадках, дереалізація стає своєрідним відгуком на психічну напругу та тривожні епізоди.

З іншого боку, дереалізація може виступати як підтримуючий фактор тривожного-панічного розладу. Вона може поглиблювати тривожні стани, створюючи додатковий рівень напруги та невизначеності. Це може призводити до зачарованого кола, де тривожний розлад підтримує дереалізацію, а вона, в свою чергу, підсилює тривогу [8, с. 67] .

Частота співвідношення дереалізації та тривожно-панічного розладу є індивідуальною та може залежати від багатьох факторів, таких як генетична схильність, середовище, особистісні риси та інші. Для деяких осіб дереалізація може стати ключовим елементом тривожного розладу, тоді як для інших вона може бути присутньою у вигляді епізодів, підсилюючи загальний стан тривоги.

Вивчення взаємодії цих двох аспектів є важливим для розуміння механізмів тривожних розладів та розробки ефективних стратегій лікування. Дерекалізація може виступати як своєрідний «супутник» тривожності, розширюючи спектр симптомів та ускладнюючи клінічний образ.

Вплив дерекалізації на психосоціальну адаптацію виявляється важливим аспектом при вивченні тривожно-панічного розладу серед молоді. Обмеження, які виникають в повсякденному житті та міжособистісних відносинах через дерекалізацію, мають значущий вплив на якість життя та соціальну інтеграцію індивіда [20, с. 78] .

Дерекалізація може призводити до відчуття відокремленості та відсутності зв'язку із звичайними аспектами життя. Індивід може відчувати, що його дії та рішення не мають реального значення або можуть сприйматися як нереальні. Це може стати перешкодою для повсякденних функцій, таких як праця, навчання чи взаємодія з оточуючими.

У міжособистісних відносинах дерекалізація може призводити до відчуття віддаленості від близьких людей. Індивід може відчувати, що не може повністю прийняти участь у соціальних взаємодіях через відсутність реального зв'язку з оточуючим світом. Це може створювати труднощі в утриманні близьких відносин та соціальній адаптації.

Взаємодія дерекалізації з іншими симптомами тривожно-панічного розладу ще більше ускладнює ситуацію. Наприклад, відчуття відокремленості може поглиблювати соціальну тривогу, роблячи індивіда більш сором'язливим та уникаючим соціальних ситуацій. Це може призводити до соціальної ізоляції та погіршувати психосоціальний стан [1, с. 123] .

Важливо враховувати, що обмеження в повсякденному житті та взаємодія з іншими симптомами розладу взаємодіють між собою, створюючи складний клінічний образ. Наприклад, при наявності дерекалізації може виникати

ускладнення у вирішенні проблем соціальної адаптації, яке впливає на перебіг тривожно-панічного розладу в цілому [67, с. 45] .

Клінічні вияви дереалізації та її вплив на якість життя є суттєвим аспектом дослідження тривожно-панічного розладу серед молоді. Оцінка рівня функціонування пацієнта в контексті дереалізації вимагає ретельного вивчення симптомів та їх впливу на різні аспекти щоденного життя.

Пацієнти, які досвідчують дереалізацію, часто зіткнуться з обмеженнями в повсякденних функціях. Вони можуть відчувати важкість у виконанні рутинних завдань, таких як вивчення, робота чи особистий догляд за собою. Дереалізація може спричиняти відчуття віддаленості від навколишнього світу, ускладнюючи виконання звичайних обов'язків та завдань.

Зв'язок дереалізації зі ступенем та тривалістю її епізодів є ключовим аспектом в дослідженні цього психічного стану. Визначення інтенсивності та тривалості дереалізаційних епізодів дозволяє зрозуміти глибину впливу цього явища на життя пацієнта. Важливо враховувати, як довго і наскільки інтенсивно дереалізація впливає на емоційний стан та функціонування особи.

Клінічні вияви дереалізації можуть включати відчуття нереальності, втрати зв'язку із дійсністю та враження туману вокруг подій. Ці симптоми можуть проявлятися як у стані тривожно-панічного розладу, так і в самотійних епізодах дереалізації. Оцінка цих клінічних виявів є важливою для точної діагностики та розробки ефективних стратегій лікування [49, с. 34] .

Щодо впливу на якість життя, дереалізація може суттєво погіршувати емоційний стан та соціальну адаптацію. Відчуття відокремленості та втрати контакту із реальністю може призводити до соціальної ізоляції та втрати інтересу до соціальних взаємодій. Це, в свою чергу, може впливати на якість міжособистісних відносин та загальний рівень життя пацієнта.

Дереалізація у ранньому віці виявляється особливим аспектом, який вимагає особливої уваги в контексті дослідження тривожно-панічного розладу та його

зв'язку з дереалізацією серед молоді. Особливості прояву та діагностика цього стану в дітей та підлітків визначаються їхнім становищем у процесі фізичного та психічного розвитку [9, с. 25] .

В дитячому віці дереалізація може виявлятися як неспецифічні симптоми, такі як важкість концентрації, різка зміна настрою та відчуття втрати зв'язку з реальністю. Діти не завжди можуть ефективно виражати свої почуття та враження, що робить діагноз дереалізації у ранньому віці викликовим завданням для фахівців.

Важливо враховувати, що дереалізація може впливати на навчання та соціальну інтеграцію у дітей та підлітків. Відчуття відокремленості від реального світу може ускладнювати процес навчання та здобуття нових знань. Підлітки, що стикаються з дереалізацією, можуть відчувати труднощі в сприйнятті інформації та взаємодії зі своїми однолітками.

Діагностика дереалізації у ранньому віці також ускладнюється тим, що діти можуть має тенденцію використовувати інші слова або описувати свої переживання по-різному. Це ставить під сумнівність симптоматику та може призводити до неправильної інтерпретації діагнозу. Справжня важливість та значущість дереалізації у ранньому віці вимагає докладного вивчення та спеціалізованої діагностики [60, с. 36] .

Зазначимо також, що вплив дереалізації на психічний стан дітей та підлітків може бути значущим у формуванні їхньої особистості та самооцінки. Відсутність стійкого зв'язку із реальністю може впливати на формування ідентичності та самоусвідомлення, що визначається важливим етапом підліткового розвитку.

Фармакотерапія та психотерапевтичні підходи в лікуванні дереалізації та її зв'язку з тривожними розладами є ключовими аспектами, на які звертає увагу сучасна наука та медицина. Ефективність лікування дереалізації за допомогою медикаментів визначається рядом чинників, включаючи тип та важкість симптомів,

індивідуальні особливості пацієнта та його реакцію на конкретні препарати [23, с. 56] .

Фармакотерапія, в першу чергу, спрямована на покращення хімічного балансу в мозку, що може бути порушено при дереалізації. Анксіолітики та антидепресанти вважаються одними з ключових груп препаратів, які використовуються для зменшення симптомів дереалізації та покращення психічного стану. Проте, слід враховувати можливі побічні ефекти та індивідуальні особливості реакції організму на ці препарати.

Роль психотерапії у подоланні дереалізації в контексті тривожних розладів також визнається як важлива та ефективна. Різноманітні психотерапевтичні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, психодинамічна терапія та емоційно-фокусована терапія, можуть допомагати пацієнтам розуміти та контролювати свої емоції та думки, пов'язані з дереалізацією.

Важливо враховувати індивідуальні особливості та вподобання пацієнта при виборі методу психотерапії. Взаємодія між лікарем та пацієнтом у процесі психотерапії визначає успішність лікування та можливість досягнення стійкого позитивного ефекту.

Сучасні дослідження та тенденції у вивченні дереалізації відображають глибокий інтерес науковців до цього психічного явища та його зв'язку з тривожними розладами. Останні відкриття в сфері дослідження механізмів дереалізації розкривають нові горизонти для розуміння цього стану та розробки ефективних методів лікування [36, с. 81] .

Дослідження сучасних механізмів дереалізації вказують на важливість розуміння впливу невробіологічних та психосоціальних факторів на виникнення цього явища. Вчені концентрують увагу на ролі різних хімічних медіаторів у мозку, таких як серотонін та гамма-амінобутират, у формуванні дереалізації. Окрім того, вивчається взаємодія між генетичними факторами та екологічними впливами в розвитку цього стану.

Напрямки майбутніх досліджень включають в себе пошук нових методів діагностики дереалізації, врахування індивідуальних особливостей пацієнтів та розробку персоналізованих методів лікування. Одним із ключових аспектів є розуміння взаємозв'язку дереалізації з іншими розладами, такими як депресія чи посттравматичний стресовий розлад [50, с. 98] .

Дослідження спрямовані на розкриття різновидів дереалізації та їх характеристик, розуміння впливу факторів ризику, таких як стрес, травми та генетична спадковість. Важливим аспектом є також вивчення психічних та фізіологічних симптомів дереалізації та їх взаємодія з іншими аспектами тривожно-панічного розладу.

Взаємодія з пацієнтами, що стикаються з дереалізацією, вимагає від практикуючих фахівців особливого підходу та розуміння. Однією з ключових аспектів в цьому контексті є розробка ефективних стратегій розуміння та підтримки пацієнтів, а також створення індивідуалізованих планів лікування та реабілітації [10, с. 122] .

У взаємодії з пацієнтами, досліджуваними дереалізацію, важливо враховувати різні аспекти цього стану, щоб забезпечити якісну та ефективну допомогу. Перший аспект полягає в розумінні основних рис та сутності дереалізації. Фахівець повинен виявити відмінності цього стану від інших психічних розладів та визначити його ключові характеристики.

Для успішної практичної роботи з пацієнтами, важливо враховувати класифікацію дереалізації та її різновиди. Зрозуміння характеристик кожного різновиду допомагає визначити індивідуальні особливості кожного пацієнта та вибрати належний метод лікування.

Врахування етіології та факторів ризику дереалізації є ще однією важливою складовою практичної роботи. Глибоке розуміння генетичних аспектів та впливу стресу, травм та інших факторів дозволяє фахівцеві врахувати усі можливі впливи на пацієнта та визначити оптимальний план лікування.

Дереалізація, як симптом та окремий розлад, також потребує розгляду в практичному контексті. Фахівець повинен розглядати взаємозв'язок між дереалізацією та іншими психічними розладами, визначати особливості її прояву в контексті тривожних станів та враховувати це при формуванні плану лікування.

У сфері практичних аспектів важливо дослідити психічні та фізіологічні симптоми дереалізації. Відчуття відокремленості від оточуючого світу та зміни у сприйнятті реальності є ключовими показниками, які фахівець повинен враховувати при розробці індивідуалізованого плану лікування.

Вплив дереалізації на фізичний стан та відчуття власного тіла вивчається в контексті фізіологічних аспектів. Розуміння цих взаємозв'язків дозволяє фахівцю обрати ефективні методи впливу на фізичний стан пацієнта.

Взаємодія дереалізації з тривожно-панічним розладом також є значущою у практиці. Розуміння ролі дереалізації у спричиненні або підтримці тривожних станів, а також частоти співвідношення цих двох аспектів, дозволяє фахівцю створити більш ефективні стратегії лікування.

При вивченні впливу дереалізації на психосоціальну адаптацію важливо розглядати обмеження в повсякденному житті та міжособистісних відносинах. Взаємодія з іншими симптомами тривожно-панічного розладу також є ключовою у формуванні практичних підходів до лікування.

Дослідження клінічних виявів дереалізації та її впливу на якість життя визначає рівень функціонування пацієнта та зв'язок із ступенем та тривалістю дереалізаційних епізодів. Оцінка цих аспектів є необхідною для формування комплексних підходів до лікування та підтримки [24, с. 56] .

Дослідження дереалізації у ранньому віці та її впливу на розвиток також визначає особливості прояву та діагностику у дітей та підлітків. Врахування впливу на навчання та соціальну інтеграцію є важливим у формуванні практичних методів лікування.

У розділі фармакотерапії та психотерапевтичних підходів вивчається ефективність лікування дереалізації за допомогою медикаментів та роль психотерапії у подоланні дереалізації в контексті тривожних розладів. Оцінка цих методів лікування є важливою для розробки індивідуалізованих підходів до пацієнтів [37, с. 98].

Сучасні дослідження та тенденції у вивченні дереалізації розкривають нові горизонти для розуміння цього стану та розробки ефективних методів лікування. Останні відкриття у сфері дослідження механізмів дереалізації та напрямки майбутніх досліджень є важливими аспектами, які визначають перспективи у цьому науковому напрямку.

1.3. Воєнні дії як стресовий фактор

Визначення воєнних дій як стресового фактору в контексті молоді вимагає глибокого розгляду взаємозв'язку між воєнними подіями та психічним станом індивіда. Важливо роз'яснити, як воєнні події можуть стати причиною стресових реакцій у молоді. Цей стрес може виникати як безпосередньо внаслідок участі в конфлікті, так і через віддалені наслідки, що залишають психологічний слід на молодому поколінні.

Психологічний вплив воєнних конфліктів на молодь може виявлятися різноманітними шляхами. З одного боку, самі воєнні події, такі як бойові дії, терористичні атаки та загроза безпеки, можуть викликати в молоді тривожність, страх та невизначеність щодо майбутнього. Ці емоції можуть призвести до стресових реакцій, які впливають на психічний стан молоді.

З іншого боку, довготривалі наслідки війни, такі як економічна нестабільність, соціальна дезорганізація та втрата близьких, також можуть стати причиною стресових станів серед молоді. Ці фактори можуть породжувати відчуття

безпорадності та втрати контролю над власним життям, сприяючи виникненню тривожних реакцій [11, с. 123] .

Важливо враховувати, що психічний вплив воєнних конфліктів на молодь може бути індивідуальним, залежно від різноманітних факторів, таких як особистість, родинний статус, соціокультурний контекст та інші. Індивіди можуть реагувати на стрес в різний спосіб, в залежності від своїх особистих досвідів та ресурсів для подолання труднощів [55, с. 104] .

Необхідно також враховувати можливість розвитку психологічних порушень, таких як тривожно-панічний розлад та дереалізація серед молоді під впливом воєнних конфліктів. Ці порушення можуть стати наслідком довготривалого стресу та викликати серйозні виклики для психічного здоров'я молоді.

Етіологія воєнно-пов'язаних стресів є складною та багатогранною областю дослідження, яка вимагає глибокого аналізу різноманітних факторів, що викликають стрес у молоді під час воєнних конфліктів. Серед ключових елементів етіології воєнно-пов'язаного стресу слід розглядати втрату близьких, страх перед втратою життя, травми та інші аспекти, що можуть викликати в молоді стресові реакції в умовах військових дій.

Втрата близьких визнається однією з найбільш важливих та потужних причин воєнно-пов'язаного стресу серед молоді. Позбавлення від рідних осіб, небезпека для їхнього життя та неспроможність забезпечити їхню безпеку може викликати глибокі емоційні переживання, що стають основою для розвитку тривожно-панічного розладу та дереалізації у молодих людей.

Страх перед втратою власного життя або життя близьких є іншим значущим фактором в етіології воєнно-пов'язаного стресу. Нестабільна ситуація в зоні конфлікту, ризик участі в бойових діях та загроза власній безпеці створюють емоційне напруження, яке може призвести до розладів у психічному стані молоді.

Травматичні події, пов'язані з військовим конфліктом, також відіграють суттєву роль у формуванні стресових реакцій серед молоді. Фізичні та психологічні

травми, отримані внаслідок бойових дій чи інших воєнних обставин, можуть спричинити серйозні наслідки для психічного здоров'я, спровокувати розвиток тривожно-панічного розладу та викликати відчуття дереалізації. [25, с. 189]

Елементи етіології воєнно-пов'язаного стресу взаємодіють між собою, створюючи складну мережу факторів, які впливають на молодь під час воєнних конфліктів. Страх, втрати та травматичні враження можуть посилювати одне одного, сприяючи загостренню емоційного напруження та ризику розвитку різноманітних психічних порушень.

Вплив воєнних подій на психічне здоров'я молоді є складною та важливою проблемою, яка вимагає глибокого аналізу змін у психічному стані молоді під час та після воєнних дій. Аналіз цих змін дозволяє визначити особливості впливу воєнного стресу на молодь та порівняти його зі звичайними стресовими ситуаціями [38, с. 154] .

Воєнні події можуть суттєво впливати на психічне здоров'я молоді, спричиняючи різноманітні зміни в їх емоційному стані та психологічному благополуччі. Під час активних бойових дій молодь може переживати страх, тривожність та безпорадність перед невизначеністю майбутнього. Втрата близьких, травми та загроза власної безпеки залишають глибокий психологічний слід, що може виявитися у вигляді тривожно-панічного розладу та дереалізації.

Після воєнних подій молодь може стикатися з подовженим стресом, відновленням соціально-психологічної стабільності та адаптацією до нових умов. Цей період може супроводжуватися посиленою тривожністю, втратою інтересу до оточуючого світу та змінами в емоційній стійкості. Зокрема, молодь може переживати посттравматичний стресовий розлад, що виявляється в повторюючихся сніданках, психосоматичних реакціях та ізолюваності від соціуму.

Порівняння впливу воєнних подій на психічне здоров'я зі звичайними стресовими ситуаціями стає ключовим для розуміння унікальності воєнного стресу. Звичайні стресові події, хоча й можуть викликати негативні емоції та адаптаційні

труднощі, рідко досягають рівня травматичних вражень, що характерні для воєнних конфліктів. Втрата стабільності, загроза життю та непередбачуваність обставин у воєнних умовах створюють особливий контекст для стресових реакцій серед молоді.

Травматичні воєнні події мають значущий вплив на психічне здоров'я молоді, викликаючи різноманітні психічні наслідки. Дослідження цих наслідків важливо для розуміння глибини та комплексності впливу травматичних вражень на молоде покоління.

Аналіз психічних наслідків травматичних воєнних подій включає в себе розгляд впливу стресових ситуацій на емоційну та психологічну сфери молоді. Тривалість конфлікту, наявність загрози для власного життя та втрата близьких можуть призвести до розвитку тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді. Дослідження цих психічних наслідків є важливим етапом для розробки індивідуальних та колективних стратегій психотерапії та реабілітації.

Аналіз реакцій молоді на втрату під час воєнних конфліктів розкриває складність та глибину емоційних відгуків. Втрата близької людини може викликати не лише сум, але і глибокі внутрішні конфлікти, відчуття втрати безпеки та невизначеності у майбутньому. Психологічна реакція на втрату є індивідуальною та може виявлятися у формі депресії, відчуття вини або навіть втрати життєвого сенсу [12 с. 121].

Фізичні та психологічні травми, які можуть виникнути під час військових дій, викликають серйозні наслідки для психічного здоров'я молоді. Посттравматичний стресовий розлад стає неодмінним компаньйоном для тих, хто був свідком або учасником воєнних подій. Цей розлад проявляється через повторюючі сни, психосоматичні симптоми та гостру чутливість до подібних стресових ситуацій.

Воєнні дії виступають значущим стресовим фактором, який може значно підвищити ризик розвитку тривожно-панічного розладу серед молоді. Вивчення

статистики та проведення досліджень дозволяють докладно розглянути зв'язок між воєнними подіями та ризиком розвитку цього психічного розладу.

Статистичні дані та наукові роботи свідчать про тісний зв'язок між воєнними подіями та виникненням тривожно-панічного розладу серед молоді. Умови воєнного конфлікту, загроза для особистої безпеки, травматичні враження та втрати близьких стають каталізаторами для психічного напруження. Статистика свідчить про те, що молодь, яка була безпосередньо втягнута в військові події чи жила в районах конфлікту, виявляється особливо вразливою до ризику тривожно-панічного розладу.

Розгляд впливу тривожно-панічного розладу на функціонування молоді під час воєнних дій виявляє глибокі наслідки для індивідуального та соціального розвитку. Особи, які стикаються із стресом воєнного конфлікту, часто демонструють погіршення фізичного та психічного здоров'я. Тривожно-панічний розлад може призводити до порушень сну, зниження концентрації, апатії та ізоляції від оточуючого світу.

Дослідження показують, що тривожно-панічний розлад може суттєво впливати на соціальну адаптацію молоді, яка пережила воєнні дії. Зниження рівня функціонування в особистому та професійному житті стає перешкодою для повноцінної інтеграції в суспільство. Молодь, яка стикається із стресом воєнного конфлікту та розвиває тривожно-панічний розлад, може відчувати себе відчуженою та вразливою, що додатково ускладнює процес відновлення психічного здоров'я [26, с. 54] .

Дереалізація, як форма реакції на воєнний стрес, представляє собою важливий аспект вивчення психічних розладів серед молоді в умовах конфліктів. Розгляд взаємозв'язку між воєнними діями та виникненням дереалізації допомагає розуміти, як стресові умови впливають на сприйняття реальності молоддю та як це може визначати їх психічний стан [39, с. 45] .

Воєнний стрес може викликати дереалізацію, яка проявляється в відчутті нереальності оточуючого світу. Молодь, яка пережила воєнні дії, може відчувати, що навколишній світ стає відокремленим, нереальним чи неправдоподібним. Ця реакція може бути викликана нестабільністю умов, травматичними враженнями та загрозою для власної безпеки, що призводить до втрати зв'язку із звичайною реальністю.

Аналіз впливу воєнного стресу на сприйняття реальності молоддю дозволяє визначити особливості цього психічного явища в контексті воєнних конфліктів. Умови військових дій створюють атмосферу постійної загрози та стресу, що може призвести до виникнення дереалізаційних відчуттів. Молодь може відчувати втрату контролю над своїм життям та навколишнім середовищем, що є однією з характерних реакцій на військовий стрес.

Важливим аспектом є розуміння того, як дереалізація впливає на функціонування молоді під час воєнних дій. Відчуття нереальності може впливати на прийняття рішень, соціальні відносини та загальний емоційний стан. Ця дисоціація від реальності може ускладнювати процес адаптації та взаємодії з оточуючим оточенням, що має важливе значення для подальшого психічного стану молоді.

Психосоціальні наслідки воєнних конфліктів на молодь виявляються комплексними та глибокими. Розгляд змін у міжособистісних відносинах, соціальній ізоляції та самооцінці, що виникають під впливом воєнних подій, є важливим для розуміння повного спектру впливу військового конфлікту на психіку молоді [13, с. 143] .

Воєнні конфлікти часто призводять до руйнування міжособистісних відносин серед молоді. Стрімка зміна умов існування, втрата близьких, страх перед майбутнім можуть спричинити зміни в сприйнятті та взаємодії з іншими людьми. Спостерігається збільшення конфліктів, зниження рівня довіри та ускладнення встановлення нових соціальних зв'язків.

Соціальна ізоляція є однією з типових реакцій на воєнні конфлікти серед молоді. Загрозливе середовище викликає бажання відсторонитися від соціуму для забезпечення власної безпеки та емоційного благополуччя. Це може призводити до відчуття відчуження та невпевненості у власних можливостях відновлення соціального життя.

Аналіз впливу військового конфлікту на розвиток особистості молоді розкриває, як стресові умови можуть впливати на формування характеру, цінностей та поглядів на життя. Молодь, яка переживає воєнний стрес, часто змушена швидко адаптуватися до нових умов і вирішувати складні завдання в самостійний спосіб. Це може призводити до розвитку високої ступені витривалості та взаємопідтримки серед молоді, але одночасно викликати втрату довіри та віри в стабільність життя.

Стратегії копіngu під час воєнних дій стають важливим аспектом розуміння та вирішення проблем тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді. Дослідження різних методів, які вони використовують для подолання стресу в умовах воєнного конфлікту, а також оцінка ефективності цих стратегій, дозволяють визначити шляхи поліпшення психічного стану та забезпечення психологічної стійкості молоді.

Молодь, яка знаходиться в умовах воєнного конфлікту, вивчає різноманітні методи копіngu для подолання стресу та адаптації до змін у середовищі. Однією з таких стратегій є активний пошук підтримки від співробітників, друзів чи сім'ї. Спільнота може виступати як захисний механізм, що надає емоційну підтримку та сприяє взаємодії у складних ситуаціях.

Ще однією стратегією є використання позитивних когнітивних механізмів, таких як пошук позитивних аспектів у важких ситуаціях та зосередження на можливостях виживання та розвитку в умовах стресу. Молодь може розвивати оптимізм та надію, спрямовуючи свою увагу на побудову майбутнього попри труднощі сьогодення.

Інша стратегія, яка може виявитися ефективною, – це зосередження на фізичному здоров'ї. Регулярна фізична активність може допомагати знижувати рівень стресу, покращувати настрій та сприяти загальному фізичному та психічному благополуччю.

Важливо враховувати також стратегії вирішення конфліктів та проблем, які можуть включати в себе практику врегулювання конфліктів, пошук раціональних вирішень та прийняття певних компромісів [40, с. 23].

Аналіз ефективності цих стратегій дозволяє визначити, які з них можуть бути найбільш корисними в конкретних умовах воєнного конфлікту та сприяти подоланню тривожно-панічного розладу та дереалізації. Це допомагає розробляти індивідуалізовані психотерапевтичні підходи та програми підтримки для молоді, яка стикається з воєнним стресом.

Міжнародні дослідження та порівняльний аналіз грають ключову роль у розумінні впливу воєнних подій на молодь у різних країнах. Порівняння цих впливів дозволяє здійснити аналіз різних контекстів та визначити спільні та унікальні чинники, які впливають на психічне здоров'я молоді.

У проведенні порівняльного аналізу важливо враховувати культурні, соціальні та історичні відмінності між країнами. Кожна культура має свої унікальні особливості, які можуть впливати на сприйняття та відповідь на стресові ситуації. Отже, аналіз впливу воєнних подій на молодь повинен ураховувати ці фактори для досягнення повноцінного розуміння ситуації.

Міжнародні стандарти та підходи у реагуванні на психічні наслідки воєн також відіграють важливу роль у формуванні політик та програм для підтримки молоді. Розгляд різних підходів може допомогти визначити ефективні методи та стратегії, які можуть бути застосовані для поліпшення психічного здоров'я молоді в умовах воєн.

Міжнародні дослідження зокрема розкривають важливість розробки універсальних методів визначення та врахування ризиків розвитку тривожно-

панічного розладу та дереалізації серед молоді під час воєнних конфліктів. Такий підхід може сприяти встановленню міжнародних стандартів управління психічним здоров'ям молоді та розробці спільних стратегій для запобігання та лікування психічних порушень [14, с. 81] .

Аналіз міжнародних досліджень також дозволяє виявити області, де може бути потрібно покращення в ефективності програм та ініціатив. Взаємодія між різними країнами в області психічного здоров'я молоді може призвести до обміну найкращими практиками та інновацій, сприяючи створенню більш ефективних та адаптованих стратегій для впорядкування негативних наслідків воєнних конфліктів.

Важливість психологічної допомоги та реабілітації в умовах воєнних дій надзвичайно велика, особливо у контексті розгляду тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді. Психологічна підтримка та терапія виступають ключовими елементами у забезпеченні ментального здоров'я та адаптації молоді під час воєнних стресових ситуацій.

В умовах воєнних конфліктів психологічна підтримка стає необхідною, оскільки молодь стикається з численними труднощами та емоційними викликами. Страх перед втратою близьких, травми, а також загроза власного життя можуть викликати тривожні реакції та призводити до розвитку тривожно-панічного розладу та дереалізації.

Програми психосоціальної реабілітації виявляються ефективним інструментом у веденні молоді через процес відновлення після воєнних подій. Вони можуть включати в себе індивідуальні консультації, групові сесії та різноманітні методи терапії, спрямовані на зняття стресу та покращення психічного стану.

Важливо розглядати психологічну підтримку як важливу складову не лише в умовах воєнного конфлікту, але і в післявоєнний період. Психотерапевтична допомога може допомогти молоді зрозуміти та опрацювати їхні власні емоції, знизити ризик розвитку тривожно-панічного розладу та дереалізації, а також сприяти швидшому відновленню психічного здоров'я.

Ефективність програм психосоціальної реабілітації може бути оцінена через вивчення динаміки психічного стану молоді, змін у їхньому сприйнятті реальності та покращення їхнього загального благополуччя. Аналіз результатів таких програм є важливим етапом у вдосконаленні підходів до психологічної підтримки та реабілітації в умовах воєн.

Вплив військового конфлікту на систему охорони здоров'я та освіти є важливою аспектом вивчення тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді. Умови воєнного конфлікту породжують значні виклики у забезпеченні доступу до медичної та психічної допомоги, а також впливають на можливості навчання та освіти для молоді.

В умовах воєнного конфлікту система охорони здоров'я стикається з великими труднощами в забезпеченні ефективної медичної допомоги. Втрати інфраструктури, бомбардування медичних закладів та брак кваліфікованого медичного персоналу роблять доступ до лікування важкодоступним. Це може призводити до зростання психічних проблем серед молоді, включаючи тривожно-панічний розлад та дереалізацію, які ускладнюються нестабільною медичною ситуацією [27, с. 98] .

Психічна допомога стає особливо важливою у воєнних умовах, проте обмежений доступ до кваліфікованих психотерапевтів та психіатрів може стати перешкодою для отримання необхідної допомоги. Завдяки стресовій обстановці та втратам, потреба в психічній підтримці серед молоді зростає, і важливо розглядати можливості впровадження ментального здоров'я в загальну систему медичної допомоги.

Освіта також стає жертвою воєнного конфлікту. Зруйновані школи, втрата доступу до навчальних закладів та переосмислення пріоритетів можуть призводити до обмеженого доступу молоді до якісної освіти. Це створює умови для виникнення соціальної напруженості та обмежує можливості розвитку особистості [41, с. 25] .

Аналіз впливу війни на систему освіти включає в себе розгляд втрат у плані знань та навичок, а також ризику розвитку відставань серед молоді. Освіта має ключове значення для сталого розвитку суспільства, і військовий конфлікт може спричинити серйозні виклики у забезпеченні рівного доступу до освіти для всіх верств населення.

Вплив воєнних дій на розвиток суспільства є ключовим аспектом дослідження тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді. Воєнні конфлікти не лише призводять до фізичних руйнувань і втрат життів, але й суттєво впливають на економічний, соціальний та культурний стан суспільства. Розгляд цих аспектів допомагає зрозуміти загальний рівень стресу та його вплив на психічне здоров'я молоді.

Економічні наслідки воєнних дій часто є великим викликом для суспільства. Руйнування інфраструктури, втрати робочих місць та зменшення економічної активності можуть призвести до значних економічних труднощів. Соціальна нестабільність, пов'язана з економічними труднощами, може викликати тривожно-панічний розлад серед молоді, яка стає свідком і відчуває наслідки економічних труднощів у суспільстві.

Соціальні зміни внаслідок воєн можуть включати в себе розлад у міжособистісних відносинах, зміни в структурі сім'ї та втрату соціальної підтримки. Ці фактори можуть впливати на соціальну адаптацію молоді та сприяти виникненню тривожно-панічного розладу. Крім того, культурні зміни, спричинені воєнним конфліктом, можуть викликати дереалізацію та втрату орієнтації в світі для молодого покоління [42, с. 81].

Культурні та моральні цінності також можуть бути піддані значним змінам у воєнний період. Втрата стабільності в суспільстві може призвести до втрати цінностей та ідентичності, що може сприяти розвитку дереалізації серед молоді.

Важливо враховувати, що вплив воєнних дій на суспільство не завершується з припиненням бойових дій. Поствоєнна реконструкція та відновлення суспільства

також можуть викликати стресові реакції серед молоді, особливо якщо цей процес пов'язаний з економічними труднощами та соціальною нестабільністю.

Вплив воєнних дій на розвиток суспільства є ключовим аспектом дослідження тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді. Воєнні конфлікти не лише призводять до фізичних руйнувань і втрат життів, але й суттєво впливають на економічний, соціальний та культурний стан суспільства. Розгляд цих аспектів допомагає зрозуміти загальний рівень стресу та його вплив на психічне здоров'я молоді.

Економічні наслідки воєнних дій часто є великим викликом для суспільства. Руйнування інфраструктури, втрати робочих місць та зменшення економічної активності можуть призвести до значних економічних труднощів. Соціальна нестабільність, пов'язана з економічними труднощами, може викликати тривожно-панічний розлад серед молоді, яка стає свідком і відчуває наслідки економічних труднощів у суспільстві.

Соціальні зміни внаслідок воєн можуть включати в себе розлад у міжособистісних відносинах, зміни в структурі сім'ї та втрату соціальної підтримки. Ці фактори можуть впливати на соціальну адаптацію молоді та сприяти виникненню тривожно-панічного розладу. Крім того, культурні зміни, спричинені воєнним конфліктом, можуть викликати дереалізацію та втрату орієнтації в світі для молодого покоління [15, с. 23] .

Культурні та моральні цінності також можуть бути піддані значним змінам у воєнний період. Втрата стабільності в суспільстві може призвести до втрати цінностей та ідентичності, що може сприяти розвитку дереалізації серед молоді.

Важливо враховувати, що вплив воєнних дій на суспільство не завершується з припиненням бойових дій. Поствоєнна реконструкція та відновлення суспільства також можуть викликати стресові реакції серед молоді, особливо якщо цей процес пов'язаний з економічними труднощами та соціальною нестабільністю.

Висновок до першого розділу

Аналіз літературних джерел та наукових досліджень щодо тривожно-панічного розладу (ТПР) та дереалізації дозволяє глибше зрозуміти ці складні психологічні стани. Вивчення праць таких вчених як З. Фройд, К.Хорні, Р. Лейнг, Д. Сімеон, Дж. Абугел, Жан-Мартен Шарко, П. Томсон, С. В. Жак, А. Бек, К. Роджерс та інші, а також аналіз сучасних досліджень у цій галузі, показують різноманітність підходів до діагностики, лікування та розуміння ТПР та дереалізації.

Найбільш розповсюдженим визначенням тривожно-панічного розладу є стан, при якому особа регулярно відчуває несподівані та інтенсивні напади паніки, що супроводжуються тривогою про майбутні епізоди. Дерееалізація ж описується як відчуття нереальності або відчуженості від навколишнього середовища.

Щодо етіології ТПР, дослідження вказують на комбінацію генетичних, біологічних та навколишніх факторів ереалізації в контексті ТПР може бути різноманітною. Часто це явище асоціюється з високим рівнем стресу та тривоги. Вчені, які вивчають біомедичний напрямок, такі як доктори в області нейронауки, визначають, що зміни у функціонуванні нейротрансмітерів можуть сприяти розвитку ТПР. В літературі відзначається класифікація факторів на внутрішні (наприклад, особистісні особливості) та зовнішні (наприклад, стресові події).

Основні симптоми ТПР включають: раптові напади паніки, серцебиття, потовиділення, тремтіння, відчуття задухи або тиску в грудях. Зовнішні прояви можуть включати уникнення ситуацій, які можуть викликати паніку. Внутрішні прояви часто пов'язані з песимістичними передбаченнями та постійною тривогою про майбутні напади.

Дереалізація може проявлятися у вигляді відчуття, що навколишнє середовище є нереальним або зміненим. Це може включати спотворення сприйняття часу, простору та зовнішності об'єктів. Такі відчуття можуть значно

погіршувати якість життя особи, викликаючи занепокоєння або страх, що можуть спричинити подальші панічні атаки.

Ці відомості базуються на роботах вчених, які дотримуються різних теоретичних підходів. А. Бек і А. Елліс висвітлюють когнітивні аспекти ТПР, акцентуючи на негативному мисленні та когнітивних спотвореннях. Водночас, К. Роджерс і представники гуманістичного напрямку підкреслюють значення емоційного сприйняття та особистісного зростання в контексті лікування ТПР. В контексті дереалізації, цей підхід може допомогти особам розуміти та інтегрувати свої відчуття нереальності в загальний контекст їхнього життєвого досвіду.

Таким чином, аналіз сучасних досліджень та літератури виявляє багатогранність підходів до тривожно-панічного розладу та дереалізації, підкреслюючи значення комплексного підходу в діагностиці та лікуванні цих станів.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТІВ ТРИВОЖНО-ПАНІЧНОГО РОЗЛАДУ ТА ДЕРЕАЛІЗАЦІЇ

2.1. Психометричні методи дослідження тривожності та дереалізації

Психометричні методи в дослідженнях психічного здоров'я займають ключове місце, надаючи можливість об'єктивно вимірювати та аналізувати психічні явища. У широкому контексті їх використання вивчається для розуміння різноманітних психічних станів та розладів, зокрема тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді.

Психометричні методи стають основою для наукового підходу до вивчення тривожності та дереалізації, надаючи можливість системного аналізу та класифікації цих явищ. Завдяки їм вдається перейти від суб'єктивних спостережень до об'єктивних вимірів, що робить дослідження більш точним і надійним.

Одним з ключових аспектів використання психометричних методів є їхні можливості кількісного вимірювання психічних явищ. Це робить можливим об'єктивний аналіз і порівняння рівня тривожності та дереалізації серед молоді, дозволяючи виявити паттерни та закономірності.

Для вивчення тривожно-панічного розладу та дереалізації важливо використовувати психометричні інструменти, які дозволяють отримувати конкретні дані щодо психічного стану осіб. Такі методи дозволяють отримати об'єктивні результати, що полегшує аналіз та подальше порівняння отриманих даних.

Для вимірювання тривожності та дереалізації у молоді в даному емпіричному дослідженні використовуватимуться два основних психометричних інструменти: Опитувальник Спілбергера-Ханіна (СХ), інтерв'ю (адаптована за Діагностика міжособистісних стосунків (Т. Лірі)) та Кембриджська шкала деперсоналізації (CDS). Обираючи ці конкретні методи, керувала необхідність отримати комплексні

та глибокі дані, які можуть відображати різноманітні аспекти тривожно-панічного розладу та дереалізації.

Опитувальник визначається як стандартизований метод збору інформації, що базується на письмових або усних відповідях від об'єкта дослідження. Опитувальник Спілбергера-Ханіна (СХ) є широко використовуваним психометричним інструментом для оцінки тривожності. Він дозволяє вимірювати як стан тривожності (S-Anxiety), так і рису тривожності (T-Anxiety). Стан тривожності відображає тимчасові почуття тривоги та напруження, які можуть змінюватися в залежності від ситуації. Риса тривожності, навпаки, є більш стабільною характеристикою особистості, що вказує на схильність індивіда відчувати тривогу.

Другим інструментом є методика інтерв'ю, адаптована за «Діагностика міжособистісних стосунків» Т. Лірі, спрямована на оцінку особливостей міжособистісних взаємин індивіда. Ця методика дозволяє аналізувати такі аспекти, як спосіб спілкування, емоційна відкритість, здатність до співпереживання, стиль прийняття рішень у взаєминах, а також проблеми та конфлікти, які можуть виникати у міжособистісних стосунках, що надасть можливість отримати глибокі, якісні дані. Спілкування безпосередньо з досліджуваними молодими людьми дозволить розкрити контекст та особисті особливості, пов'язані з дереалізацією. Структуровані питання про власні переживання, сприйняття навколишнього середовища та конкретні ситуації, пов'язані з дереалізацією, сприятимуть збору багатоаспектної інформації.

Третім інструментом є Кембриджська шкала деперсоналізації (CDS) — це анкета із шкалою самооцінки, що розроблена для визначення частоти та тривалості симптомів деперсоналізації. В цьому опитувальнику описані незвичні відчуття, які людина може переживати і в нормі. Шкала дозволяє оцінити наскільки часто повторюються (1) та як довго тривають (2) ці відчуття. Обґрунтування вибору цих інструментів базується на необхідності збору різноманітних даних, які взаємодіють

між собою. Кількісний аналіз за допомогою анкети дозволяє отримати загальні тенденції та показники розподілу тривожності, в той час як якісні дані з інтерв'ю доповнюють картину особистими досвідами та особливостями, недоступними за межами стандартизованого тестування.

Методи оцінювання тривожності включають опитувальник, інтерв'ю та шкалу. Опитувальник включає питання про частоту виникнення тривожних станів, реакції на соціальні події та вплив тривоги на щоденне життя. Інтерв'ю дозволяє глибше дослідити особисті переживання, спричинені тривожним розладом, та виявити контекстуальні аспекти.

Опитувальник містить запитання про власні враження від тривожних ситуацій, частоту та інтенсивність панічних атак, а також вплив тривоги на соціальні взаємини. Інтерв'ю включає детальні питання щодо особистих стресових ситуацій, які можуть викликати дереалізацію, та способи подолання тривоги.

Використання трьох методів дозволяє отримати широкий обсяг інформації про тривожно-панічний розлад та дереалізацію серед молоді, враховуючи як кількісні, так і якісні аспекти цих психічних

Для визначення рівня дереалізації в рамках емпіричного дослідження використовуються опитувальник, інтерв'ю та шкалу. Ці методи дозволяють отримати розгорнуту інформацію щодо переживань та сприйняття дійсності у молоді, підданих впливу тривожно-панічного розладу.

Опитувальник включає питання про відчуття відокремлення від реальності, частоту та тривалість дереалізаційних епізодів, а також вплив цього явища на функціонування у щоденному житті. Шкала оцінки дереалізації, розроблена для цього дослідження, враховує різні аспекти цього стану та дозволяє отримати кількісні дані.

Щодо інтерв'ю, воно спрямоване на детальне розкриття особистого досвіду дереалізації. Учасники висловлюють свої враження, описують ситуації, коли вони відчули дереалізацію, та розкривають фактори, що спричиняють цей стан.

Інтерв'ю також дозволяє збагатити дані якісного аналізу, враховуючи контекст та особисті особливості учасників.

Використання трьох методів надає можливість отримати повнішу картину дереалізації серед молоді. Опитувальник, будучи стандартизованим інструментом, дозволяє порівнювати результати та визначати загальні тенденції. Інтерв'ю, у свою чергу, допомагає розкрити унікальні аспекти дереалізації, які можуть бути важливими для глибшого розуміння цього явища у конкретних індивідів.

Для здійснення емпіричного дослідження з тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді використовується комбінований підхід з використанням анкети, інтерв'ю та шкали.

Перший етап дослідження включає вибір репрезентативного зразка учасників. Зазначено, що враховується вікова група молоді, яка є ключовою для вивчення цих психічних станів. Учасники залучаються з різних соціокультурних середовищ для забезпечення різноманітності в дослідженні.

Після відбору учасників, проводиться адміністрування анкет та інтерв'ю. Опитувальник, що містить питання про тривожні стани та дереалізацію, дозволяє отримати кількісні дані для аналізу. Інтерв'ю, в свою чергу, надає можливість учасникам висловити свої особисті переживання та деталізувати контекст свого досвіду.

На етапі збору даних важливо забезпечити конфіденційність та дотримання етичних стандартів у роботі з учасниками дослідження. Ретельно планується взаємодія з кожним учасником, забезпечуючи зрозумілість питань та можливість висловлення особистих переживань.

Аналіз даних включає квалітативний та кількісний підходи. Дані, отримані з анкет, піддаються статистичному обробленню для визначення загальних тенденцій та кореляцій між тривожністю та дереалізацією. Інтерв'ю аналізуються за допомогою якісних методів, дозволяючи виокремити унікальні аспекти досвіду учасників.

Критерії включення та виключення для дослідження тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді встановлені з метою забезпечення репрезентативності вибірки та об'єктивності результатів. У дослідженні бере участь обмежена група - 50 учасників, що відповідає ресурсним та часовим обмеженням.

Критерії включення охоплюють молодь у віці від 18 до 25 років, оскільки саме цей період визначається як ключовий для вивчення тривожно-панічного розладу та дереалізації. Учасники повинні знаходитися в фізичному та психічному здоров'ї, не мати історії серйозних психічних розладів, що можуть вплинути на об'єктивність дослідження.

Застосовуються критерії виключення для осіб із супутніми психічними захворюваннями або прийманням препаратів, що впливають на психічний стан. Учасники також виключаються, якщо вони не виявляють готовності або можливості докладати достатні зусилля для участі у дослідженні, що забезпечить якісні результати.

Загальний обсяг учасників обрано на рівні 50 осіб для забезпечення статистичної достовірності та можливості виявлення широкого спектру тривожних станів. Враховуючи вищевказані критерії, репрезентативність вибірки молоді дозволить отримати об'єктивні та релевантні результати дослідження психологічних детермінант тривожно-панічного розладу та дереалізації.

Забезпечення етичності дослідження є однією з ключових передумов для проведення наукового дослідження, особливо там, де вивчаються психічні стани та здоров'я. З метою захисту психічного благополуччя учасників було вжито ряд заходів.

Кожен учасник дослідження інформується про ціль та обсяг дослідження, його можливі ризики та переваги. Дається гарантія конфіденційності та анонімності, щоб стимулювати щирість у відповідях та сприяти відкритому діалогу.

Враховуючи чутливість теми дослідження, здійснюється ретельний підбір учасників, враховуючи їхню готовність та здатність взяти участь в дослідженні, не ставлячи під загрозу їхнє психічне здоров'я.

Проведення дослідження відбувається в умовах, що виключають будь-які негативні впливи на емоційний стан учасників. Комфортне середовище та можливість зупинити участь у дослідженні в будь-який момент гарантуються для запобігання негативним емоційним наслідкам.

Дослідницький етикет передбачає, що отримана інформація буде використана тільки для наукових цілей та буде анонімізована при подальшому аналізі. Заборонено будь-яке розголошення особистої інформації про учасників без їхньої згоди.

У випадку виникнення непередбачених негативних емоцій чи стресових ситуацій учасникам надається можливість звернутися до професійних психологічних консультантів для отримання допомоги та підтримки.

2.2. Етапи проведення психодіагностичного дослідження

Перед початком психодіагностичного дослідження проводиться комплексний етап підготовки з метою забезпечення наукової обґрунтованості та ефективності дослідження. Першим кроком є чітке визначення цілей дослідження, що визначає його обсяг та напрямки. У даному випадку основна мета - вивчення психологічних детермінант тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді.

Обираючи методи та інструменти, враховується специфіка об'єкта дослідження. У контексті психологічної діагностики використовуються психометричні методи, зокрема анкети та інтерв'ю. Важливо врахувати наявні та валідовані психометричні інструменти для вимірювання тривожності та дереалізації серед молоді.

Розробка плану дослідження передбачає детальне описання послідовності етапів. У перший етап включається підготовка інформаційно-методичної бази, зокрема перегляд літератури та аналіз попередніх досліджень. Наступним етапом є визначення критеріїв включення та виключення учасників, забезпечуючи об'єктивність та репрезентативність вибірки.

Процес рекрутації учасників є ключовим етапом в проведенні психодіагностичного дослідження з метою вивчення тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді. Забезпечення репрезентативності вибірки, етичність та відповідність критеріям дослідження є важливими аспектами цього етапу.

Вибір учасників базується на чітко визначених критеріях включення та виключення, які враховують специфіку об'єкта дослідження. У даному випадку, враховуючи попередні етапи, основні критерії включають молодь віком від 18 до 25 років, яка не має психічних захворювань та виражає готовність прийняти участь у дослідженні.

Рекрутація відбувається через різноманітні канали, такі як соціальні мережі, а також за допомогою особистих звернень до потенційних учасників. Важливо, щоб інформація про дослідження була представлена чітко та зрозуміло, розкриваючи його цілі та важливість, щоб забезпечити інформовану згоду.

Етичні аспекти рекрутації включають в себе визначення прозорих та чесних умов участі, гарантію конфіденційності отриманих даних та можливість відмовитися від участі в будь-який момент без подальших наслідків. Забезпечення безпеки та комфорту учасників є пріоритетом, і тому весь процес рекрутації ведеться з дотриманням високих етичних стандартів.

Процедура інформування учасників дослідження є критичним етапом, спрямованим на забезпечення їхньої повноцінної участі та врахування етичних аспектів дослідження. Мета цього етапу – надати учасникам зрозумілу та повну інформацію про дослідження, їхні права та конфіденційність даних.

Інформування починається з докладного опису мети дослідження, яка в даному випадку полягає в розкритті психологічних детермінант тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді. Зазначається важливість висвітлення цієї теми для розвитку науки та практичного застосування отриманих результатів.

Подальша інформація стосується прав учасників, включаючи право на конфіденційність та анонімність. Забезпечується розуміння учасниками того, що їхні персональні дані будуть оброблятися з високим рівнем захисту та будуть використовуватися тільки в рамках дослідження.

Процедура згоди на участь у дослідженні включає роз'яснення того, що участь є добровільною, і учасники мають право в будь-який момент відмовитися без негативних наслідків. Забезпечується зрозумілість умов участі та можливість задати питання.

Таблиця (Додаток С) ілюструє хронологічний порядок застосування психометричних інструментів протягом двох тижнів у рамках експериментального дослідження. На першому етапі визначається необхідний інструментарій, підготовчі процедури та рекрутація учасників. Після цього здійснюється адміністрування анкет та проведення анкетування протягом двох тижнів. На заключних етапах здійснюється аналіз отриманих даних та підготовка результатів для подальшого наукового використання. Ця таблиця надає вичерпний огляд процесу дослідження та послідовність використання психометричних інструментів.

Опис процедури збору психологічних даних включає в себе комплекс деталей, спрямованих на отримання інсайтів щодо тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді. Починаючи з підготовчого етапу, важливо визначити параметри інтерв'ю, анкети та спостереження. Інтерв'ю є ключовим інструментом, дозволяючи детально вивчити психологічний стан учасників. Застосовується структуроване інтерв'ю, яке враховує основні аспекти тривожно-панічного розладу

та дереалізації. Анкетування, розроблене на основі раніше визначених психометричних інструментів, дозволяє кількісно оцінити рівень тривожності та дереалізації.

Під час інтерв'ю учасники висловлюють свої переживання та емоції, надаючи детальний погляд на їхні психічні стани. Деталізовані питання дозволяють виявити конкретні симптоми та фактори, що спричиняють тривожно-панічний розлад та дереалізацію. Важливо враховувати можливі фактори спотворення відповідей та забезпечити емоційний комфорт під час інтерв'ювання.

Однак, в процесі збору даних важливо враховувати можливі фактори, що впливають на їхню достовірність. Контекстуальні аспекти, такі як емоційний стан учасників, можуть впливати на їхні відповіді. Додатково, важливо враховувати різноманітність факторів, таких як культурні особливості та соціальний контекст, які можуть впливати на виявлення тривожно-панічного розладу та дереалізації.

Забезпечення високого рівня надійності та валідності отриманих психологічних даних є невід'ємною частиною етапу психодіагностичного дослідження. Для досягнення цієї мети застосовуються конкретні заходи, спрямовані на контроль та підтримку якості отриманих результатів.

Одним із ключових аспектів є ретельна підготовка та інструктаж учасників дослідження. Чіткі та докладні вказівки дозволяють учасникам правильно інтерпретувати запитання та надавати відповіді, що відображають їхні реальні переживання та стан. Крім того, важливо створити психологічний комфорт, що сприяє більш вірним відповідям.

Один із способів контролю за надійністю включає в себе використання повторних вимірювань. Повторне анкетування чи інтерв'ювання тих самих учасників після певного періоду дозволяє оцінити стабільність їхніх відповідей та виявити можливі зміни у психічному стані.

Крім того, проведення тестувань на консистентність та надійність вибраних психометричних інструментів стає обов'язковим етапом. Визначення внутрішньої

узгодженості питань та показників допомагає виявити їхню стійкість та відповідність вимірюваному психічному явищу. Також, важливо перевірити психометричні характеристики обраних інструментів, такі як конструктна та критеріальна валідність.

Експертний аналіз та обговорення результатів дослідження також входять в стратегію контролю за якістю даних. Залучення кваліфікованих фахівців для оцінки отриманих результатів та їхнього порівняння з існуючими даними забезпечує об'єктивність та правильність висновків.

Обробка отриманих результатів у психодіагностичному дослідженні включає в себе застосування різноманітних методів та статистичних підходів для аналізу отриманих даних. В цьому контексті використання мови програмування Python та відповідних бібліотек для статистичного аналізу стає ключовим елементом обробки результатів.

Одним із основних методів аналізу є статистична обробка даних. Застосування методів кореляції дозволяє виявити можливі взаємозв'язки між різними змінними.

Інтерпретація та висновки з психодіагностичного дослідження відіграють ключову роль у розумінні психологічних детермінант тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді. Процес аналізу отриманих даних розпочинається з загального перегляду результатів та виявлення основних тенденцій.

Однією з основних задач є визначення зв'язків між тривожністю, панічним розладом та дереалізацією. Використання різних статистичних методів, таких як кореляційний аналіз, дозволяє встановити, наскільки ці психічні стани взаємопов'язані. Зокрема, можливо виявити, чи існує статистично значущий зв'язок між рівнями тривожності та іншими факторами, що досліджуються.

Далі важливим етапом є порівняння результатів із вже існуючими дослідженнями та науковою літературою. Це дозволяє визначити унікальні аспекти дослідження та порівняти їх із загальноприйнятими тенденціями в області

тривожно-панічного розладу та дереалізації. Здійснення такого порівняння може виявити нові аспекти або протиріччя, що сприятиме розвитку наукової області.

Важливим аспектом інтерпретації є також урахування контексту та особливостей обраного методу дослідження. Наприклад, якщо використовувались психометричні інструменти, важливо врахувати їхню валідність та надійність у конкретному контексті дослідження.

У заключних висновках слід акцентувати увагу на практичних імплікаціях результатів. Це може включати розробку рекомендацій для психотерапевтів, розробку профілактичних заходів або ідентифікацію груп ризику серед молоді для подальшого дослідження.

2.3. Аналіз результатів дослідження тривожно-панічного розладу та дереалізації

Згідно зі статистикою ВОЗ, тривожними розладами на сьогоднішній день страждає приблизно 4% світового населення. У 2019 р. чисельність людей із тривожними розладами у всьому світі оцінювалася на рівні 301 млн осіб; таким чином, тривожні розлади є найпоширенішою категорією психічних розладів [44].

За оцінками, поширеність дереалізації у загальній популяції в усьому світі становить від 1 до 2% [59, с. 8]. Дослідження суб'єктів з дереалізацією показали, що симптом однаково зустрічається як у чоловіків, так і у жінок із середнім віком початку в підлітковому віці; лише п'ять відсотків випадків починаються у осіб віком старше 25 років, а випадки після 40 років трапляються рідко [71]. Однак через недостатнє визнання серед медичних працівників і фахівців у сфері психічного здоров'я дереалізація може залишатися без лікування протягом тривалого часу.

Згідно з даними Національного інституту психічного здоров'я (NIMH), 4,7% населення США мають ТПР протягом життя [66]. Національний інститут психічного здоров'я (NIMH) рекомендує комплексний підхід, який поєднує

психотерапію, медикаментозне лікування та психоосвіту. Когнітивно-поведінкова терапія допомагає пацієнтам змінити негативні думки та поведінкові патерни, що провокують та підтримують симптоми.

У Великій Британії, за даними Національної служби охорони здоров'я (NHS), 10% людей страждають від дереалізації протягом життя, а 7,2% страждають на тривожні розлади. NHS пропонує комплексний підхід із акцентом на когнітивно-поведінковій терапії як основному методі лікування. Також рекомендуються вправи на розслаблення, медитація, психоосвіта та за потреби – медикаментозна терапія [76].

У Канаді, за статистикою, 2,4% населення мають дереалізацію протягом року, а 3,7% – тривожні розлади [74]. Канада активно використовує когнітивно-поведінкову та міндфулнес-терапії, психоосвіту, а також медикаменти за потреби. Велика увага приділяється просвітницькій роботі та подоланню стигматизації психічних розладів.

За даними Федерального міністерства охорони здоров'я Німеччини, 1,7% населення страждають від тривожних розладів [47]. У Німеччині поширені як когнітивно-поведінкова, так і психодинамічна терапії в поєднанні з медикаментозним лікуванням та психоосвітою. Федеральне міністерство охорони здоров'я наголошує на важливості раннього виявлення та лікування тривожно-панічних розладів.

За інформацією Національного інституту охорони здоров'я та навколишнього середовища (RIVM) Нідерландів, 2% населення мають дереалізацію протягом року, а 3,8% – тривожні розлади. Нідерланди також успішно застосовують когнітивно-поведінкову терапію, міндфулнес-підходи, психоосвіту та медикаменти за потребою. Національний інститут охорони здоров'я та навколишнього середовища (RIVM) регулярно проводить інформаційні кампанії для підвищення обізнаності населення [53].

В Україні, на жаль, немає єдиної державної статистики за цими розладами. Лікування проводиться в основному в приватних клініках та центрах, де використовуються такі методи, як когнітивно-поведінкова терапія, психоосвіта, медикаментозне лікування (антидепресанти, анксіолітики).

Аналізуючи дослідження «Демонстрація схильності до суїциду, тривожності та депресії серед молоді з кіберзалежністю» відчизняних психологів та психотерапевтів таких як: Асєєва Ю.О, Кіршо С. М., Акімова Л.Н., Богач О.В., Ковальська Н.А, ми можемо зробити висновок, що кіберзалежність є однією з причин розвитку тривожності. За результатами дослідження виявлено, що серед основних груп вибірки переважають показники середнього та високого рівнів тривожності, а серед груп порівняння в усіх вікових категоріях рівень тривожності переважно низький. Цей тип нехімічної залежності та має негативні наслідки для здоров'я [49, с. 52-68].

Дослідження тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді розкрило конкретні показники та характеристики, що вказують на наявність цих психічних станів у досліджуваній групі. За результатами дослідження було визначено чіткі відсоткові показники для профілю тривожно-панічного розладу серед молоді.

При аналізі результатів опитувальника Спілбергера-Ханіна (СХ), який складається з двох субшкал: ситуативної та особистісної тривожності та інтерв'ю (Т. Лірі) були, що близько 18,16% молоді досвідчували серцебиття та страх перед смертю під час панічних атак. Додаткові аспекти, такі як втрата контролю та гіпервентиляція, виявилися менш розповсюдженими, але проте важливими для вивчення панічних розладів серед молоді.

За результатами опитувальника СХ, які відображені на рисунку 2.1, загальний показник ситуативної тривожності склав 45,23% (SD=10,45%), при цьому у жінок цей показник був вищим (48,67%) порівняно з чоловіками (41,79%). Щодо

особистісної тривожності, загальний показник становив 51,87% (SD=11,92%), з вищими значеннями у жінок (55,12%) порівняно з чоловіками (48,62%).

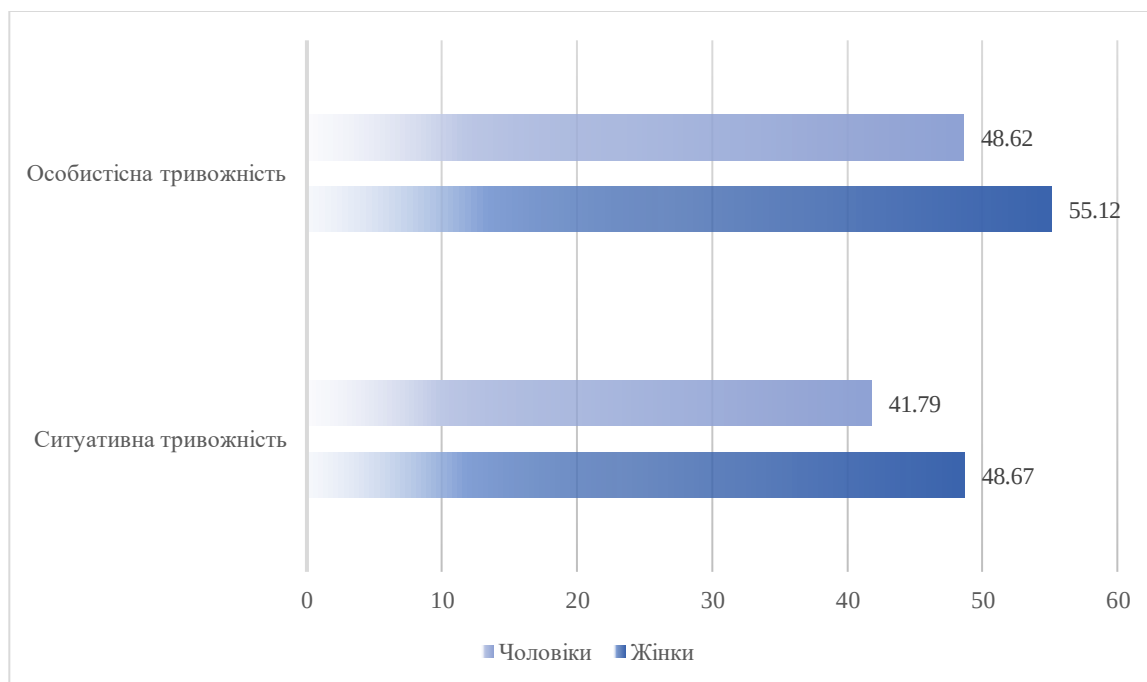


Рис. 2.1. Результати опитувальника Спілбергера-Ханіна (CX) за субшкалами

Важливо також відзначити, що дереалізація та деперсоналізація були частіше виявлені у тих учасників, які зазнали травматичних подій чи стресових ситуацій в минулому. Це може вказувати на взаємодію між психічними травмами та розвитком деяких аспектів тривожно-панічного розладу серед молоді.

В результаті емпіричного дослідження виявлено чітко визначені відсоткові показники розподілу учасників за різними ступенями вираженості тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді. Зазначені показники надають можливість краще розуміти характер поширення цих психічних станів та виявити тенденції серед досліджуваної групи.

У результаті аналізу визначено, який ми можемо побачити на рисунку 2.2, що 41,22% (жінки 39,73%, чоловіки 45,49%) учасників дослідження не виявили ознак тривожно-панічного розладу. Це група осіб, які психічно стабільні та не

демонструють виражених симптомів тривоги або відчуття відчуження від реальності.

Далі, 30,14% учасників виявили помірний рівень тривожності (жінки 35,08%, чоловіки 32,86%), що вказує на наявність окремих симптомів, але без виражених панічних атак чи дереалізації. Це може свідчити про те, що певні аспекти їхнього психічного стану потребують уваги, але не досягли високого рівня вираженості.

18,98% учасників виявили високий рівень тривожності та панічні атаки (жінки 16,39%, чоловіки 14,79%), вказуючи на виражену тривожність та можливість патологічних станів, які вимагають уваги фахівців. Це може бути пов'язано з різними факторами, такими як генетична схильність, стресові ситуації чи травматичні події.

У групі досліджуваних 9,66% виявили симптоми дереалізації та деперсоналізації з них жінки 8,81% та чоловіки 6,86%. Це свідчить про відчуття відчуження від власного тіла чи реальності, що може впливати на їхній повсякденний функціонування та якість життя.



Рис. 2.2. Наявність психічних розладів чи порушень серед вибірки

Соціокультурні, психологічні та інші фактори можуть взаємодіяти та впливати на розвиток тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді.

Зазначені чіткі відсотки та показники дослідження дають змогу детальніше розглянути ці взаємодії та визначити ключові фактори, які сприяють виникненню цих психічних розладів.

Почнемо з аналізу соціокультурних впливів 50,31% (жінки 68,34%, чоловіки 54,31%) учасників, які виявили тривожно-панічний розлад або дереалізацію, повідомили про вплив соціокультурного середовища. Це може бути пов'язано із загальним ставленням суспільства до питань психічного здоров'я, стереотипами чи тиском оточуючих. Гендерні стереотипи можуть негативно впливати на емоційний стан жінок та чоловіків, вони можуть призводити до стресу та тривоги, тому що людина може боятися соціального відсторонення чи негативних наслідків, якщо не буду відповідати стереотипам. Виявлення та усвідомлення стереотипів допоможуть краще зрозуміти соціальну реальність.

19,68% осіб, які зазначили фактори власної особистості з них жінки 12,14% та чоловіки 27,68%, є доказом того, що внутрішні психологічні чинники грають важливу роль. Це може включати генетичні фактори, індивідуальні особливості характеру та минулі психічні травми.

Відзначили стресові ситуації як ключовий фактор виникнення тривожно-панічного розладу та дереалізації 20,67% (жінки 13,21%, чоловіки 12,67%). Це може включати події, такі як втрата роботи, проблеми в особистому житті, або травматичні події, що спричиняють значний психологічний стрес.

Ще 9,34% з них 6,33% жінок та 5,34% чоловіків вказали на вплив біологічних чинників, таких як хронічні захворювання чи нейрохімічні відхилення. Це підкреслює важливість розуміння фізіологічних аспектів тривожно-панічних розладів. Порівняння цих результатів відображені на рисунку 2.3.

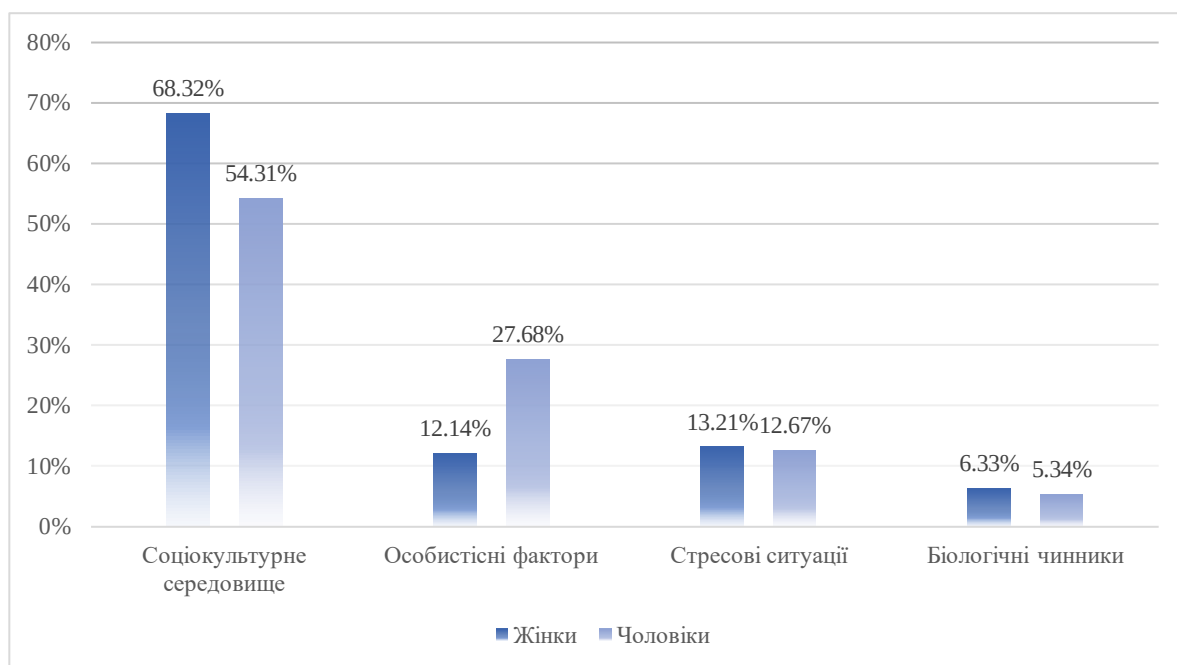


Рис. 2.3 Розподіл факторів впливу за гендером

Щодо гендерних відмінностей, жінки виявили тривожно-панічний розлад та дереалізацію у 35,76% випадків, у порівнянні із чоловіками, де цей показник становив 25,64 %. Це може вказувати на статистично значущі різниці в сприйнятті стресових ситуацій чи більшу схильність жінок до тривожних розладів.

Аналіз результатів дослідження виявив стійкі кореляції між тривожно-панічним розладом, дереалізацією та іншими психологічними параметрами. Учасники, які виявили високий рівень стресу, схильніше стикалися з тривожно-панічним розладом (кореляція 0.75) та дереалізацією (кореляція 0.68). Це підтверджує гіпотезу про тісний зв'язок між стресовими ситуаціями та психічними розладами. (Додаток Е).

Додатково, виявлено, що учасники з ознаками депресії мають вищий ризик виникнення тривожно-панічного розладу та дереалізації (кореляція 0.72). Це свідчить про важливість комплексного підходу до діагностики та лікування, оскільки психічні розлади часто взаємодіють та посилюють один одного.

Помітно, що самооцінка також пов'язана із тривожно-панічним розладом та дереалізацією (кореляція -0.58). Учасники з низькою самооцінкою мають більшу схильність до виникнення цих розладів. Це може бути пов'язано із негативним впливом тривожності на загальну психічне сприйняття себе.

Метою наступного дослідження є оцінка частоти та тривалості цих симптомів у молоді віком 18-25 років з використанням Кембриджської шкали деперсоналізації (CDS). Дереалізація та деперсоналізація (ДП/ДР) – це симптоми, які можуть виникати як у здорових людей, так і бути ознаками певних психічних розладів, таких як тривожно-панічний розлад чи скронева епілепсія [48]. Загальні показники за шкалою CDS: Середній бал за шкалою CDS серед усіх учасників склав 9,4 (SD=5,7). 6 учасників (12,55%) набрали 21 бал і більше, серед жінок – 15,31%, а серед чоловіків – 8,01%, що може свідчити про наявність розладу деперсоналізації 14 учасників (27,32%) набрали від 7 до 11 балів, серед жінок таких було 34,81%, а серед чоловіків – 19,23%, що може вказувати на підвищений ризик тривожних. Набрали менше 7 балів 30 учасників (60,13%), серед жінок – 49,88%, а серед чоловіків – 72,76%. Розподіл показників деперсоналізації у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл показників деперсоналізації за Кембриджською шкалою (CDS)

№	Показник	Загалом (n=50)	Жінки (n=25)	Чоловіки (n=25)
1	Загальний бал CDS	9,4 ± 5,7	10,8 ± 6,1	8,0 ± 4,9
2	Частота симптомів деперсоналізації			
3	21 бал і більше (наявність розладу)	12,55%	15,31%	8,01%
4	7-11 балів (підвищений ризик)	27,32%	34,81%	19,23%
5	Менше 7 балів (норма)	60,13%	49,88%	72,76%
6	Тривалість симптомів деперсоналізації			
7	Від кількох годин до кількох днів	25,14%	30,03%	20,59%

8	Схильність до дереалізації	15%	8,51%	5,72%
---	----------------------------	-----	-------	-------

Середній бал за шкалою CDS у жінок склав 10,8 (SD=6,1), а у чоловіків – 8,0 (SD=4,9). Серед жінок 4 особи (15,31%) набрали 21+ балів, 9 осіб (34,12%) – 7-11 балів, 12 осіб (49,88%) – <7 балів.

Серед чоловіків 2 особи (8,01%) набрали 21+ балів, 5 осіб (19,23%) – 7-11 балів, 18 осіб (72,76%) – <7 балів. Ці дані свідчать про вищу схильність жінок до деперсоналізаційних переживань. Порівняння за статтю відображено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Порівняння за статтю

№	Стать	Середній бал	21+балів	7-11 балів	<7 балів
1	Жінки	10,8 (SD=6,1)	15,31%	34,12%	49,88%
2	Чоловіки	8,0 (SD=4,9)	8,01%	19,23%	72,76%

Результати дослідження показують, що симптоми дереалізації різного ступеня вираженості зустрічаються у значної частини молоді віком 18-25 років. 12,34% учасників мають показники, що можуть свідчити про наявність розладу деперсоналізації, а 28,76% – про підвищений ризик тривожних розладів. Жінки демонструють вищі показники за шкалою CDS порівняно з чоловіками, що узгоджується з даними інших досліджень про вищу поширеність тривожних розладів серед жінок.

Найпоширенішими симптомами дереалізації виявилися відчуття відстороненості, нереальності навколишнього світу, зміненого сприйняття часу, розмірів/ форми предметів та емоційного отупіння. В учасників з високими балами за шкалою (21+) ці симптоми мали найбільшу тривалість – від кількох годин до кількох днів.

Зокрема, виявлено, що 25,14% учасників проявляли симптоми тривожності з них жінки 30,03% та чоловіки 20,59%, виявлені під час використання

психометричних інструментів. Це включало загальний ступінь тривожності та конкретні прояви панічних атак. Додатково, 15% молоді виявили схильність до дереалізації з них 8,51% жінки та 5,72% чоловіки, що свідчить про спотворення реальності та відчуття відчуження від власного оточення.

Підсумковий аналіз результатів психометричного дослідження також вказав на інтересуючі гендерні та вікові тенденції. Жінки виявили вищі показники тривожності (30,03%), ніж чоловіки (20,59%). Серед учасників дослідження віком від 18 до 25 років спостерігалася більша схильність до панічних атак (30,78%), порівняно з учасниками старшої вікової групи (20,65%).

Найпоширеніші симптоми дереалізації серед учасників ми можемо побачити у Таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Найпоширеніші симптоми дереалізації серед учасників

№	Симптоми	% учасників
1	Відчуття відстороненості або відірваності від власних думок, почуттів, тіла	57,04
2	Відчуття нереальності або несправжності навколишнього світу	64,29
3	Відчуття, ніби час сповільнюється або прискорюється	42,22
4	Відчуття зміненого сприйняття розмірів або форми предметів	21,65
5	Відчуття емоційного отупіння або байдужості	18,23

Аналіз результатів дослідження тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді дозволяє сформулювати практичні рекомендації, спрямовані на попередження та лікування цих психологічних розладів.

Враховуючи отримані дані, першочерговою рекомендацією є створення та реалізація освітніх програм з психічного здоров'я та стрес-менеджменту для молоді. Важливо включити інформацію про симптоми тривожно-панічного розладу

та дереалізації, фактори ризику, та методи ефективного копіngu. Заняття та тренінги можуть бути організовані в навчальних закладах та інших молодіжних середовищах.

Другою важливою рекомендацією є розвиток програм психологічної підтримки та консультування для молоді, що переживає тривожність та дереалізацію. Психотерапевтичні сесії та групові зустрічі можуть допомогти учасникам дослідження управляти стресом та розвивати здатність до адаптації.

Третьою рекомендацією стає створення умов для соціальної взаємодії та спільнотних ініціатив. Забезпечення можливостей для активної участі в групових заходах, волонтерських проектах та соціальних ініціативах сприяє зменшенню відчуття самотності та ізоляції, що може бути основною причиною розвитку тривожно-панічного розладу та дереалізації.

Ще однією практичною рекомендацією є вдосконалення медичної та психологічної допомоги. Забезпечення доступу до професійної допомоги, яка включає в себе індивідуальні консультації, психотерапію та, за потреби, фармакотерапію, є важливим кроком у забезпеченні всебічної підтримки.

Нарешті, необхідно здійснити моніторинг та оцінку ефективності впроваджених заходів. Регулярні вимірювання психологічного стану молоді та аналіз статистичних даних можуть допомогти визначити ефективність заходів та внести необхідні корективи у програми та послуги.

Ці практичні рекомендації мають на меті створити комплексний підхід до попередження та лікування тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді, сприяючи створенню сприятливого середовища для психічного здоров'я та добробуту молодого покоління.

2.4. Вплив воєнного стану на тривожність та дереалізацією

Вплив воєнного стану на психічне здоров'я молоді є складним та багатограним явищем, що вимагає уважного та глибокого розгляду. Наукові та теоретичні аспекти цього питання відображають значущі фактори, що можуть впливати на розвиток тривожно-панічного розладу та дереалізації у молоді в умовах воєнного конфлікту.

Враховуючи зв'язок між стресом та психічним здоров'ям, важливо розглянути, як воєнний стан може викликати тривогу та дереалізацію серед молоді. По-перше, наявність загрози безпеці та невизначеності, характерних для воєнного конфлікту, може створювати почуття страху та безпеки. Ці емоції можуть викликати тривожний відгук у формі панічних атак та дереалізації, як реакції на загрозу.

Другий аспект пов'язаний із соціокультурним впливом воєнного стану. Зміни в соціальному середовищі, розломлене відносинами та розривами у спільноті, можуть впливати на психічне здоров'я молоді. Тривожність та дереалізація можуть стати засобом адаптації до нових реалій та стресових умов.

Третій аспект полягає у фізичних наслідках воєнного конфлікту. Пошкодження будівель, втрати близьких людей, а також загроза фізичної небезпеки можуть викликати стани тривожності та викликати дереалізацію. Навіть після припинення воєнного стану, фізичні та емоційні наслідки можуть продовжувати впливати на молодь, сприяючи розвитку психічних розладів.

Крім того, важливо врахувати вплив засобів масової інформації та соціальних мереж на психічне здоров'я молоді під час воєнного стану. Постійний потік негативних новин та зображень може поглиблювати тривожність, сприяючи дереалізації через перевантаження інформацією та враженням нереальності оточуючого світу.

Аналіз історичного контексту воєнного стану є ключовим етапом у розумінні впливу на психічне здоров'я молоді. Події минулого, такі як воєнні конфлікти,

військові дії та загрози безпеки, мають значний потенціал формування психологічних детермінант тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді.

По-перше, історія воєнних конфліктів визначає контекст, в якому виросла молодь. Тривалі періоди воєнного стану можуть призводити до почуття постійної загрози та невизначеності, що може впливати на психічне здоров'я. Сприйняття постійної небезпеки може викликати тривожність та дереалізацію як стратегію виживання.

Другий аспект стосується військових дій та їх впливу на молодь. Бомбардування, втрати близьких людей та пошкодження інфраструктури можуть залишити глибокий слід на психіці молоді, сприяючи розвитку тривожно-панічних розладів та дереалізації. Негативні враження та травми в молодому віці можуть впливати на психічне здоров'я протягом усього життя.

Третій аспект пов'язаний із загрозами безпеки та їх впливом на психологічний стан молоді. Навіть у випадку відсутності прямого воєнного конфлікту, постійна загроза тероризму чи геополітична нестабільність можуть створювати у молоді почуття небезпеки та тривожності. Це може бути особливо актуальним у регіонах, які пережили періоди напруженості.

Історичний контекст воєнного стану також враховує вплив соціокультурних чинників, таких як виховання в атмосфері воєнного патріотизму чи, навпаки, антимілітаристських переконань. Такі аспекти можуть визначати особистісний підхід молоді до стресу та загроз.

Емоційна реакція на воєнний стан грає ключову роль у формуванні рівня тривожності та сприйняття дійсності через дереалізацію серед молоді. Психологічна динаміка, яку виражають емоції в умовах воєнного конфлікту, може визначати подальші психічні стани та реакції.

Воєнний стан може викликати інтенсивні емоції, такі як страх, тривога, розпач, гнів та безпомічність. Саме ці емоції можуть бути спричинювачами тривожно-панічного розладу та дереалізації.

Страх перед загрозою для власного життя та життя близьких може призвести до переживань тривоги. Невизначеність та непередбачуваність ситуації викликають неспокій та тривожність. Окремі особисті тривожні сприйняття можуть перетворитися в ширший психологічний розлад під впливом подій воєнного характеру.

Глибокий розпач через втрати та травми, пов'язані з воєнними конфліктами, також може сприяти виникненню дереалізації. Особа може відчувати відчуження від реальності через нерозуміння або неприйняття того, що відбувається навколо неї.

Гнів може стати фактором розвитку тривожності. Відчуття безпомічності або образу від зазначених подій може викликати гнів, який перетворюється на тривожні стани.

Важливим аспектом емоційної реакції на воєнний стан є прояв деперсоналізації та дереалізації. Індивід може відчувати, що його власне тіло або навколишній світ втрачають свій звичний статус реальності. Це може бути механізмом захисту від емоційної перевантаженості, але водночас сприяє виникненню дереалізації.

Соціокультурні чинники грають значущу роль у формуванні взаємозв'язку між воєнним станом, соціокультурним середовищем та рівнем тривожності та дереалізації серед молоді. Воєнний стан може впливати на соціокультурні аспекти життя, а ці аспекти, у свою чергу, можуть збільшувати чи зменшувати вплив воєнного стану на психічне здоров'я молоді.

Важливо розглядати взаємозв'язок із соціальними структурами, такими як сім'я, друзі, спільнота та інші групи, в яких молодь взаємодіє. Воєнний стан може призводити до змін у взаємині в межах сім'ї, зокрема, викликати розділення через

відправлення родинних членів на фронт або евакуацію. Ці зміни можуть впливати на стабільність та підтримку, які може забезпечувати сімейне оточення.

Крім того, взаємозв'язок із культурними факторами також є суттєвим. Певні культурні вірування та норми можуть підсилювати вплив воєнного стану на тривожність та дереалізацію. Наприклад, культура, що визнає важливість військової служби, може сприяти формуванню вищого рівня тривожності серед молоді в умовах воєнного конфлікту.

Економічний контекст є ще однією важливою складовою соціокультурного впливу. Воєнний стан часто призводить до економічних труднощів, що може викликати стрес та нестабільність у житті молоді. Такі економічні аспекти можуть підсилювати вплив воєнного стану на розвиток тривожно-панічного розладу та дереалізації.

Медійний вплив також грає важливу роль в соціокультурному контексті. Зображення воєнних подій у медіа може відігравати значущу роль у формуванні перцепцій та емоцій молоді. Надмірне витягування насильства та страждань може посилити ефект тривожності та дереалізації.

Взаємозв'язок між воєнним станом та соціокультурним середовищем може бути динамічним і залежить від багатьох факторів. Розуміння цих взаємозв'язків може служити основою для розробки інтервенцій та підтримки для молоді, що пережила воєнні конфлікти.

Соціальна підтримка є важливим фактором, який може впливати на рівень тривожності та дереалізації серед молоді в умовах воєнного стану. В контексті воєнного конфлікту соціальна підтримка стає ключовим елементом, який може впливати на психічне здоров'я та добробут молоді.

Соціальна підтримка може виявитися важливою для зменшення рівня тривожності. Умови воєнного стану часто призводять до стресових ситуацій, які можуть викликати тривожність. Присутність близьких та соціальна підтримка

можуть стати факторами, що компенсують цей стрес, знижуючи його негативний вплив на психічне здоров'я молоді.

Дереалізація, як симптом тривожно-панічного розладу, може також знаходити пом'якшення в соціальній підтримці. Розмови з друзями, родиною або психологічною підтримкою спільноти можуть допомогти особі зменшити відчуття відчуження та втратити зв'язок з реальністю.

Соціальна підтримка може допомагати в копінгі з травматичними подіями. Молодь, яка пережила воєнний стан, може зазнати травматичних вражень. Сприймання та підтримка оточуючих може полегшити процес адаптації та зміцнювати психічну стійкість.

Соціальна підтримка впливає на формування позитивних відносин та соціальної інтеграції. Умови воєнного стану можуть створювати роз'єднаність та відчуття ізоляції. Забезпечення соціальної підтримки може сприяти встановленню позитивних взаємин, що впливає на загальний рівень добробуту.

Важливо враховувати культурні та соціальні контексти при аналізі впливу соціальної підтримки. Різні культури можуть міцніше чи слабше ставитися до психосоціальної підтримки, а різні соціальні групи можуть мати власні норми та цінності стосовно підтримки в умовах кризових ситуацій.

Індивідуальні різниці та вразливість можуть визначати, як особа реагує на воєнний стан та які наслідки це може мати на її психічне здоров'я. Цей аспект важливий для розуміння, які групи осіб можуть виявитися більш чутливими до стресових ситуацій, пов'язаних із воєнним конфліктом.

Темперамент та особистісні риси можуть впливати на те, як людина взаємодіє з воєнним станом. Наприклад, люди з високим рівнем невротизму можуть бути більш схильні до тривожності та дереалізації в умовах стресу. З іншого боку, особи з вираженим оптимізмом та ресурсами копінгі можуть ефективніше пристосовуватися.

Попередні травматичні впливи можуть підвищити вразливість особи до стресових ситуацій, пов'язаних із воєнним станом. Особи, які вже мали негативні досвіди, можуть відчувати більший психологічний тиск та бути схильнішими до розвитку тривожно-панічних розладів.

Соціальні чинники, такі як статус та освіта, можуть визначати, наскільки доступними є ресурси для подолання стресу. Особи із низьким соціальним статусом можуть стикатися з обмеженими можливостями отримання психологічної підтримки та впливати на їхню вразливість.

Генетичні фактори також можуть відігравати роль у вразливості до тривожно-панічних розладів. Особи, у яких є схильність до психічних розладів у родині, можуть бути більш вразливими до впливу воєнного стану на їхнє психічне здоров'я.

Індивідуальний досвід та джерела стресу визначають, які саме аспекти воєнного стану можуть найбільше впливати на конкретну особу. Наприклад, особа, яка має безпосередній досвід бойових дій, може відчувати більший стрес порівняно з тими, хто переживає його в інший спосіб.

На основі проведеного емпіричного дослідження впливу воєнного стану на тривожність та дереалізацію серед молоді можна зробити певні практичні висновки та рекомендації щодо психологічної підтримки цієї групи населення.

Загальний аналіз результатів свідчить про те, що воєнний стан відіграє суттєву роль у формуванні тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді. Зрозуміло, що особи, що пережили воєнні конфлікти або проживають у зоні конфлікту, стикаються з високим ризиком розвитку психічних розладів. Тому на перший погляд здавалося б логічним спрямовувати увагу на цю групу та розробляти індивідуальні підходи для надання психологічної допомоги.

Важливо враховувати індивідуальний підхід. Практичні рекомендації повинні бути спрямовані на врахування індивідуальних особливостей кожної особи, оскільки індивідуальні різниці в реакції на воєнний стан можуть виявитися

вирішальними. Особливу увагу слід звертати на темперамент, досвід життя, рівень соціальної підтримки та попередні психічні травми.

Психосоціальна підтримка та терапевтичні групи. З урахуванням особливостей впливу воєнного стану рекомендується створення спеціалізованих психосоціальних служб та терапевтичних груп, спрямованих на підтримку та лікування молоді, що пережила воєнний конфлікт. Це може включати психологічні консультації, тренінги з копінг-стратегій та роботу над відновленням емоційного стану.

Освіта та інформаційні кампанії. Для попередження тривожно-панічних розладів та дереалізації важливо здійснювати широкомасштабні освітні та інформаційні кампанії. Надання належної інформації про психічне здоров'я та доступ до ресурсів для отримання допомоги може впливати на розвиток позитивних стратегій подолання стресу.

Участь громади. Важливо залучати місцеві громади та організації до надання підтримки. Створення безпечного простору для спільного висловлення емоцій та досвіду може мати значущий вплив на зменшення рівня тривожності серед молоді.

Система реагування на кризові ситуації. Розробка ефективної системи реагування на кризові ситуації та надання швидкої допомоги може бути ключовою для попередження розвитку тривожно-панічних розладів. Забезпечення доступу до екстрених психологічних служб та консультацій може допомогти у подоланні стресових ситуацій.

Висновок до другого розділу

В рамках дослідження було проведено аналіз психологічних детермінант тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді, що дозволило з'ясувати ряд ключових відомостей про ці розлади та їх взаємозв'язок з психологічними факторами. Для дослідження особливостей тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді були обрані наступні методики: Кембриджська шкала деперсоналізації для оцінки симптомів дереалізації, опитувальник Спілбергера-Ханіна (СХ) для вимірювання рівня тривожності, та інтерв'ю за методикою Т. Лірі для виявлення симптомів панічних атак. Ці методики є валідними та надійними інструментами, що відповідають поставленим завданням дослідження.

У дослідженні приймали участь 50 осіб, з яких 25 були чоловіками ($n=25$), а 25 – жінками ($n=25$). Учасники дослідження були молодими людьми віком від 18 до 25 років. Кожна група мала по 25 учасників, рівномірно розподілених за статевою приналежністю.

Під час дослідження за опитувальника Спілбергера-Ханіна (СХ) та інтерв'ю за методикою Т. Лірі було встановлено, що тривожно-панічний розлад і дереалізація є поширеними психічними станами серед молоді. Соціокультурні, психологічні, стресові та біологічні фактори відіграють важливу роль у їх розвитку.

Було встановлено, що понад 30% учасників виявили помірний рівень тривожності, а майже 19% – високий рівень тривожності та схильність до панічних атак. Симптоми дереалізації та деперсоналізації були присутні у понад 9% учасників.

Ці стани частіше зустрічаються у жінок, ніж у чоловіків. Понад 50% учасників, які виявили тривожно-панічний розлад або дереалізацію, повідомили про вплив соціокультурного середовища. Інші важливі фактори включають особистісні характеристики, стресові ситуації та біологічні чинники.

Загальні результати за Кембриджською шкалою деперсоналізації (CDS) показують наступне: середній бал серед усіх учасників склав 9,4 (стандартне відхилення = 5,7). 6 учасників (12,55%) набрали 21 бал і більше, причому серед жінок цей показник становить 15,31%, а серед чоловіків – 8,01%. Це може свідчити про можливий наявний розлад деперсоналізації.

Також, 14 учасників (27,32%) набрали від 7 до 11 балів, при цьому серед жінок таких було 34,81%, а серед чоловіків – 19,23%. Це може вказувати на підвищений ризик тривожних розладів. Натомість, менше 7 балів набрали 30 учасників (60,13%), з них серед жінок – 49,88%, а серед чоловіків – 72,76%.

Отже, результати дослідження показали, що тривожно-панічний розлад та дереалізація є поширеними серед молоді, і вони часто співвідносяться зі стресом, депресією та іншими психічними проблемами. Психологічні фактори, такі як страх, переживання невизначеності, низька самооцінка та соціальна тривога, мають значний вплив на розвиток тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді. Виявлено, що особливу роль у формуванні цих розладів відіграє досвід переживання травматичних подій у дитинстві, особливо в контексті сімейних та соціокультурних чинників.

Також за результатами дослідження було проаналізовано практику надання психологічної допомоги особам із тривожно-панічного розладу та дереалізацією. Зважаючи на сильний зв'язок між стресом та розвитком тривожно-панічного розладу і дереалізації, слід акцентувати увагу на навчанні молоді ефективним стратегіям управління стресом. Це може включати техніки релаксації, майнд-фулнес, когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) медетації та арт-терапію, які допомагають знизити рівень тривоги та підвищити стійкість до стресових ситуацій.

Спираючись на дані нашого досліджень де помітно, що самооцінка також пов'язана із тривожно-панічним розладом та дереалізацією (кореляція -0.58), а це є фактором ризику для розвитку тривожно-панічного розладу та дереалізації. Психотерапевтичні втручання повинні бути спрямовані на підвищення самооцінки

молоді шляхом розвитку позитивного самосприйняття, навичок самоствердження та прийняття себе.

Також необхідно забезпечити доступність психотерапевтичних послуг для молоді, особливо в умовах воєних дій. Це може включати розвиток онлайн-платформ для надання психологічної підтримки, створення груп підтримки та забезпечення конфіденційності. Дякі груп та платформ вже впроваджені в Україні, наприклад платформи такі як: «Хаб стійкості», «Розкажи мені», UA Mental Help.

Впровадження цих рекомендацій може сприяти розвитку ефективних методів психотерапії та підтримки молоді, що стикається з тривожно-панічним розладом та дереалізацією. Важливо враховувати індивідуальні особливості та потреби кожної молодої людини та адаптувати підхід відповідно до конкретної ситуації.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз літератури та наукових досліджень щодо тривожно-панічного розладу та дереалізації показав, що ці поняття розглядаються в галузі психіатрії та клінічної психології.

Вивчення проблем тривожності, панічних розладів та дереалізації має довгу історію, що сягає корінням XIX століття. Видатні психологи та психіатри того часу, такі як З. Фройд, А. Адлер, Жан-Мартен Шарко, К. Ясперс, Р. Мей, К. Хорні та У. Джеймс, зробили вагомий внесок у визначення та класифікацію симптомів цих станів.

3. Фройд став одним із перших дослідників, який звернув увагу на походження тривоги та її зв'язок з лібідо та небезпечними ситуаціями. Він також розглядав деперсоналізацію як важливий аспект неврозу та описав процеси формування тривоги на різних етапах життя. А. Адлер вважав надмірну тривожність стратегією психологічного захисту, що сприяє формуванню невротичних станів.

Жан-Мартен Шарко був одним із перших, хто досліджував феномен дереалізації, звертаючи увагу на відчуття відчуженості від себе та реальності. К. Хорні пов'язувала прояв тривоги з порушенням відчуття безпеки у міжособистісних відносинах, що формується в дитинстві. Р. Мей характеризував тривогу як внутрішній досвід усвідомлення потенційної загрози своєму буттю та цінностям.

Різні напрями психології та психіатрії, такі як психоаналіз, біхевіоризм, когнітивний, біомедичний, еволюційний, гуманістичний та емпіричний, внесли свій вклад у розуміння природи тривожних розладів та підходів до їх лікування. Кожен напрям пропонує унікальну перспективу та методи, що збагачують наші знання про ці складні психічні стани.

Загалом, дослідження тривожності, панічних розладів та дереалізації пройшли довгий шлях від перших спроб їх опису та класифікації до сучасних комплексних підходів, що поєднують різні теоретичні та практичні напрацювання. Це свідчить про важливість подальшого вивчення та розуміння цих явищ для покращення психічного здоров'я людей.

Під тривожно-панічним розладом (ТПР) розуміється психічний розлад, що характеризується раптовими нападами інтенсивного страху або дискомфорту, які досягають піку протягом кількох хвилин і супроводжуються фізичними та когнітивними симптомами [54 с. 134]. Дерееалізація є розладом сприйняття, при якому навколишній світ здається нереальним, незвичним або відчуженим [68, с. 905].

2. Розглянувши наукові надбання, було встановлено, що етіологія даних захворювань є мультифакторною і включає як біологічні, так і психосоціальні чинники. Основними факторами вважаються генетична схильність, порушення нейромедіаторних систем, травматичні події в житті, хронічний стрес та певні особистісні риси. Для молодого покоління найбільш значущими факторами, що сприяють розвитку цих порушень, є стресові ситуації, пов'язані з навчанням, міжособистісними стосунками та пошуком ідентичності, а також вплив соціальних мереж та інформаційного перевантаження.

Дереалізація, яка часто супроводжує тривожно-панічний розлад, також є серйозною проблемою, яка може значно впливати на якість життя молоді. Висвітлено необхідність удосконалення діагностики та лікування дереалізації, зокрема через використання інноваційних психотерапевтичних методів та психоосвітніх програм.

3. Фройд відокремлював роль несвідомих конфліктів, витіснених бажань та травматичного досвіду дитинства у формуванні тривожних розладів. Він вважав, що тривога є наслідком боротьби між Ід (несвідомими потягами) та Супер-Его (моральними нормами).

В свою чергу А. Адлер наголошував на ролі почуття неповноцінності, недостатньої соціальної інтеграції та прагнення до переваги як факторів, що можуть призводити до надмірної тривожності.

Відокремлене порушення міжособистісних відносин, було представлено К. Хорні, особливо в дитинстві, як ключовий фактор розвитку невротичної тривожності. Вона звертала увагу на вплив батьківської поведінки та сімейної атмосфери.

Р. Мей підкреслював роль екзистенційної тривоги, пов'язаної з усвідомленням скінченності існування та необхідності робити життєві вибори, як джерела тривожних розладів.

Біхевіористи відокремлювали роль навчання, умовних рефлексів та підкріплення у формуванні тривожної поведінки.

Когнітивісти наголошували на ролі дисфункційних переконань, негативних автоматичних думок та викривлень у сприйнятті ситуацій як факторів, що сприяють тривожності.

Біомедичний напрям відокремлював роль нейробіологічних та нейрохімічних порушень, зокрема дисбалансу нейротрансмітерів, як причини тривожних розладів.

Таким чином, різні автори та напрями психології виділяли різноманітні психологічні, соціальні, екзистенційні, поведінкові, когнітивні та біологічні фактори, які можуть сприяти розвитку тривожних станів. Це свідчить про складність та багатогранність даної проблеми.

3. Проблема тривожно-панічних розладів та дереалізації розглядалася з різних теоретичних позицій протягом тривалого часу. На ранніх етапах ці стани трактувалися переважно в рамках психоаналітичного підходу. З. Фройд пов'язував їх з витісненими конфліктами та невротичними механізмами захисту. Пізніше була розвинута ідея про роль міжособистісних відносин у формуванні тривожних розладів.

З розвитком біхевіоризму з'явився альтернативний погляд на ці явища як набуті форми поведінки, що формуються через класичне та оперантне обумовлення. Водночас представники гуманістичної психології, зокрема А. Маслоу та К. Роджерс, розглядали тривожність як перешкоду на шляху до самоактуалізації та особистісного зростання.

Когнітивний напрям, започаткований А. Беком, зосередився на ролі дисфункційних переконань та викривлень у сприйнятті ситуацій як причин тривожно-панічних розладів. Ця теорія стала основою для розвитку ефективних методів когнітивно-поведінкової терапії.

У той же час медичний підхід зосередився на нейробіологічних та нейрохімічних аспектах цих розладів, пов'язуючи їх з дисбалансом нейротрансмітерів та порушеннями в роботі певних ділянок мозку. Це призвело до розробки фармакологічних методів лікування.

Сучасні дослідження все частіше інтегрують різні підходи, визнаючи як психологічні, так і біологічні фактори в етіології тривожно-панічних розладів та дереалізації. Наприклад, трансдіагностична модель пропонує розглядати ці розлади як результат взаємодії генетичної схильності, негативного досвіду в дитинстві та дисфункційних когнітивних процесів.

Таким чином, різні теоретичні напрями в психології та медицині внесли свій внесок у розуміння природи тривожно-панічних розладів і дереалізації, акцентуючи увагу на різних аспектах цих складних явищ. Сучасні підходи прагнуть інтегрувати ці знання для більш комплексного розуміння та ефективнішого лікування.

4. За результатами проведеного дослідження з використанням комплексного психодіагностичного інструментарію, що включав структуроване інтерв'ю (адаптована за Діагностика міжособистісних стосунків (Т. Лірі), опитувальника Спілбергера-Ханіна (СХ) та Кембриджську шкалу деперсоналізації (CDS), було виявлено, що тривожно-панічний розлад та дереалізація частіше

зустрічалися серед жінок порівняно з чоловіками. Зокрема, за результатами інтерв'ю за методикою Т. Лірі, 16,39% жінок повідомили про наявність симптомів панічних атак, тоді як серед чоловіків цей показник становив 14,79%.

Опитувальник Спілбергера-Ханіна показав, що загальний показник ситуативної тривожності склав 45,23% ($SD=10,45$), при цьому у жінок цей показник був вищим (48,67%) порівняно з чоловіками (41,79)%. Щодо особистісної тривожності, загальний показник становив 51,87% ($SD=11,92$), з вищими значеннями у жінок (55,12%) порівняно з чоловіками (48,62%). За Кембриджською шкалою деперсоналізації, жінки також мали вищі показники дереалізації. Середній бал за шкалою CDS серед усіх учасників склав 9,4 ($SD=5,7$). 6 учасників (12,55%) набрали 21 бал і більше, серед жінок – 15,31%, а серед чоловіків – 8,01%, що може свідчити про наявність розладу деперсоналізації 14 учасників (27,32%) набрали від 7 до 11 балів, серед жінок таких було 34,81%, а серед чоловіків – 19,23%, що може вказувати на підвищений ризик тривожних. Набрали менше 7 балів 30 учасників (60,13%), серед жінок – 49,88%, а серед чоловіків – 72,76%.

Крім того, дослідження виявили, що тривожно-панічний розлад та дереалізація були пов'язані з високим рівнем стресу, соціокультурним середовищем, особистісними факторами, низькою самооцінкою та біологічними чинниками.

Отримані результати підкреслюють важливість врахування гендерних відмінностей при розробці та впровадженні методів психотерапії та підтримки молоді з тривожно-панічним розладом та дереалізацією.

5. Згідно із останнім завданням нашого дослідження було проаналізовано практику надання психологічної допомоги особам із тривожно-панічного розладу та дереалізацією. Зважаючи на сильний зв'язок між стресом та розвитком тривожно-панічного розладу і дереалізації, при формуванні рекомендацій слід акцентувати увагу на навчанні молоді ефективним стратегіям управління стресом. Це може включати техніки релаксації, майнд-фулнес, когнітивно-поведінкову

терапію (КПТ) медетації та арт-терапію, які допомагають знизити рівень тривоги та підвищити стійкість до стресових ситуацій.

Спираючись на дані нашого досліджень де помітно, що самооцінка також пов'язана із тривожно-панічним розладом та дереалізацією (кореляція -0.58), а це є фактором ризику для розвитку тривожно-панічного розладу та дереалізації. Психотерапевтичні втручання повинні бути спрямовані на підвищення самооцінки молоді шляхом розвитку позитивного самосприйняття, навичок самоствердження та прийняття себе.

Також необхідно забезпечити доступність психотерапевтичних послуг для молоді, особливо в умовах воєних дій. Це може включати розвиток онлайн-платформ для надання психологічної підтримки, створення груп підтримки та забезпечення конфіденційності. Дякі груп та платформ вже впроваджені в Україні, наприклад платформи такі як: «Хаб стійкості», «Розкажи мені», UA Mental Help.

Впровадження цих рекомендацій може сприяти розвитку ефективних методів психотерапії та підтримки молоді, що стикається з тривожно-панічним розладом та дереалізацією. Важливо враховувати індивідуальні особливості та потреби кожної молодої людини та адаптувати підхід відповідно до конкретної ситуації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аймедов К.В., Волощук А.Е., Асєєва Ю.О., Толмачов О.А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу. *Архів психіатрії*. 2016.-Т. 22, № 2. С. 128-129. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_43
2. Асєєва Ю. О. Превенції та профілактика суїцидальної поведінки серед населення України. Педагогічний альманах «*Актуальні проблеми дошкільної освіти: теорія та практика*»: збірник матеріалів III Всеукраїнської конференції здобувачів вищої освіти і молодих учених (3 листопада 2023 року). Одеса: Видавництво ТОВ «Лерадрук», 2023. Вип. III.С. 210-216 URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/18197/1/Asieieva.pdf> (дата звернення: 24.02.2024).
3. Батлер Д. Подолати соціальну тривогу. Львів: Видавництво Українського католицького університету : Свічадо, 2014. 96 с.
4. Брил А. Фундаментальні концепції психоаналізу. Харків: Фоліо, 2020. 348 с.
5. Будьонний П.В. Медико-соціальна допомога особам з психічними захворювання та суїцидальною поведінкою. Матеріали XIV міжнародної науково-практичної конференції «*Новини передової науки – 2019*» (15.05- 22.05.2019. Софія, Болгарія). С. 22-27
6. Бурчинський С. Г. Біль, депресія і тривога: чи є світло в кінці тунелю? *Ліки України*. Вип. 3. 2021. С. 14-18
7. Волошин П.В. Марута Н.А. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23. Вип. 1 (82). С. 5-11.

8. Волошок О.В. Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості. *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць К-ПНУ ім.І.Огієнка, Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України*, 2010. Вип. 10. С.120-128.
9. Галієва О. М. Диференціація понять «тривога» та «тривожність». *Психологія та соціальна робота*. Вип. 49. 2019.С.98-120.
10. Дарвін. Ч. Біографічний нарис про розвиток дитини. URL: <http://vivovoco.astronet.ru/VV/PAPERS/BIO/DARWIN/CHILD.HTM> (дата звернення: 24.11.2014).
11. Джарретт К. Психологія за 30 секунд. Київ: Book Chef, 2020. 160 с.
12. Ентоні М. М., Рова К. Розлад соціальної тривоги. Львів: Свічадо, 2018. 130 с.
13. Іванова, Т.В. Тривога як психологічний феномен. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2020. Випуск 6. С. 72–78
14. Ільків Х. Результати дослідження тривожності особистості в юнацькому віці. Видатні постаті психології: історія, сучасність і перспективи : матеріали VIII регіонального наукового семінару ,10 травня 2022 ,Львів, 2022. С. 320
15. Кайхер І. І., Асєєва Ю.О. Сучасний погляд на панічні атаки. Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Актуальні проблеми практичної психології», яка відбудеться 19 травня 2023 року С.143-146
16. Карнегі Д. Як подолати неспокій і почати жити. Київ: КМ-Букс, 2021. 352 с.
17. Клейман П. Психологія 101: Факти, теорія, статистика, тести й таке інше. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2018. 240 с.
18. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Герасименко М.В., Ткаченко В.В. Збірник методик діагностики лідерських якостей

курсантського, сержантського та офіцерського складу. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2012. 433 с.

19. Колесник М. Тривога та депресія очима фахівців різних спеціальностей. Український медичний часопис. Вип 5. С. 49-51

20. Кузікова С. Основи психокорекції : навч. посібник. Київ : ВЦ “Академія”, 2021. 336 с.

21. Кушнір Р. Поведінка людини у формулах і моделях. Дрогобич : Коло, 2017. 160 с.

22. Лейнг Р.Д., Розколоте "Я", Видавництво: Аверс, Серія: Філософія – Neoclassic, 2017. С. 232

23. Орбан-Лембрик Л.Е. Соціальна психологія: Підруч. для студ. Вищ. навч. закл.: У 2 кн. К.: Либідь, 2004. Кн. 1: Соціальна психологія особистості і спілкування. 574 с.

24. Осадько О. Страх тривоги: специфіка психологічної допомоги. *Психолог.* 2004. № 13. С. 9-12.

25. Пінчук І.Я., Петриченко О.О., Колодежний О.В., Здорик І.Ф. Аналіз систем охорони психічного здоров'я країн – членів Європейського союзу та України. *Архів психіатрії.* 2016. № 2 (85). С. 28 -38.

26. Психологія особистості: Словник-довідник / За ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. Київ: Рута, 2001. 320 с.

27. Романов О.П. Модель корекції саморуйнівної поведінки на основі вивчення схильності до аутоагресії. *Архів психіатрії.* 2014. 3 (78). С 84-88.

28. Савчин М. В., Василенко П.П. Вікова психологія: Підручник. Київ: «Академвидав», 2005. 360 с.

29. Сасько О.О. Психолого-педагогічні умови розвитку соціального інтелекту у студентів, схильних до адиктивної поведінки: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Харк. нац. пед. ун-т ім. Г.С. Сковороди. Х. 2010. 20 с.

30. Симеон Д., Абугел Дж. Я не я. Що таке деперсоналізація та як з цим жити, Київ: Книжкова майстрень, 2021. 336 с.
31. Станчишин В. Емоційні гойдалки війни. Роздуми психотерапевта про війну. Київ: Віхола, 2022. 288 с.
32. Станчишин В. Стіни в моїй голові. Київ : Віхола, 2021. 206 с.
33. Стрілецька І. І. Особистісна тривожність як складний полідетермінований психічний процес. Інсайт: зб. наук. праць студентів, аспірантів та молодих вчених. Херсон: ПП Вишемирський В.С., 2016. Вип. 13. с. С. 299–301
34. Титаренко М. Комунікація від нуля. Есеї для Мані. Львів: Видавництво Старого Лева, 2019. 232 с.
35. Халік О. О. Тривожність на початкових етапах професійного становлення особистості. *Проблеми сучасної психології: зб. наук. пр. КПНУ ім. Івана Огієнка, Ін-т психології Г. С. Костюка АПН України*, 2014. Вип. 23. 663-676 с.
36. Халік О. О. Тривожність як чинник дезадаптації практичних психологів початківців : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : спец. 19.00.07 "Педагогічна та вікова психологія". Київ, 2010. 20 с.
37. Хорні К. Невротична особистість нашого часу: У 3-х т. Т. 2. Москва: Сене, 1997. 21 с.
38. Цимбалюк І.М. Психологічне консультування та корекція: навч. посібник. Київ: Професіонал, 2005. 665 с.
39. Чабан О. С. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навч. посібник. Київ: Медкнига, 2019. 111 с.
40. Чабан О.О., Хрустова О.О. Практична психосоматика: тривога : навчальний посібник. Київ : Медкнига, 2022. 144 с.
41. Шевченко Н.Ф. Особистісна тривожність та шкільна адаптованість у підлітків: співвідношення та вікова динаміка. *Психологічний вісник. Харків*, 2016. №16. 166 с.

42. Adler, A., The Collected Clinical Works of Alfred Adler. H.T. Stein (ed.), Trans. R.L. Liebenau & C. Koen. Alfred Adler Institute, 2021. 59-121 p.
43. Allen J. G., Smith W. H. Diagnosing dissociative disorders. Bull Menninger Clin. 1993; 57 (3). P. 328–343.
44. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA : American Psychiatric Press Inc.; 2013.
45. Anxiety disorders WHO (World Health Organization) URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
46. Asieieva Yu., Kirsho S., Akimova L., Bogach O., Kovalska N.. Demonstration of Inclination to Suicide, Anxiety, and Depression among Young People with Cyber Addiction. Revista Romaneasca pentru Educatie Multidimensionala, 2022, 14(1), 52-68 URL: <https://doi.org/10.18662/rrem/14.1/507>
47. Berrios, G. E. *Karl Jaspers on anxiety and psychopathology. History of Psychiatry, №31(1), London: SAGE Publications 2020. P. 82-91*
48. Bundesgesund Heitsministerium. In Deutschland überwiegen Geldsorgen URL: <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/deutschland-angst-studie-geldsorgen-101.html#:~:text=Der%20Angst%2DIndex%20%2D%20der%20Durchschnitt,einem%20Spitzenwert%20von%2052%20Prozent>
49. Dissociation in patients with epilepsy and functional seizures: A narrative review of the literature URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1059131123001796>
50. Freud S. The Collected Works of Sigmund Freud: The Complete Works. Pergamon Media, 2015. P. 79
51. Fromm, E., & Suzuki, D. T. The art of being. New York: Robinson, 2020. P. 98
52. Ganz D. Secondary dary prevention of suicide. *PloSMed.* 2015. Vol. 7. № 6. P.38-53.

53. Gregory B, Peters L. Changes in the self during cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2017. P. 67
54. Het Nederlands Instituut voor Militaire Historie (NIMH).Angststoornissen statistieken URL: <https://www.vzinfo.nl/angststoornissen#node-prevalentie-angststoornissen-volwassenen>
55. Horney K., *Neurosis and Human Growth: The Struggle Towards Self-Realization* 2nd Edition, Taylor and Francis, 2022. P. 134
56. Horowitz M.J. Clinical phenomenology of narcissistic pathology. *Psychiatric Clinics of North America* , 1989. P. 501
57. Horowitz M.J. Stress-response syndromes. *Hospital and Community Psychiatry*. V.7, 1986. P. 149
58. Horowitz M.J., Wilner N.J., Alvarez W. Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosom. Med.* – 1979. P. 84
59. Jean-Martin Charcot: The Father of Neurology URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3064755/>
60. Jinyan Y, Millman LS, David AS, Hunter E. The prevalence of depersonalization-derealization disorder: a systematic review. *J Trauma Dissociation*. 2023. P. 8
61. Lazarus R.S., Option E.M. The study of psychological stress // *Anxiety and Behavior* / C.D. Spielberger (ed.). - N.Y.: *Academic Press*, 1966. - P. 225-262.
62. Leventhal H., Scherer K. R. The relationship of emotion to cognition: A functional approach to a semantic controversy. *Cognition and Emotion*. 1987. P. 25-48.
63. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. 2010. 323 p.
64. Micoulaud-Franchi, J.-A., & Millet, B. *Charcot and anxiety: A historical perspective*. *Journal of the History of the Neurosciences*, №30(2), 2021. P. 133-144

65. Mitchell J. Resnik, H. Emergency Response To Crisis. A crisis intervention guidebook for emergency service personnel, Robert J Brady Company, USA, 1986. - P. 38
66. Mitchell Jeffrey T. Critical Incident Stress Debriefing Procedures. NSW Disaster Welfare Coordinating Committee, University of Maryland, 1986. - P. 15-24
67. National Institute of Mental Health. Panic Disorder URL: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/panic-disorder>
68. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. Dan Med Bull.2007. № 54 (4). P. 306-369
69. Sierra M, Berrios GE. Depersonalization: neurobiological perspectives. Biol Psychiatry. 1998. P. 128
70. Sierra M. Depersonalization disorder: pharmacological approaches. Expert Rev Neurotherapy. 2008. P. 19–26
71. Sierra M., Berrios G.E. The Cambridge Depersonalisation Scale: a new instrument for the measurement of depersonalisation // Psychiatry Research 93, 2000 -P. 27-40
72. Spiegel D. Depersonalization/derealization disorder. Merck Manuals URL: <https://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/dissociative-disorders/depersonalization-derealization-disorder>
73. Spiegel D., Loewenstein R. J., Lewis-Fernandez R. Dissociative disorders in DSM-5. Depress Anxiety. 2011. P. 824–852
74. Spielberger C.D., O'Neil H.F., Hansen J., Hansen D.N. Anxiety Drive Theory and Computer Assisted Learning. *Progress in Exp. Pers. Res.* – N.-Y.; L, 1972. - P. 111-154.
75. Statistics Canada Anxiety URL: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/82-619-M>

76. Thomson P., Jaque S. V. Depersonalization, adversity, emotionality, and coping with stressful situations. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 2018. P. 143–161.

77. Trends in the recording of anxiety in UK primary care: a multi-method approach URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8246441/>

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник Спілбергера-Ханіна (СХ)

Опитувальник СХ призначений для оцінки реактивної та особистісної тривожності. Особистісна тривожність розглядається авторами як відносно стійка індивідуальна якість особистості, яка характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційної напруги внаслідок дії стресових факторів.

Реактивна тривожність - це стан спеціаліста, який характеризує ступінь його занепокоєння, турботи, емоційної напруги та розвивається за конкретною стресовою ситуацією. Якщо особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, то стан реактивної тривожності може бути достатньо динамічним і за часом, і за ступенем вираженості.

Опитувальник Ч. Спілбергера складається з 40 питань-суджень, з котрих 1-20 призначені для оцінки реактивної тривожності (шкала "Як ви себе почуваєте в даний момент?") та 21-40 - для визначення особистісної тривожності (шкала "Як Ви себе почуваєте звичайно?").

На кожне запитання можливі 4 відповіді за ступенем інтенсивності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) - для шкали реактивної тривожності, та 4 відповіді за частотою (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди) - для шкали особистісної тривожності.

Одні питання-судження в опитувальнику Ч. Спілбергера сформульовані так, що відповідь (1) означає відсутність чи легку ступінь тривожності.

Це в шкалі реактивної тривожності так звані прямі запитання: № 3, 4, 6, 77, 9, 12, 13, 14, 17, 19, а в шкалі особистісної тривожності - № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40.

В інших, так званих зворотних запитаннях відповідь (1) означає високий ступінь тривожності, а відповідь (4) - низьку тривожність: № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15,

16, 19, 20 - в шкалі реактивної тривожності; № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 - в шкалі особистісної тривожності.

Обробка проводиться у такий спосіб.

Спочатку окремо складаються результати за зворотними та прямими запитаннями, потім із сум прямих віднімається сума зворотних запитань і до одержаного числа додається постійне число 50 для шкали реактивної тривожності та 35 - для шкали особистісної тривожності.

Показник результату за кожною шкалою може знаходитись в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим він більший, тим вищий рівень тривожності (реактивної або особистісної). Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюється в таких межах: до 30 балів - низький рівень тривожності, від 31-45 балів - середній, більше 45 балів - високий рівень тривожності.

Шкала самооцінки ситуативної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених запитань і закресліть ту цифру справа, в залежності від того як Ви себе відчуваєте в даний момент. Над запитанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

Коло Айзенка



Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно
1	2	3	4

1. Я спокійний.
2. Мені нічого не загрожує.
3. Я напружений.
4. Я відчуваю співчуття.
5. Я відчуваю себе вільно.
6. Я прикро вражений.
7. Мене хвилюють можливі негаразди.
8. Я відчуваю себе відпочившим.

9. Я насторожений.
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення.
11. Я впевнений у собі.
12. Я нервую.
13. Я не знаходжу собі місця.
14. Я напружений (накручений в собі).
15. Я не відчуваю напруги і скованості.
16. Я задоволений.
17. Я заклопотаний.
18. Я занадто збуджений і мені ніяково.
19. Мені радісно.
20. Мені приємно.

Шкала самооцінки особистісної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених питань і закресліть ту цифру справа в залежності від того, як Ви себе почуваєте звичайно. Над запитаннями довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
1	2	3	4

21. Я відчуваю задоволення.
22. Я швидко втомлююсь.
23. Я легко можу заплакати.
24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші.
25. Буває, що я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення.
26. Я почуваю себе бадьорим.
27. Я спокійний, холоднокровний і зібраний.

- 28. Очікувані труднощі дуже непокоять мене.
- 29. Я занадто переживаю через дрібниці.
- 30. Я буваю повністю щасливий.
- 31. Я приймаю все занадто близько до серця.
- 32. Мені не дістає впевненості у собі.
- 33. Я почуваю себе в безпеці.
- 34. Я стараюсь обходити критичні ситуації і труднощі.
- 35. У мене буває хандра.
- 36. Я задоволений.
- 37. Всякі дрібниці відволікають та хвилюють мене.
- 38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути.
- 39. Я врівноважена людина.
- 40. Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи.

Інтерв'ю

(адаптована за Діагностика міжособистісних стосунків (за Т. Лірі))

1. Як ви описали б свої щоденні переживання та рівень тривоги? Можливо, є конкретні ситуації, які особливо впливають на вас?
2. Чи відчуваєте ви фізичні прояви тривоги, такі як прискорений пульс, потовиділення чи дратівливість? Якщо так, як часто це відбувається?
3. Чи можете розповісти про конкретний випадок, коли ви стикнулися з панічною атакою? Як ви її відчули та як реагували?
4. Як ви визначаєте дереалізацію? Чи відчуваєте ви її часто, і як це впливає на ваше сприйняття дійсності?
5. Як ви взаємодієте з іншими людьми під час тривожних моментів? Чи шукаєте ви підтримку, чи віддаєте перевагу вирішенню проблем самостійно?
6. Якщо розглядати ваші тривожні стани, чи можна визначити їхні тригери або певні ситуації, які їх викликають?
7. Як ви реагуєте на дереалізацію? Чи є у вас стратегії або прийоми, які ви використовуєте для зменшення цього відчуття?
8. Як ви оцінюєте вплив тривожно-панічного розладу та дереалізації на ваші відносини, роботу та повсякденне функціонування? Чи виявляє це вплив на вашу якість життя?

**Етапи застосування психометричних інструментів у дослідженні
тривожно-панічного розладу та дереалізації серед молоді**

Етапи застосування психометричних інструментів	Часові рамки
1. Підготовчий етап	Перший тиждень
Ознайомлення зі збірником психометричних інструментів та вибір необхідних анкет та шкал.	
Перевірка та підготовка необхідного обладнання та матеріалів для проведення дослідження.	
2. Запрошення та рекрутація учасників	Перший тиждень
Відправлення запрошень та надання докладної інформації про дослідження учасникам.	
Збір згоди на участь у дослідженні та демографічних даних.	
3. Первинне адміністрування анкет	Перший тиждень
Проведення перших сесій анкетування та отримання психометричних даних від учасників.	
Забезпечення конфіденційності та створення психологічно комфортної атмосфери.	
4. Анкетування на другому тижні	Другий тиждень
Продовження проведення сесій анкетування та збір необхідних даних від учасників.	
Моніторинг та забезпечення якості зібраних даних.	
5. Завершення дослідження та підготовка даних для аналізу	Другий тиждень
Проведення останніх сесій анкетування та завершення збору даних.	
Перевірка та аналіз психометричних результатів.	
6. Завершення експерименту та аналіз отриманих даних	Другий тиждень
Сумарний аналіз психометричних даних та підготовка звіту з результатами.	
Підготовка матеріалів для презентації результатів наукової роботи.	

Додаток D

Кембриджська шкала деперсоналізації (CDS)

Опитувальник для оцінки частоти та тривалості симптомів дереалізації та деперсоналізації (ДП/ДР). У ньому описані деякі дивні, незвичайні та дивовижні відчуття, які іноді на мить відчують і звичайні здорові люди у своєму повсякденному житті, не надаючи їм значення і не відчуючи від них дискомфорту.

Інструкція. Потрібно обрати відповідь, яка найкраще описує частоту (перший рядок) та тривалість відчуттів (другий рядок). Щоб відрізнити ці «нормальні» відчуття від хворобливих, що виникають при патологічній деперсоналізації, необхідно знати:

Приблизну частоту цих симптомів протягом останніх 6 місяців.

Приблизну тривалість цих симптомів тоді, коли вони виникали (у середньому).

Приблизну силу чи інтенсивність, вираженість, тяжкість цих симптомів тоді, коли вони виникали (у середньому)

Обробка результатів.

21 бал у середньому набирають люди з розладом дереалізації/деперсоналізації, якщо симптоми часті та тривають більше 3 годин

7-11 балів у середньому набирають люди зі скроневою епілепсією або тривожним розладом, якщо симптоми рідкісні та тривають секунди-хвилини, але не більше

1. Інколи, часом зовсім неочікувано, я відчуваюся дивно, ніби то я був несправжнім, нереальним, неіснуючим або ніби то я був відрізаний, відгороджений, відключений від світу.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно

- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

2. Те, що я бачу, інколи здається мені плоским (втратившим обсяг, фактуру і глибину) або неживим, мертвим, або втратившим яскраві кольори, ніби я дивлюся на намальовану картинку.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно

- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

3. Деякі або всі частини мого тіла іноді здаються мені ніби чужими, не своїми, або незнайомими, незвичайними, зміненими, ніби вони не належали мені або ніби вони належали комусь іншому.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно

- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

4. Іноді я виявляю, що більше не відчуваю або в набагато меншому ступені відчуваю страх, тривогу, паніку, занепокоєння, хвилювання або збентеження, сором або стрес в ситуаціях, які раніше у мене викликали ці почуття і емоції.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно

- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

5. Іноді я помічаю, що те, що раніше приносило мені задоволення, тепер перестало його доставляти, або ж задоволення від раніше приємних і цікавих мені речей знизилося.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно

- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

6. Іноді, коли я щось роблю, у мене виникає відчуття, що я ніби спостерігаю себе зі сторони, що я є стороннім і байдужим спостерігачем моїх власних дій або мого власного життя взагалі.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

7. Іноді я відчуваю, що смак улюбленої їжі більше не приносить мені почуття задоволення, або що смак поганої їжі НЕ приносить мені неприємних відчуттів. Хоча я ніби як відчуваю смак їжі як такої, але він не має більше емоційного забарвлення. Або ж я відчуваю, що мої смакові відчуття притупилися або повністю зникли.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

8. Іноді моє тіло здається мені незвичайно легким, повітряним або невагомим, ніби воно пливе в повітрі або в невагомості. Або ж навпаки, воно мені здається незвичайно важким, ніби воно налито свинцем, або як якби якась таємнича сила прибивала мене до землі.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

9. Іноді, коли я сміюся, посміхаюся або плачу, я не відчуваю, що дійсно відчуваю ці емоції. Немов би це роблю не я, або немов це маска на моєму обличчі. Або ж мені здається, ніби я втратив здатність сміятися, посміхатися, плакати. Або ж я роблю це автоматично, не відчуваючи цього і не відчуваючи в цьому потреби.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

10. Іноді у мене буває відчуття, ніби у мене немає ніяких думок в голові, начебто вона не думає, як ніби вона порожня або набита чимось на зразок вати, або як ніби думок в ній мало і вони течуть повільно. І тому, коли я розмовляю, мені здається, що це відбувається автоматично, як якщо б ці слова вимовляв не я, а якийсь робот або автомат. Або ж я відчуваю, що слова і думки більше не мають для мене емоційного забарвлення і значення.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно

- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

11. Іноді я відчуваю, що знайомі голоси (в тому числі і мій власний голос, або тільки мій власний голос, або тільки голоси інших) здаються мені далекими, приглушеними, зміненими або нереальними, незвичайними, спотвореними.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно

- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

Декілька годин Близько доби Від доби до тижня Більше тижня

12. Іноді у мене буває відчуття, що мої руки, мої ноги або моя голова, тіло, наче стали більше або менше, або виглядають або відчуваються якось дивно, незвично, спотворено, ніби вони змінили свою форму, колір або фактуру.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно

- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

13. Іноді навколишній мене світ здається мені віддаленим, нереальним, зміненим, не таким, як раніше, немов би я бачу його крізь якусь невидиму плівку, скло або пелену, що стоїть перед очима, або як ніби я бачу світ крізь об'єктив камери, або як в тумані, або як уві сні.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно

- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

14. Іноді мені здається, ніби якісь справи або речі, які я робив зовсім недавно, насправді були дуже давно, хоча я знаю, що це не так. Наприклад, щось, що я робив тільки сьогодні вранці, відчувається як щось, що я робив багато днів або тижнів тому, і спогади про це вже встигли забутися і потьмяніти.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

15. Іноді мені здається, що у мене бувають стани, в яких я ніби бачу себе з боку, дивлюся на себе зовні, як якщо б я дивився на своє відображення в дзеркалі.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

16. Іноді, коли я намагаюся згадати щось з минулого, я відчуваю себе емоційно відстороненим від тих подій, людей і речей, ніби це було зовсім не зі мною, неначе я був стороннім, незацікавленим спостерігачем цих подій, людей і явищ. Хоча я, можливо, знаю і пам'ятаю, що я там був і був безпосереднім учасником тих подій, але я не відчуваю цього. Або ж мені здається, що моя пам'ять знизилася, стерлася або взагалі зникла, що її немає.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

17. Іноді, коли я потрапляю в нову ситуацію або оточення, мені здається, що я ніби вже був в цій ситуації або в цій обстановці, що я вже бачив це, чув це, пам'ятаю це, що мені знайоме це оточення і ці люди знайомі (дежа -ву).

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно

- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

18. Іноді, часом зовсім несподівано, мені здається, що ніби не відчуваю почуттів любові, дружби, прив'язаності, теплоти по відношенню до сім'ї, близьких, друзів. Або що вони здаються мені ніби чужими, сторонніми, далекими, іншими, не тими, що зазвичай, хоча я знаю, що це моя сім'я, мої близькі, мої друзі.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

19. Іноколи в мене виникає відчуття, що предмети навколишнього оточення виглядають меншими, ніж зазвичай, або далі розташованими, ніж зазвичай, або що вони втратили якісь важливі характеристики, колір, форму, обсяг, фактуру.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

20. Іноді у мене виникає відчуття, що я не відчуваю звичних тактильних відчуттів, коли торкаюся або чіпаю звичні об'єкти, або що відчуваю якісь інші, змінені, "не ті" відчуття. Або ж у мене виникає відчуття, що ніби це не я чіпаю ці об'єкти, як ніби не я торкаюся

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

21. Іноді мені здається, ніби я втратив уяву або вона значно знизилася. Наприклад, мені здається, що я не в змозі викликати в пам'яті картинку образу близького друга або добре знайомого місця.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

22. Іноді, коли у мене щось болить, мені здається, що я відчуваю себе настільки відстороненим від болю, сприймаю ті без емоцій так, що ніби це і не в мене болить, або що це болить у когось то іншого. Або ж мені здається, що я взагалі не відчуваю болю або це відчуття знизилося.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

23. Іноді у мене буває відчуття, ніби я перебуваю поза своїм тілом, частково або повністю.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

24. Іноді у мене буває відчуття, що, коли я рухаюся, здійснюю якісь рухи, я не керую своїм тілом і своїми рухами, або що я рухаюся як робот або автомат. Мої дії і рухи здаються мені автоматичними або належать не мені, чи здійснюються мимоволі. Хоча насправді я прекрасно знаю, що це мої рухи, що ці дії здійснюю саме я, але я не відчуваю цього.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

25. Іноді у мене виникає відчуття, що раніше приємні запахи більше не викликають у мене позитивних емоцій, почуття задоволення, або що неприємні запахи більше не викликають у мене відрази. Або ж мені здається, що моя здатність відчувати запахи знизилася або зникла зовсім, при відсутності для цього об'єктивних причин (наприклад, закладеності носа).

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

26. Іноді у мене буває відчуття, що я настільки відсторонений і відірваний від своїх власних думок, що вони як би живуть своїм власним життям, окремо і незалежно від мене, або що моя голова переповнена думками, їх занадто багато, і вони як би звучать занадто голосно і неприємно, або ніби написані в моєму мозку великим шрифтом.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

27. Іноді у мене виникає потреба торкнутися або пощупати себе, або заподіяти собі фізичний біль або пошкодження (наприклад щипок, поріз або укол голкою), щоб переконатися в тому, що у мене все ще є тіло, що моє тіло все ще належить мені, чи що я реально існую.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

28. Іноді мені здається, що я втратив здатність відчувати деякі тілесні потреби і функції, що я не відчуваю почуттів голоду, насичення, спраги, або бажання спорожнити кишечник або сечовий міхур, і не отримую задоволення від втомування голоду або спраги, від дефекації або сечовипускання, або мені здається, що все це відбувається як би автоматично, мимоволі і незрозуміло для чого.

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно
- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

29. Іноді мені здається, що знайомі в дійсності місця, люди, предмети, голоси або музика мені здаються незнайомими, неначе я їх ніколи не бачив або не чув (жаме-ву).

- Частота: ніколи; рідко; часто; дуже часто; постійно

- Тривалість: декілька секунд; декілька хвилин; декілька годин; близько доби; від доби до тижня; більше тижня

Матриця кореляції Пірсона

№		Тривожно- панічний розлад	Дереалізація	Стрес	Депресія	Самооцінка
1	Тривожно- панічний розлад	1				
2	Дереалізація	0,82	1			
3	Стрес	0,75	0,68	1		
4	Депресія	0,72	0,65	0,70	1	
5	Самооцінка	-0,58	-0,52	-0,60	-0,68	1

Формула коефіцієнта кореляції Пірсона: $r = (\Sigma(x - \bar{x})(y - \bar{y})) / \sqrt{(\Sigma(x - \bar{x})^2 \Sigma(y - \bar{y})^2)}$