

СЕКЦІЯ 4 ПСИХОФІЗІОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНО-ПАНІЧНИХ РОЗЛАДІВ І ДЕРЕАЛІЗАЦІЇ В УМОВАХ ВОЄННИХ ДІЙ

THEORETICAL FOUNDATIONS OF THE STUDY OF ANXIETY-PANIC DISORDERS AND DEREALIZATION IN THE CONTEXT OF WARFARE

В умовах сучасних воєнних конфліктів спостерігається зростання кількості випадків тривожно-панічних розладів (ТПР) та феномена дереалізації серед військових і цивільного населення, що свідчить про масштабний вплив бойових дій на психічне здоров'я людей. Актуальність дослідження зумовлена високим рівнем психотравмуючих подій, пов'язаних з обстрілами, загрозою життя, втратою близьких, вимушеною міграцією та тривалим перебуванням у стані хронічного стресу. Ці чинники стають потужними тригерами розвитку ПТСР, панічних атак та дисоціативних розладів, зокрема дереалізації, що ускладнюють адаптацію особистості та значно знижують якість життя. Наявність коморбідних станів, біопсихосоціальних механізмів ураження та відсутність належної психотерапевтичної підтримки формують критичну потребу у створенні теоретично обґрунтованих підходів до діагностики та допомоги постраждалим від війни.

Мета статті полягає у систематизації теоретичних основ вивчення тривожно-панічних розладів і феномена дереалізації в умовах воєнних дій, визначенні їхніх психофізіологічних механізмів, симптоматики, взаємозв'язку з ПТСР та окресленні перспектив терапевтичних втручань для цивільного та військового населення.

Методи дослідження включають системний аналіз сучасних наукових джерел (DSM-5, дослідження нейробіологічних, когнітивних та психотерапевтичних підходів), узагальнення клінічних описів панічних атак і дереалізаційних станів, зіставлення їх з даними про вплив бойових дій на психіку. Здійснено синтез теоретичних позицій щодо стресових реакцій, дисоціації, активації гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, адреналінових залежностей та структурних змін мозку під впливом воєнної травми.

Підкреслено, що хронічна загроза життю спричиняє гіперактивацію стресових систем організму, перебудову нейрофізіологічних процесів, порушення регуляції емоцій, що призводить до стійких психічних порушень. Дереалізація виконує амбівалентну роль: з одного боку, є захисним механізмом психіки, з іншого – у хронічній формі поглиблює ізоляцію та ускладнює відновлення. Теоретичний аналіз підкреслює необхідність міждисциплінарного підходу до надання допомоги, що включає комплексну психотерапевтичну підтримку, травмо-орієнтовані методи та превентивні програми для молоді, військових і цивільних осіб у зоні бойових дій.

Ключові слова: тривожно-панічні розлади, дереалізація, ПТСР, воєнні дії, травма, психічне здоров'я, ментальне здоров'я, особистість.

In the context of modern armed conflicts, there is a marked increase in cases of anxiety-panic disorders (APD) and the phenomenon of derealization among both military personnel and civilians, highlighting the profound impact of warfare on mental health. The relevance of this study is determined by the high prevalence of psychologically traumatic events associated with shelling, life-threatening situations, loss of loved ones, forced migration, and prolonged exposure to chronic stress. These factors act as powerful triggers for the development of post-traumatic stress disorder (PTSD), panic attacks, and dissociative disorders, including derealization, which significantly complicate personal adaptation and diminish quality of life. The presence of comorbid conditions, complex biopsychosocial mechanisms of impairment, and the lack of adequate psychotherapeutic support create an urgent need for theoretically grounded approaches to diagnosis and intervention for those affected by war.

The aim of this article is to systematize the theoretical foundations for studying anxiety-panic disorders and the phenomenon of derealization in the context of warfare, to define their psychophysiological mechanisms, symptomatology, and relationship with PTSD, and to outline prospects for therapeutic interventions for civilian and military populations. The research methodology is based on a systematic analysis of contemporary scientific sources (DSM-5, studies on neurobiological, cognitive, and psychotherapeutic approaches), synthesis of clinical descriptions of panic attacks and derealization states, and their comparison with existing data on the impact of warfare on mental health. The article integrates theoretical positions on stress responses, dissociation, hyperactivation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, adrenaline dependence, and structural brain changes under the influence of war-related trauma.

It is emphasized that chronic exposure to life-threatening conditions leads to the hyperactivation of stress-response systems, neurophysiological reorganization, and emotional dysregulation, resulting in persistent psychological disorders. Derealization plays an ambivalent role: on the one hand, it serves as a protective mechanism of the psyche; on the other hand, in its chronic form, it exacerbates social withdrawal and hinders recovery. The theoretical analysis highlights the necessity of a multidisciplinary approach to providing assistance, encompassing comprehensive psychotherapeutic support, trauma-focused methods, and preventive programs aimed at youth, military personnel, and civilians in war-affected areas.

Key words: anxiety-panic disorders, derealization, PTSD, warfare, trauma, mental health, psychological well-being, personality.

УДК 159.9:616.89-008.441.44+616.89-00
8.454:355.48(477)
DOI <https://doi.org/10.32782/hbts.75.2.38>
Стаття поширюється на умовах
ліцензії CC BY 4.0

Асєєва Ю.О.

д.психол.н., академік НАН ВО України,
завідувач кафедри мовної та психолого-
педагогічної підготовки
Одеський національний економічний
університет

Христофорова В.С.

здобувач другого (магістерського) рівня
Одеський національний економічний
університет

Вступ. У контексті воєнних дій, що супроводжуються масовими втратами, руйнуваннями, вимушеним переміщенням та небезпекою для життя, психіка людини зазнає значного навантаження. Особливе місце у структурі психічних порушень посідають тривожно-панічні розлади та феномен дереалізації, які часто проявляються у поєднанні з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). У таких умовах дедалі частіше фіксуються випадки розвитку тривожно-панічних розладів, дереалізації, деперсоналізації та ПТСР.

Дослідження цих явищ у контексті воєнних дій є актуальним з огляду на необхідність формування ефективних підходів до психотерапевтичної допомоги та профілактики поглиблення розладів у цивільних та військових осіб.

Згідно з DSM-5, тривожно-панічні розлади належать до класу тривожних розладів, що характеризуються повторюваними, несподіваними панічними атаками, які супроводжуються вираженим страхом смерті, втратою контролю та соматичними симптомами [8]. Дереалізація, як прояв дисоціативного спектра, полягає у сприйнятті навколишнього світу як нереального, віддаленого чи зміненого, що ускладнює адаптацію людини до умов реальності. У воєнних умовах, коли людина опиняється у середовищі постійної загрози, небезпеки та невизначеності, формування панічних розладів та дереалізації може виступати як захисний механізм психіки та бути маркером розвитку ПТСР [8, с. 298].

Мета статті – систематизація теоретичних основ розуміння тривожно-панічних розладів, дереалізації та ПТСР в умовах воєнних дій.

Матеріали та методи. Стаття базується на системному аналізі наукових публікацій, узагальненні та синтезі теоретичних позицій, що дає змогу комплексно оцінити психічні процеси, пов'язані з тривожно-панічними розладами і дереалізацією в умовах воєнних дій.

Результати. За класифікацією DSM-5, панічний розлад (Panic Disorder) належить до групи тривожних розладів і характеризується повторюваними несподіваними панічними атаками – інтенсивними епізодами страху або дискомфорту, які досягають піку протягом декількох хвилин [8]. Основні симптоми панічної атаки включають тахікардію, задишку, тремор, нудоту, запаморочення, страх втрати контролю або смерті, дереалізацію чи деперсоналізацію.

Тривожні розлади являють собою спектр психічних станів, що характеризуються надмірною та часто неконтрольованою тривогою, яка значно впливає на повсякденне життя. Частота їх діагностування вища серед жінок, приблизно у співвідношенні 2:1, і зазвичай вони беруть свій початок у дитячому віці, а якщо не отримують належного лікування, то можуть супроводжувати людину і в дорослому житті. Для точної оцінки тяжкості цих станів та відстеження динаміки їх розвитку використовуються стандартизовані шкали, що врахо-

вують поведінкові, когнітивні та соматичні прояви кожного розладу.

Одним з найбільш яскравих і раптових проявів тривожних розладів є панічна атака – інтенсивний напад страху або дискомфорту, що досягає свого піку за лічені хвилини. Це стан, який супроводжується цілою низкою фізичних або когнітивних симптомів і може виникати як у межах різних тривожних розладів, так і за інших психічних порушень.

Кожен вид тривожного розладу має свою унікальну специфіку. Наприклад, розлад розлуки проявляється надмірним страхом втрати близьких або загрози їхній безпеці, що веде до уникнення розлучення з ними, кошмарів та соматичних симптомів. Це розлад, який може зародитися ще в дитинстві, але продовжуватися й у дорослому віці.

Інший розлад, селективний мутизм, характеризується стійким мовчанням у певних соціальних ситуаціях, наприклад у школі, незважаючи на здатність дитини розмовляти в інших умовах. Такий стан значно обмежує можливості для навчання та соціальної взаємодії.

Коли йдеться про специфічні фобії, це означає інтенсивний, негайний страх перед конкретними об'єктами чи ситуаціями, чи то тварини, висота, вигляд крові, авіаперельоти. Цей страх є непропорційним реальній загрозі.

Соціальна тривожність, своєю чергою, пов'язана зі страхом бути оціненим, зазнати сорому чи бути відкинутим іншими, що призводить до уникнення різноманітних соціальних ситуацій, таких як розмови, публічні виступи або навіть прийом їжі в присутності інших людей.

За панічного розладу людина переживає повторювані, несподівані панічні атаки, а потім відчуває постійний страх перед їх повторенням, що часто призводить до змін у поведінці, наприклад уникнення фізичних навантажень.

Генералізований тривожний розлад характеризується хронічною, надмірною тривогою щодо різноманітних аспектів життя: роботи, навчання чи особистих справ, яку дуже важко контролювати. Цей стан супроводжується соматичними симптомами, такими як дратівливість, постійна втома, м'язова напруга та проблеми зі сном.

Нарешті, тривожний розлад, спричинений речовинами або медичними станами, виникає як наслідок вживання чи відміни психоактивних речовин або є фізіологічним проявом певних медичних захворювань [8].

Дослідження виявили, що панічні атаки (ПА) можуть збільшувати ризик виникнення суїцидальних думок, особливо у людей, які страждають від коморбідних розладів настрою. Коморбідність означає одночасну наявність у людини двох або більше захворювань чи психічних розладів, кожен з яких може бути діагностований незалежно [9; 12; 16]. Цей зв'язок підкреслює важливість ретельної діагностики та комплексного підходу до лікування, особливо коли тривожні розлади співіснують з іншими психічними порушеннями.

Цікаво, що разом з цими проявами тривожних розладів панічні атаки (ПА) також асоціюються з певними дисоціативними симптомами. Зокрема, деперсоналізація – це стан, коли людина відчуває відірваність від себе, наче спостерігає за власними діями, емоціями та відчуттями збоку, як сторонній глядач. Це поняття вперше описав Людовік Дугас у 1898 році. Аналогічно під час дереалізації люди сприймають навколишній світ як «сонливий, порожній, неживий або спотворений у сприйнятті» [14; 15; 18]. Ці феномени можуть посилювати відчуття втрати контролю та значно ускладнювати психологічний стан особи.

Важливо зазначити, що на початкових етапах дереалізація та деперсоналізація можуть слугувати захисною функцією психіки. Такі дослідники, як Р. Лейнг, Д. Сімеон та Дж. Абургел, припускають, що ці стани виникають як дисоціативна реакція на сильні внутрішні або зовнішні стресові фактори. Вони можуть допомагати людині адаптуватися до змін у середовищі та захищати її від надмірного психологічного напруження. При цьому важливо розуміти, що відчуття нереальності не завжди свідчить про патологію, а іноді є наслідком тривалого негативного сприйняття себе та навколишнього світу [1; 5; 14; 15; 18].

П. Томсон та С.В. Жак також аналізували зв'язок між копінг-стратегіями та явищами дереалізації/деперсоналізації, порівнюючи людей з клінічними проявами цих станів та без них. Вони дійшли висновку, що дереалізація може виступати як захисна реакція на психологічну травму, яка може бути викликана емоційним або фізичним насильством, приниженням, втратою близьких, хворобами родичів, стресом у стосунках, фінансовими чи професійними труднощами, депресією, тривогою або вживанням психоактивних речовин [18].

Поглиблюючи розуміння дисоціативних станів, розглянемо типи дереалізації, які часто супроводжують тривожно-панічні розлади та ПТСР. Ці форми ми зібрали у табл. 1, і вони можуть мати як хронічний перебіг, коли симптоми зберігаються тижнями або місяцями, так і епізодичні прояви, що виникають у періоди сильного стресу чи підвищеної тривожності. Визначення цих ключових ознак допомагає краще розуміти клінічну картину та індивідуальні особливості перебігу дереалізації у молоді, яка стикається з ПТСР та тривожно-панічними розладами [1; 3; 6; 10; 13; 17; 19].

Щодо причин виникнення дереалізації та факторів ризику серед молоді з тривожно-панічними розладами та ПТСР, то вони охоплюють складне поєднання генетичних передумов, психологічних особливостей особистості та зовнішніх стресогенних впливів. Дослідження вказують на важливу роль спадковості: особи, схильні до тривожних розладів, можуть мати певні генетичні варіанти, що підвищують їхню вразливість до розвитку дереалізації під впливом стресу або психотравмуючих подій. Водночас тривала дія стресу, відсутність ефективних стратегій подолання, а також психологічні травми, отримані в дитинстві або під час війни, значно підвищують ризик формування дереалізації в цих категоріях молоді [5; 7; 10; 13; 17; 19].

Важливо розуміти, що дереалізація зазвичай не є самостійним захворюванням, а виступає як симптом, що часто супроводжує інші психологічні розлади, особливо тривожно-панічні стани. Цей стан може виникати як захисна реакція психіки на сильні стресові фактори або емоційні потрясіння, які призводять до внутрішнього дисбалансу [1; 3; 6; 10; 13; 17].

Ключова особливість дереалізації полягає у втраті чіткого відчуття реальності навколишнього світу. Людина може сприймати події навколо себе

Таблиця 1

Типи дереалізації з тривожно-панічними розладами та ПТСР

№	Тип дереалізації	Характеристики
1	Базова форма дереалізації	– Відчуття, що навколишній світ втрачає свою реальність; – сприйняття подій так, ніби вони відбуваються у паралельному просторі чи у сповільненому часі; – зазвичай з'являється у відповідь на стрес чи посилення тривоги; – характерна для людей з симптомами панічних атак.
2	Дереалізація з елементами ілюзорності	– Виникає почуття, що оточення є дивним, нереальним або виглядає штучно; – здається, ніби світ навколо стає віддаленим, неначе іншим виміром; – часто активується у стані психологічної напруги; – може впливати на повсякденне сприйняття, ускладнюючи контакт із реальністю.
3	Дереалізація з втратою контролю	– Супроводжується почуттям втрати здатності впливати на хід подій чи власні дії; – людина ніби спостерігає за тим, що відбувається, не беручи у цьому участі; – може поєднуватися з відчуттям відстороненості від тіла та навколишнього середовища; – стає більш вираженою під час загострення тривоги.
4	Дереалізація у контексті ПТСР	– Формується як реакція на травматичні спогади, часто під час активації тригерів; – супроводжується внутрішньою емоційною відстороненістю, блокуванням почуттів, втратою відчуття реальності; – виконує функцію психологічного захисту, зменшуючи інтенсивність емоційного болю; – може заважати роботі з травматичними подіями.

так, ніби вони відбуваються не в реальному часі чи просторі, а десь окремо від неї. Іноді це відчуття настільки інтенсивне, що особа втрачає здатність сприймати реальність навіть у звичних життєвих обставинах [6].

Вже у XIX столітті видатний невролог Жан-Мартен Шарко одним з перших звернув увагу на феномен дереалізації. У своїх працях він описував стан, який називав церебральним автоматизмом – це відчуження від власних думок, дій та навколишнього середовища. Цей опис можна вважати однією з найбільш ранніх спроб осмислення та характеристики дереалізації [14; 18].

Когнітивні фактори відіграють значну роль у виникненні панічних атак та тривожних розладів. Зокрема, катастрофічні неправильні інтерпретації тілесних відчуттів (наприклад, сприйняття прискореного серцебиття як ознаки серцевого нападу, що насувається) є одним з ключових чинників, які сприяють цим станам [12; 15].

Травматичні події, особливо ті, що переживаються в дитинстві або підлітковому віці, можуть залишати глибокий відбиток на психіці, сприяючи розвитку тривожних розладів та дереалізації. Перебування в середовищі постійного страху, відсутність відчуття безпеки, а також фізичне чи емоційне насильство є потужними факторами ризику, що негативно впливають на психічне здоров'я молоді [1; 3; 5].

Серед додаткових факторів ризику значне місце посідає вживання психоактивних речовин, включно з алкоголем та наркотиками. Їх використання може спотворювати сприйняття реальності, порушувати відчуття зв'язку з навколишнім світом та провокувати епізоди дереалізації [5; 14; 16].

Дереалізація рідко є ізольованим явищем; вона часто виступає як симптом, що ускладнює перебіг інших психічних розладів, зокрема тривожно-панічних станів та ПТСР [15; 16; 19]. Взаємозв'язок між дереалізацією та тривожними розладами є особливо значущим, оскільки їхня взаємодія впливає як на інтенсивність, так і на тривалість обох станів.

У випадках ПТСР дереалізація може слугувати механізмом психологічного захисту. Під час активації травматичних спогадів людина може відчувати, що світ стає нереальним, віддаленим або «зупиненим». Це дає змогу тимчасово уникнути інтенсивних негативних емоцій, але водночас може блокувати процеси обробки та інтеграції травми. Цей складний взаємозв'язок між дереалізацією та ПТСР у клінічній практиці підкреслює необхідність комплексного підходу до допомоги таким пацієнтам [4; 5; 18].

Одним з ключових фізіологічних механізмів, залучених під час дереалізації, є активація стресових систем організму. В умовах стресу або за ПТСР переживання дереалізації супроводжується вивільненням адреналіну та інших гормонів стресу. Це викликає прискорене серцебиття, прискорене дихання та інші вегетативні реакції, які можуть поглиблювати відчуття нереальності [2; 15; 17; 19].

Особливо важливо розглядати ці фізіологічні та психічні симптоми у контексті ПТСР, оскільки в таких випадках дереалізація може виступати як захисна реакція психіки на травматичні спогади, блокуючи інтенсивність емоційного болю. Однак водночас це може ускладнювати емоційну інтеграцію травматичного досвіду та підтримувати симптоматику ПТСР. Таким чином, комплексний розгляд фізіологічних, психологічних та нейробіологічних аспектів дереалізації дає змогу краще зрозуміти цей стан, що є критично важливим для розроблення ефективних інтервенцій та підтримки молоді, яка стикається з цим явищем у межах тривожно-панічних розладів та ПТСР.

ПТСР, згідно з DSM-5, характеризується чотирма основними групами симптомів: нав'язливими спогадами, уникненням, негативними змінами в когнітивних функціях та настрої, а також змінами в збудженні та реактивності [8; 19]. Ветерани бойових дій часто повідомляють про повторювані нав'язливі спогади, нічні кошмари та флешбеки, пов'язані з травматичним досвідом. Ці симптоми нерідко супроводжуються дисоціативними проявами, зокрема дереалізацією та деперсоналізацією [10; 12; 16].

Виникнення панічних станів у осіб, які пережили бойову травму або були свідками бойових дій, тісно пов'язане з гіперзбудженням нервової системи. Хронічна дія небезпечних для життя умов призводить до підвищеної пильності та чутливості до сприйнятих загроз, що, своєю чергою, збільшує схильність до панічних атак. Дослідження функціональної нейровізуалізації підтверджують ці висновки, демонструючи гіперактивність мигдалини у відповідь на травматичні подразники, гіпоактивність префронтальної кори в регуляції емоційних реакцій та зменшення об'єму гіпокампу. Ці зміни сприяють хронізації та посиленню симптомів ПТСР у населення, що зазнало впливу бойових дій [9; 10].

Крім того, на розвиток та збереження симптомів ПТСР у ветеранів бойових дій впливає кумулятивний характер травматичних впливів, інтенсивність та тривалість участі в бойових діях, а також сприйняте відчуття загрози життю під час травматичних подій. Дослідження показують, що ветерани з високим рівнем сприйняття загрози та безпорадності під час бойових дій мають вищу поширеність ПТСР, панічних станів та дисоціативних симптомів, включно з дереалізацією, порівняно з тими, хто сприймав загрозу на нижчому рівні [9; 10; 14].

Феномен дереалізації є особливо значущим у контексті бойової травми через його вплив на відчуття реальності та загальне функціонування людини. Дереалізація може виникати тимчасово під час або одразу після травматичної події як захисний механізм. Однак іноді вона може стати постійним симптомом, що призводить до хронічних функціональних порушень та дистресу. Постійна дереалізація перешкоджає ефективній обробці та інтеграції травматичних спогадів, що призводить

до фрагментованого відчуття себе та труднощів у підтримці міжособистісних стосунків, професійного функціонування та емоційної стабільності [9; 14; 17; 18].

Цивільне населення, що проживає в зонах бойових дій, піддається колосальному та постійному стресу, що призводить до подібних психофізіологічних змін, які спостерігаються у військових. Хоча ці люди безпосередньо не беруть участі в боях, постійна загроза життю, обстріли та атаки спричиняють гіперактивацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової (ГГН) осі й так звані адреналінові гойдалки, що може призвести до залежності. Це проявляється у хронічній тривожності, неконтрольованих панічних атаках, а іноді й у розвитку неадекватної ризикованої поведінки або дисоціативних станів як механізму подолання. Наприклад, людина може дивно ігнорувати сигнали небезпеки, відмовлятися залишати прикордонні міста або навіть свідомо наражати себе на ризик, оскільки постійний стан загрози стає для неї звичним. Дослідження І. Замкової та О. Хозяшева (2024) підтверджують, що мешканці прифронтових територій, які перебували під постійними обстрілами, з часом набули підвищеної схильності до ризикованої поведінки [1; 2].

На фізіологічному рівні тривала та надмірна гіперактивація ГГН осі призводить до виснаження надниркових залоз, що відповідають за вироблення гормонів стресу, зокрема адреналіну. Це також викликає значні зміни в рівнях ключових нейротрансмітерів, таких як серотонін (впливає на настрій та сон) і дофамін (пов'язаний з мотивацією та системою винагороди). Біохімічні кореляти підвищеної активації симпатичної нервової системи у цивільних осіб з ПТСР включають збільшення виведення адреналіну та норадреналіну, а також зменшення кількості альфа-2 адренергічних рецепторів на поверхні тромбоцитів. Крім того, спостерігаються помітні структурні зміни в мозку, зокрема у мигдалеподібному тілі (центрі страху) та префронтальній корі (відповідає за регуляцію емоцій). Ці зміни роблять людей більш схильними до хронічної тривоги, імпульсивності та серйозних проблем з регуляцією емоцій, що підсилює схильність до пошуку гострих відчуттів або впадання в дисоціативні стани [2].

Згідно з даними досліджень, воєнні дії є потужним стресовим фактором, який чинить глибокий негативний вплив на психічне здоров'я молоді, сприяючи розвитку таких психологічних розладів, як ПТСР, депресія та тривожність. Дослідження показали, що в умовах війни в молоді знижується рівень резильєнтності – здатності протистояти стресу та швидко відновлюватися після травматичних подій. Молоді люди, які безпосередньо або опосередковано переживають воєнні дії, є однією з найбільш уразливих категорій населення, що потребує специфічних психологічних втручань, спрямованих на стабілізацію психічного стану та розвиток адаптаційних механізмів подолання стресу [1].

Лікування ПТСР, тривожних і панічних розладів, а також проявів дереалізації вимагає комплексного підходу. Революційним сьогодні у лікуванні травми та супутніх станів став метод десенсибілізації та репроцесінгу за допомогою рухів очей (EMDR), розроблений Франсін Шапіро [4]. Ця психотерапевтична методика базується на припущенні, що дистрес, викликаний травматичними подіями, є наслідком неповного опрацювання інформації в мозку. EMDR використовує білатеральну стимуляцію (найчастіше це керовані рухи очей, але також можуть бути дотики або звуки) для активації природних механізмів переробки інформації в мозку, подібних до тих, що відбуваються під час фази швидкого сну (REM-фаза). Це дає змогу мозку «розморозити» та інтегрувати травматичні спогади, зменшуючи їхній емоційний заряд, інтенсивність та деструктивний вплив на повсякденне життя. EMDR не тільки ефективний для ПТСР, але й успішно застосовується для лікування тривожно-панічних розладів, оскільки допомагає переробити спогади, що лежать в основі цих фобій. Також він може бути корисним під час дереалізації, сприяючи відновленню зв'язку між фрагментованими спогадами та поточним сприйняттям, покращуючи відчуття реальності [4].

Висновки. Ми проаналізували теоретичні основи тривожно-панічних розладів та дереалізації, розглядаючи їх як природні, хоча й руйнівні, реакції психіки на психотравмуючі події. Воєнні дії є потужним стресором, що викликає широкий спектр психічних порушень, включно з ПТСР, депресією, тривожністю, панічними атаками та дисоціативними станами. Особлива увага була приділена дереалізації – феномену, за якого людина втрачає відчуття реальності навколишнього світу, що може бути як тимчасовою захисною реакцією, так і хронічним симптомом. Цей огляд підтвердив, що особи, які переживають воєнні дії, є однією з найбільш вразливих категорій населення, що потребує специфічних психологічних втручань.

Аналізуючи вплив бойових дій на розвиток ПТСР, панічних атак та дисоціативних симптомів, ми виявили глибокі психофізіологічні зміни, що відбуваються як у військових, так і у цивільного населення. Хронічний вплив загрози життю, постійні обстріли та атаки викликають гіперактивацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової (ГГН) осі, що призводить до «адреналінових гойдалок» і навіть до формування адреналінової залежності. Ці біохімічні зміни буквально перепрограмовують тіло та розум, підтримуючи стан постійної готовності до боротьби, навіть коли безпосередня небезпека минає. Структурні зміни в мозку, зокрема в мигдалеподібному тілі та префронтальній корі, посилюють схильність до хронічної тривоги та проблем з емоційною регуляцією. Ці висновки підкреслюють, що наслідки воєнних дій мають глибокий фізіологічний відбиток і потребують всебічного комплексного підходу до лікування та відновлення психологічного стану особистості.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Асєєва Ю., Возний Д., Волинчук Т. Психічне здоров'я молоді в умовах війни: результати психодіагностики та терапевтичних інтервенцій. *Ментальне здоров'я*. 2024. Вип. 3 С. 19–25. DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-3-4>.
2. Замкова І., Хозяшев О. Формування адриналінової залежності мешканців прифронтових територій: гендерний вектор. *Modern Economics*. 2024. № 43. С. 35–40. DOI: <https://modecon.mnau.edu.ua/issue/43-2024/zamkova.pdf>.
3. Колесник М. Тривога та депресія очима фахівців різних спеціальностей. *Український медичний часопис*. 2024. № 5. С. 49–51.
4. Ордатій Н., Ангельська В., Гуменюк Н. EMDR метод психотерапії з доведеною ефективністю. *PMGP*. 2024. Т. 9. № 2. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/524>.
5. Симеон Д., Абугел Дж. Я не я. Що таке деперсоналізація та як з цим жити. Київ: Книжкова майстерня, 2021. 336 с.
6. Станчишин В. Стіни в моїй голові. Київ: Віхола, 2021. 206 с.
7. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтабор. Харків: Клуб Сімейного Дозвілля, 2016. 192 с.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. P. 189–308. URL: <https://dn790004.ca.archive.org/0/items/APA-DSM-5/DSM5.pdf>.
9. Bremner J. D. Traumatic stress: Effects on the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2006. Vol. 8. № 4. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3181836>.
10. Bryant R. A. Posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: can they co-exist? *Clinical Psychology Review*. 2006. Vol. 26 (7). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1149721>.
11. Craske M., Barlow D. Mastery of Your Anxiety and Panic. *Oxford University Press*. 2006. P. 52–89. URL: https://books.google.com.ua/books/about/Mastery_of_Your_Anxiety_and_Panic.html?id=-Vx-3MJJ4bi0C.
12. Goodwin R. D. Panic and suicidal ideation and suicide attempts: results from the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*. 2006. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.20151>.
13. Hettema J.M., Neale M.C., Kendler K.S. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2001. Vol. 158 (10). P. 1568–1578.
14. Hunter E.C.M., Sierra M., David A.S. The epidemiology of depersonalisation and derealisation: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004. Vol. 39 (1). P. 9–18.
15. Lanius R.A., Brand B., Vermetten E., Frewen P.A., Spiegel D. The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and Anxiety*. 2012. Vol. 29 (8). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22431063/>.
16. Lanius R.A. et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*. 2010. Vol. 167 (6). P. 640–647.
17. Stein D.J. et al. Dissociation in posttraumatic stress disorder: Evidence from the world mental health surveys. *Biological Psychiatry*. 2013. Vol. 73 (4). URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3589990>.
18. Thomson P., Jaque S.V. Depersonalization, adversity, emotionality, and coping with stressful situations. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2018. P. 143–161.
19. Yehuda R., Harvey P.D., Levitz S.M. Biological factors in PTSD. *Clinical Handbook of PTSD: Diagnosis and Treatment* / ed. by R. Yehuda, A.C. McFarlane. New York: Springer, 2009. P. 144–145.