

Чорноморський національний університет імені Петра Могили  
(повне найменування вищого навчального закладу)

навчально-науковий медичний інститут  
(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра психології  
(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»

В.о. завідувача кафедри психології  
\_\_\_\_\_ Володимир ШЕВЧЕНКО  
«\_\_» листопада 2025 року

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
на здобуття ступеня вищої освіти

Магістр  
(ступінь вищої освіти)

на тему: **ПСИХОСОМАТИЧНІ ПРОЯВИ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ У  
НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ФОНІ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ**

Керівник: викладач  
Філіпенко Вікторія Вікторівна  
(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент: директор ЗДО №48 МО ММР  
Пухалевич Людмила Олександрівна  
(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконав: студент VI курсу групи 665 М  
Коновалов Сергій Володимирович  
(П.І.Б.)

Спеціальності: 053 «Психологія»  
(шифр і назва спеціальності)

ОПП: «Психологія»

Миколаїв – 2025 рік

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

( повне найменування вищого навчального закладу )

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

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. завідувача кафедри психології

Володимир ШЕВЧЕНКО

“ ”

2025 року

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

**Коновалову Сергію Володимировичу**

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи): «Психосоматичні прояви хронічного стресу у населення України на фоні збройного конфлікту».

керівник роботи: Філіпенко Вікторія Вікторівна, викладач каф. психол.  
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом Чорноморського національного університету імені Петра Могили від «14» жовтня 2025 року № 240.

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) «24 листопада 2025 року

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: вступ, основна частина, висновок, список використаних джерел та літератури, додатки (якщо є).

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) згідно з планом кваліфікаційної роботи магістра.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) не планується

## 6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

| Розділ   | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис         |                  |
|----------|-------------------------------------------|----------------|------------------|
|          |                                           | завдання видав | завдання прийняв |
| Вступ    | Філіпенко В.В.                            |                |                  |
| Розділ 1 | Філіпенко В.В.                            |                |                  |
| Розділ 2 | Філіпенко В.В.                            |                |                  |
| Розділ 3 | Філіпенко В.В.                            |                |                  |
| Висновки | Філіпенко В.В.                            |                |                  |

## 7. Дата видачі завдання 14.10.2025

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів кваліфікаційної роботи                                                           | Строк виконання етапів проєкту (роботи) | Примітка |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------|
| 1.    | Вступ до кваліфікаційної роботи                                                               | вересень 2025                           |          |
| 2.    | Розділ 1. Теоретичні основи дослідження психосоматичних проявів хронічного стресу             | вересень 2025                           |          |
| 3.    | Розділ 2. Емпіричне дослідження психосоматичних проявів хронічного стресу у населення України | вересень-жовтень 2025                   |          |
| 4.    | Розділ 3. Психологічна корекція та профілактика психосоматичних проявів хронічного стресу     | жовтень 2025                            |          |
| 5.    | Висновки                                                                                      | листопад 2025                           |          |
| 6.    | Передкваліфікаційна практика                                                                  | 06.10 – 18.10. 2025                     |          |
| 7.    | Оформлення списку використаних джерел та літератури, додатків                                 | листопад 2025                           |          |
| 8.    | Попередній захист                                                                             | 27.11.2025                              |          |
| 9.    | Рецензія на кваліфікаційну роботу                                                             | 02.12.2025                              |          |
| 10.   | Захист кваліфікаційної роботи                                                                 | 17.12 2025                              |          |

Студент

(підпис)

**Коновалов С.В.**

(прізвище та ініціали)

Керівник проєкту (роботи)

(підпис)

**Філіпенко В. В.**

(прізвище та ініціали)

## **АНОТАЦІЯ**

**Коновалов С. В. Психосоматичні прояви хронічного стресу у населення України на фоні збройного конфлікту.**

**Кваліфікаційна робота на здобуття другого ступеня вищої освіти (магістр) зі спеціальності 053 – «Психологія». Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2025.**

**У дипломній роботі здійснено теоретичний аналіз проблеми психосоматичних розладів, спричинених хронічним стресом в умовах тривалого збройного конфлікту. Досліджено нейробіологічні, ендокринні та психологічні механізми трансформації дистресу у соматичні симптоми, визначено специфіку їх прояву у різних категорій населення.**

**Проведено емпіричне дослідження, спрямоване на оцінку полісистемних соматичних проявів (порушення сну, кардіоваскулярні, гастроінтестинальні симптоми тощо) та емоційного стану респондентів із використанням розробленої анкети, клінічного інтерв'ю та аналізу копінг-стратегій.**

**Розроблено й обґрунтовано комплексну програму психологічної підтримки «Шлях до внутрішньої стабільності», яка інтегрує когнітивно-поведінкові методи, тілесно-орієнтовані практики, техніки майндфулнес та психоедукацію.**

**Оцінено ефективність запропонованої програми, результати якої підтвердили її позитивний вплив на редукцію психосоматичної симптоматики, зниження рівня тривожності та підвищення адаптаційного потенціалу особистості.**

**Ключові слова: психосоматичні прояви, хронічний стрес, збройний конфлікт, соматизація, внутрішньо переміщені особи, адаптація, психологічна корекція, програма «Шлях до внутрішньої стабільності», тілесно-орієнтована терапія.**

## **ABSTRACT**

**Konovalov S. V. Psychosomatic Manifestations of Chronic Stress in the Population of Ukraine Against the Background of Armed Conflict.**

**Qualification thesis for obtaining a Master's degree in Psychology (specialty 053 – "Psychology"). Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, 2025.**

**The thesis presents a theoretical analysis of the problem of psychosomatic disorders caused by chronic stress in the context of a prolonged armed conflict. The neurobiological, endocrine, and psychological mechanisms of distress transformation into somatic symptoms are examined, and the specifics of their manifestation in different population categories are defined.**

**An empirical study was conducted to assess polysystemic somatic manifestations (sleep disorders, cardiovascular, gastrointestinal symptoms, etc.) and the emotional state of respondents using a developed questionnaire, clinical interview, and analysis of coping strategies.**

**A comprehensive psychological support program "Path to Inner Stability" was developed and substantiated, integrating cognitive-behavioral methods, body-oriented practices, mindfulness techniques, and psychoeducation.**

**The effectiveness of the proposed program was evaluated, and the results confirmed its positive impact on reducing psychosomatic symptoms, lowering anxiety levels, and increasing the adaptive potential of the individual.**

**Keywords: psychosomatic manifestations, chronic stress, armed conflict, somatization, internally displaced persons, adaptation, psychological correction, "Path to Inner Stability" program, body-oriented therapy.**

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ВСТУП.....                                                                                                                       | 5   |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ .....                                          | 9   |
| 1.1 Психосоматичні розлади: сутність, класифікація та механізми розвитку .....                                                   | 9   |
| 1.2 Хронічний стрес як фактор формування психосоматичної патології .....                                                         | 18  |
| 1.3 Вплив збройних конфліктів на психічне та соматичне здоров'я населення .....                                                  | 26  |
| 1.4 Особливості психосоматичних проявів у умовах тривалого військового конфлікту .....                                           | 30  |
| Висновки до першого розділу .....                                                                                                | 37  |
| РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ У НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ.....                               | 39  |
| 2.1 Організація та методи дослідження психосоматичних проявів хронічного стресу .....                                            | 39  |
| 2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження психосоматичних проявів у населення України на фоні збройного конфлікту..... | 44  |
| Висновки до другого розділу .....                                                                                                | 60  |
| РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ .....                                  | 62  |
| 3.1 Психологічні методи корекції психосоматичних розладів в умовах хронічного стресу .....                                       | 62  |
| 3.2 Розробка програми психологічної підтримки для осіб з психосоматичними проявами хронічного стресу.....                        | 71  |
| 3.3 Рекомендації щодо профілактики та зменшення психосоматичних проявів у населення в умовах збройного конфлікту .....           | 84  |
| Висновки до третього розділу.....                                                                                                | 91  |
| ВИСНОВКИ.....                                                                                                                    | 94  |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....                                                                                                 | 96  |
| ДОДАТКИ.....                                                                                                                     | 108 |

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Збройний конфлікт на території України створює безпрецедентні умови для формування масових психосоматичних порушень серед цивільного населення, що становить серйозну загрозу національному здоров'ю та соціальній стабільності суспільства. Тривалий вплив воєнного стресу призводить до дисрегуляції психофізіологічних систем організму, трансформуючи психологічний дистрес у соматичні прояви через складні нейроендокринні та імунологічні механізми. Масштабність проблеми посилюється руйнуванням системи охорони здоров'я, обмеженим доступом до медичної та психологічної допомоги, що створює умови для хронізації як психічних, так і соматичних захворювань. Особливу тривогу викликає той факт, що психосоматична патологія охоплює не лише безпосередніх учасників бойових дій, але й широкі верстви цивільного населення, включаючи внутрішньо переміщених осіб, мешканців прифронтових територій та родичів військовослужбовців.

Психосоматичні розлади представляють собою складний феномен, де психологічне напруження матеріалізується у тілесних симптомах, охоплюючи практично всі фізіологічні системи організму. Дослідники проблем психосоматики, такі як: З. Липовський, П. Генінгсен, К. Кроенке, Р. Шпіцер, К. Лі та інші, розглядають ці стани як результат взаємодії нейробіологічних, психологічних та соціокультурних факторів, що формують самопідтримуючі патологічні цикли. Хронічний стрес запускає каскад патофізіологічних змін через дисфункцію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, автономної нервової системи та імунологічні порушення, що призводить до виснаження адаптаційних резервів організму.

Воєнний контекст створює унікальні умови для розвитку психосоматичної патології через поєднання безпосередньої загрози життю з руйнуванням соціальної інфраструктури, економічною дестабілізацією та втратою звичного способу життя. Проблеми психічного здоров'я населення в умовах збройних конфліктів досліджували: К. Борщ, Д. Засовенко, О. Гульбас, О. Кобець, Л. Міхеєва, М. Олійник та багато інших, проте специфіка психосоматичних проявів у контексті тривалого

військового протистояння в Україні потребує додаткового наукового вивчення та розробки адаптованих терапевтичних стратегій.

Взаємозв'язок між хронічним воєнним стресом і психосоматичними проявами є практичним питанням інтеграції біологічних, психологічних та соціальних механізмів у розвитку патологічних станів. Проблеми співвідношення психічних та соматичних компонентів у структурі стресових розладів присвячені праці багатьох авторів, таких як: П. Гроссман, Г. Андерсон, М. Лінехан, Р. Кеслер, Дж. Хассард, Н. Мехта та інших.

Розглядаючи психосоматичні прояви у населення України в умовах збройного конфлікту, слід зазначити, що вони мають полісистемний характер та охоплюють нервову, серцево-судинну, гастроінтестинальну, м'язово-скелетну та ендокринну системи. Дослідники вважають, що психосоматичні симптоми виконують наступні функції: сигнальну, що означає, що організм сигналізує про перевантаження психологічних ресурсів; захисну, оскільки соматизація може бути способом уникнення емоційного болю; комунікативну, з одного боку, тілесні симптоми можуть виражати невербалізовані психологічні конфлікти та функцію саморегуляції, включаючи спробу організму відновити порушену рівновагу.

Сутність дослідження полягає в тому, що існує тісний зв'язок між інтенсивністю та тривалістю воєнного стресу і розвитком специфічних психосоматичних паттернів, що, у свою чергу, визначає необхідність розробки цільових програм психологічної підтримки та профілактичних заходів для мінімізації негативних наслідків тривалої травматизації.

**Об'єкт** – психосоматичні прояви хронічного стресу у населення України.

**Предмет** – психологічні особливості психосоматичних проявів хронічного стресу у населення України в умовах збройного конфлікту.

**Мета роботи** – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості психосоматичних проявів хронічного стресу у населення України на фоні збройного конфлікту, а також розробити програму психологічної підтримки для осіб з виявленими порушеннями.

Відповідно до мети були визначені **завдання дослідження:**

1. На основі теоретико-методологічного аналізу розглянути сутність психосоматичних розладів, їх класифікацію, механізми розвитку та роль хронічного стресу як ключового фактора формування психосоматичної патології.
2. Визначити специфіку впливу збройних конфліктів на психічне та соматичне здоров'я населення і охарактеризувати особливості психосоматичних проявів в умовах тривалого військового конфлікту.
3. Організувати та провести емпіричне дослідження психосоматичних проявів хронічного стресу у населення України на фоні збройного конфлікту з подальшим аналізом та інтерпретацією результатів.
4. Узагальнити психологічні методи корекції психосоматичних розладів в умовах хронічного стресу та розробити програму психологічної підтримки "Шлях до внутрішньої стабільності" для осіб з психосоматичними проявами.
5. Сформулювати рекомендації щодо профілактики та зменшення психосоматичних проявів у населення в умовах збройного конфлікту.
6. Визначити перспективи впровадження корекційно-профілактичних заходів у систему психологічної допомоги постраждалому населенню.

**Методи дослідження.** Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень), емпіричні (методи тестування, структуроване інтерв'ювання, анкетування, констатувальний експеримент), методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження); методи математичної статистики: описова статистика, порівняльний та кореляційний аналізи (кореляційний аналіз К. Пірсона, оцінка розбіжності експериментальних даних за допомогою t-критерію Ст'юдента). При обробці даних використовувались комп'ютерні програми: MS Excel та SPSS 17.0.

**Експериментальна база дослідження.** Вибірку дослідження склали 30 осіб віком від 22 до 58 років, які перебувають під впливом збройного конфлікту в Україні, включаючи внутрішньо переміщених осіб, мешканців прифронтових територій та родичів військовослужбовців.

**Теоретична та практична значущість.** Теоретична значимість результатів дослідження полягає в удосконаленні теоретичного та емпіричного аналізу питань психосоматичних проявів хронічного стресу в умовах збройного конфлікту, розкритті специфічних механізмів трансформації психологічного дистресу у соматичні симптоми, а також обґрунтуванні біопсихосоціальної моделі розуміння психосоматичної патології у воєнний час. Розроблені матеріали дослідження можна використовувати для розробки наукових даних, лекційних курсів з кризової психології, психосоматичної медицини та інформаційних виступів.

**Практичне значення** даного дослідження полягає в отриманні даних, що розкривають особливості психосоматичних проявів у різних категорій постраждалого населення, розробці програми "Шлях до внутрішньої стабільності" для психологічної підтримки осіб з психосоматичними порушеннями, а також формуванні рекомендацій щодо профілактики та корекції психосоматичних станів у умовах збройного конфлікту. Дослідження психосоматичної проблематики може бути використане для вдосконалення системи психологічної та медичної допомоги населенню, що переживає наслідки тривалої травматизації, за рахунок впровадження доказових міждисциплінарних підходів до діагностики та терапії.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на: XII Міжнародній науково-практичній конференції «Global trends in science and education», 15-17.12.2025, Київ, Україна; VI Міжнародній науково-практичній конференції «Modern science: trends, challenges, solutions», 17-19.01.2026, Ліверпуль, Великобританія.

**Публікації.** Основний зміст і результати роботи висвітлено у збірці тез VI Міжнародної науково-практичної конференції «Modern science: trends, challenges, solutions», 17-19.01.2026, Ліверпуль, Великобританія.

**Структура роботи** складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної магістерської роботи становить 125 сторінок, основний зміст викладено на 87 сторінках. Робота містить 6 таблиць, 4 рисунків та 1 додаток. Список використаних джерел складає 101 праці українських та зарубіжних авторів, з них 57 – іншомовні.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ

#### 1.1 Психосоматичні розлади: сутність, класифікація та механізми розвитку

Психосоматичні розлади представляють собою групу захворювань, у патогенезі яких провідну роль відіграють психологічні чинники, що трансформуються у фізичні симптоми через складні нейрофізіологічні механізми. Термін "психосоматика" походить від грецьких слів "psyche" (душа) та "soma" (тіло), відображаючи нерозривний зв'язок між ментальними процесами та тілесними проявами. У сучасній медичній науці психосоматичні розлади розглядаються як мультифакторні стани, де емоційні переживання, когнітивні паттерни та поведінкові особливості особистості виступають тригерами соматичних дисфункцій. Складність діагностики таких станів полягає у тому, що пацієнти часто не усвідомлюють психологічного підґрунтя своїх фізичних скарг, концентруючись виключно на тілесних відчуттях [93].

Визначення психосоматичних розладів у науковій літературі варіюються залежно від теоретичної парадигми дослідника. Ліповський у 1984 році запропонував розуміти психосоматичну медицину як наукову дисципліну, що вивчає взаємозв'язки біологічних, психологічних та соціальних детермінант здоров'я і хвороби [32]. Згідно з DSM-5, психосоматичні стани класифікуються як соматичні симптоматичні розлади, характерною ознакою яких є наявність фізичних симптомів, що спричиняють значний дистрес або функціональні порушення, супроводжуючись надмірними думками, почуттями чи поведінкою щодо цих симптомів [10]. Інший підхід пропонує Американське психосоматичне товариство, визначаючи психосоматичні захворювання як патологічні стани, у розвитку яких психологічні фактори взаємодіють з біологічною вразливістю організму, створюючи специфічні паттерни органної патології. Водночас Європейська асоціація психосоматичної медицини акцентує увагу на біопсихосоціальній моделі, де психосоматичні прояви

розглядаються як результат порушення адаптивних механізмів на різних рівнях функціонування організму [56, 77].

Нейрофізіологічні механізми трансформації психологічного стресу у соматичні симптоми залишаються предметом інтенсивних досліджень. Активація симпатичної нервової системи при стресовій реакції призводить до вивільнення катехоламінів, що спричиняє каскад фізіологічних змін: підвищення артеріального тиску, прискорення серцевого ритму, посилення м'язового тону та зміну моторики травного тракту. Хронічна гіперактивація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи порушує циркадні ритми секреції кортизолу, що негативно впливає на імунну функцію, метаболізм глюкози та процеси запалення [8].

Імунна система виступає критичною ланкою у розвитку психосоматичної патології через механізми психонейроімунології. Хронічний стрес індукує стан системного запалення низької інтенсивності, характеризуючись підвищенням рівнів прозапальних цитокінів: інтерлейкіну-6, інтерлейкіну-1 $\beta$  та фактору некрозу пухлин- $\alpha$ . Ці медіатори запалення здатні проникати через гематоенцефалічний бар'єр, впливаючи на функціонування головного мозку та посилюючи симптоми депресії, тривоги та когнітивних порушень. Зміни у функціонуванні натуральних кілерів, Т-лімфоцитів та активності макрофагів під впливом хронічного психологічного дистресу підвищують вразливість організму до інфекційних захворювань та автоімунних процесів. Концепція "хвороби поведінки", спричиненої прозапальними цитокінами, пояснює низку соматичних скарг пацієнтів із психосоматичними розладами через безпосередній вплив імунних медіаторів на центральну нервову систему [76].

Класифікація психосоматичних розладів еволюціонувала від класичної концепції семи "святих" хвороб до сучасних нозологічних систем. Франц Александр у 1950 році виділив сім психосоматичних захворювань: бронхіальну астму, есенціальну гіпертензію, виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, ревматоїдний артрит, неспецифічний виразковий коліт, нейродерміт та тиреотоксикоз [19]. Сучасна Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) оперує терміном "тілесний дистрес-розлад", що включає стани з

множинними, персистуючими тілесними симптомами, які супроводжуються надмірною увагою до цих проявів. Концепція "функціональних соматичних синдромів" об'єднує стани з подібними клінічними характеристиками: синдром подразненого кишечника, фіброміалгію, синдром хронічної втоми, неспецифічний біль у попереку та головний біль напруги [24].

Особливість психосоматичних розладів полягає у їхній поліморфній клінічній картині, що ускладнює диференціальну діагностику. Кардіоваскулярні прояви можуть включати серцебиття, кардіалгії, лабільність артеріального тиску та відчуття нестачі повітря без об'єктивних ознак органічної патології серцево-судинної системи. Гастроінтестинальні симптоми охоплюють абдомінальний біль, нудоту, диспепсію, діарею або закрепи, метеоризм та дисфагію, що значно погіршують якість життя пацієнтів [82]. Респіраторні прояви представлені відчуттям утрудненого дихання, гіпервентиляційним синдромом та неспецифічним кашлем. Неврологічні симптоми включають головний біль, запаморочення, парестезії, м'язову слабкість та конверсійні розлади. Дерматологічні прояви можуть виражатися свербіжем, висипаннями, атиповим дерматитом та хронічною кропив'янкою психогенного походження [52].

Діагностичний процес при підозрі на психосоматичні розлади вимагає ретельного виключення органічної патології та оцінки психологічного стану пацієнта. Клінічні критерії соматичних симптоматичних розладів згідно з DSM-5 включають наявність одного або більше соматичних симптомів, що спричиняють дистрес або порушують повсякденне функціонування, надмірні думки, почуття або поведінку, пов'язані з цими симптомами, та персистуючий характер симптоматики впродовж щонайменше шести місяців. Психодіагностичний інструментарій охоплює Торонтську алекситимічну шкалу (TAS-20), опитувальник соматизації PHQ-15, шкалу соматосенсорної ампліфікації та опитувальник здоров'я пацієнта. Об'єктивізація функціональних порушень може включати варіабельність серцевого ритму, електрогастрографію, полісомнографію та нейрофізіологічні методи дослідження. Мультидисциплінарний підхід до діагностики передбачає співпрацю лікарів різних спеціальностей: терапевтів, неврологів, психіатрів та клінічних психологів для формування цілісного уявлення про стан пацієнта [29, 47].

Концепція соматосенсорної ампліфікації пояснює механізм, через який психологічні фактори посилюють сприйняття нормальних фізіологічних відчуттів. Барський та Вишак у 1990 році описали феномен, коли індивіди з підвищеною соматосенсорною ампліфікацією інтерпретують звичайні тілесні сигнали як інтенсивні, небезпечні та тривожні [3]. Когнітивна модель передбачає, що селективна увага до тілесних відчуттів, катастрофічна інтерпретація симптомів та уникаюча поведінка створюють цикл хронічної соматизації. Нейробіологічні дослідження підтверджують, що у осіб із соматосенсорною ампліфікацією спостерігається гіперактивація острівкової кори та передньої поясної звивини при інтероцептивній стимуляції.

Гендерні відмінності у проявах психосоматичних розладів привертають увагу дослідників через значну перевагу жінок серед пацієнтів із такими діагнозами. Епідеміологічні дані свідчать, що жінки втричі частіше повідомляють про множинні соматичні скарги порівняно з чоловіками. Біологічні пояснення включають роль статевих гормонів у модуляції больової чутливості, стресової відповіді та імунної функції. Естроген впливає на серотонінергічну передачу, що може пояснювати вищу поширеність депресивних та тривожних розладів серед жінок, які часто супроводжуються соматичними проявами [65]. Соціокультурні чинники передбачають різні гендерні норми щодо вираження емоцій: чоловіки частіше схильні до соматизації через соціальну неприйнятність відкритого вираження вразливості. Жінки демонструють вищу інтероцептивну обізнаність та більшу готовність повідомляти про тілесні симптоми медичним працівникам. Репродуктивні періоди життя жінки, включаючи менструальний цикл, вагітність, післяпологовий період та менопаузу, характеризуються гормональними коливаннями, що можуть впливати на вразливість до психосоматичних проявів [33].

Культурні аспекти психосоматичних розладів визначають специфічні паттерни соматизації у різних етнічних групах. Концепція "ідіом дистресу" описує культурно-специфічні способи вираження психологічного страждання через тілесні метафори. У західних культурах превалює кардіологічна та гастроінтестинальна симптоматика, тоді як у азіатських популяціях частіше спостерігаються головний біль,

запаморочення та відчуття "втоми кісток" [9]. Культурні переконання щодо природи хвороби, ролі емоцій у виникненні соматичних симптомів та прийнятності психологічної допомоги суттєво впливають на пошук лікування та комплаєнс пацієнтів. Стигматизація психічних розладів у багатьох культурах призводить до того, що люди віддають перевагу формулюванню своїх проблем у соматичних термінах, оскільки фізичні захворювання сприймаються як більш легітимні [54].

Тривожні розлади часто маніфестують через панічні атаки з вираженими вегетативними проявами, які пацієнти помилково інтерпретують як ознаки серцевого нападу або інсульту. Посттравматичний стресовий розлад характеризується соматичними флешбеками, коли травматичні спогади повертаються не лише у вигляді образів та емоцій, але й через тілесні відчуття [35]. Обсесивно-компульсивний розлад може включати надмірну стурбованість соматичним здоров'ям та комппульсивну поведінку щодо моніторингу тілесних функцій. Розуміння цієї коморбідності критично для ефективного лікування, оскільки терапевтичні втручання мають адресувати як соматичні симптоми, так і підлежні психічні порушення [2].

Нейропластичність та можливість модифікації нейронних мереж відкривають перспективи для психологічних та фармакологічних втручань при психосоматичних розладах. Когнітивно-поведінкова терапія демонструє здатність змінювати активність префронтальної кори та амігдали, що корелює з редукцією симптоматики. Практики усвідомленості індукують структурні зміни в острівковій корі та передній поясній звивині, покращуючи інтероцептивну обізнаність та емоційну регуляцію. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну модулюють не лише настрій, але й больову чутливість через вплив на низхідні антиноцицептивні шляхи. Біофідбек-тренінг варіабельності серцевого ритму допомагає пацієнтам розвивати навички регуляції автономної нервової системи. Мультиmodalний підхід, що комбінує різні терапевтичні стратегії, показує найкращі результати у довгостроковій перспективі, підкреслюючи необхідність персоналізованих протоколів лікування [99].

Психофізіологічна концепція стресу, сформульована Ганс Сел'є у середині XX століття, заклала фундамент для розуміння механізмів психосоматичних розладів

через призму адаптаційних реакцій організму. Сел'є описав загальний адаптаційний синдром як універсальну відповідь на стресори, що включає три послідовні стадії: тривоги, резистентності та виснаження. На стадії тривоги активуються нейроендокринні системи, мобілізуючи енергетичні ресурси для протистояння загрозі. Фаза резистентності характеризується максимальною адаптацією організму до стресора через стабілізацію фізіологічних параметрів на новому функціональному рівні [39].

Вісцеральна теорія емоцій та концепція соматичних маркерів розширюють розуміння взаємозв'язку між емоційними процесами та тілесними відчуттями. Антоніо Дамасіо запропонував гіпотезу соматичних маркерів, згідно з якою емоційні переживання завжди супроводжуються специфічними змінами у тілесному стані, що створює інтероцептивний зворотний зв'язок для регуляції поведінки. Острівкова кора виступає критичним нейроанатомічним субстратом інтероцепції, інтегруючи сигнали від внутрішніх органів та формуючи суб'єктивне переживання емоцій [25]. Порушення інтероцептивної точності може призводити до неадекватного сприйняття тілесних сигналів та розвитку соматичних симптомів. Експериментальні дані демонструють, що тренування інтероцептивної обізнаності покращує емоційну регуляцію та редукує соматичні скарги у пацієнтів із функціональними розладами. Теоретична інтеграція цих концепцій дозволяє розглядати психосоматичні прояви як дезадаптивні патерни інтероцептивної обробки інформації [100].

Роль мікробіоти кишечника у патогенезі психосоматичних розладів представляє новий напрямок досліджень у рамках вісі "кишечник-мозок". Двонаправлений зв'язок між центральною нервовою системою та ентеральною нервовою системою здійснюється через блукаючий нерв, нейроендокринні сигнали, імунні медіатори та мікробні метаболіти [71]. Дисбіоз кишечника, характеризуючись порушенням балансу симбіотичної мікрофлори, асоціюється з підвищеним рівнем системного запалення та змінами у поведінці [44].

Мітохондріальна дисфункція як патофізіологічний механізм психосоматичних розладів привертає зростаючу увагу дослідників. Хронічний психологічний стрес негативно впливає на біогенез мітохондрій та їхню функціональну активність через

порушення експресії генів, що кодують компоненти дихального ланцюга [70]. Вимірювання біомаркерів мітохондріальної функції, включаючи співвідношення лактат/піруват, активність цитохром С-оксидази та рівень мітохондріальної ДНК у плазмі, може допомогти у стратифікації пацієнтів із психосоматичними розладами. Терапевтичні стратегії, спрямовані на покращення мітохондріального здоров'я через нутрицевтики та фізичні вправи, демонструють потенціал у комплексному лікуванні таких станів [51, 4].

Травма розвитку та концепція прив'язаності формують важливий контекст для розуміння етіології психосоматичних розладів. Несприятливі дитячі переживання, включаючи фізичне чи емоційне насильство, нехтування та дисфункцію сім'ї, асоціюються з підвищеним ризиком розвитку психосоматичної патології у дорослому віці. Порушення ранньої прив'язаності впливають на формування нейробіологічних систем регуляції стресу, що виражається підвищеною реактивністю гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі [66, 90].

Нейроендокринні осі, окрім класичної гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи, відіграють суттєву роль у патогенезі психосоматичних проявів. Гіпоталамо-гіпофізарно-тиреοїдна вісь демонструє чутливість до психологічного стресу, що проявляється змінами у секреції тиреотропного гормону та периферичних тиреοїдних гормонів. Субклінічні порушення функції щитоподібної залози можуть супроводжуватися широким спектром неспецифічних симптомів: втому, порушеннями настрою, когнітивними труднощами та вегетативною дисрегуляцією. Гіпоталамо-гіпофізарно-гонадна вісь також зазнає впливу хронічного стресу, що клінічно виражається порушеннями менструального циклу, зниженням лібідо та репродуктивними дисфункціями [43]. Вісь гормон росту-інсуліноподібний фактор росту демонструє супресію при тривалому психологічному дистресі, що може сприяти метаболічним порушенням. Інтеграція цих нейроендокринних систем та їхня взаємодія з імунною функцією створює складну мережу, дисбаланс якої лежить в основі психосоматичних розладів.

Концепція алостатичного навантаження описує кумулятивний вплив хронічного стресу на фізіологічні системи організму [26]. Брюс Макевен запровадив

термін "алостаз" для позначення процесу досягнення стабільності через зміни, що відрізняється від гомеостазу як підтримання постійності внутрішнього середовища [36]. Алоstaticне навантаження накопичується через повторювану активацію стресових систем або неадекватність їхньої деактивації після припинення дії стресора [94].

Роль сну у патогенезі та підтриманні психосоматичних розладів заслуговує окремої уваги. Хронічний стрес порушує архітектуру сну через дисрегуляцію циркадних ритмів та гіперактивацію нейроендокринних стресових систем. Інсомнія та інші порушення сну асоціюються з підвищеним ризиком розвитку психосоматичної патології через вплив на імунну функцію, метаболізм та емоційну регуляцію. Фрагментація сну призводить до збільшення рівнів прозапальних цитокінів, що посилює системне запалення та больову чутливість. Дефіцит сну негативно впливає на префронтальну кору, порушуючи виконавчі функції та здатність до адаптивної емоційної регуляції [69].

Харчування та метаболічні процеси представляють додатковий вимір у розумінні психосоматичних механізмів. Дієта впливає на функціонування мозку через забезпечення нутрієнтами, необхідними для синтезу нейротрансмітерів, підтримання цілісності гематоенцефалічного бар'єру та модуляції нейрозапалення. Дефіцит есенціальних поживних речовин, зокрема омега-3 жирних кислот, вітамінів групи В, магнію та цинку, асоціюється з підвищеним ризиком депресивних та тривожних розладів із соматичними проявами [89]. Гіперглікемія та інсулінорезистентність, спричинені хронічним стресом та нездоровим харчуванням, негативно впливають на нейропластичність та когнітивні функції. Запальний потенціал дієти, визначуваний співвідношенням про- та протизапальних нутрієнтів, корелює з вираженістю психосоматичних симптомів. Нутриціологічна психіатрія досліджує потенціал дієтичних втручань у профілактиці та лікуванні психічних та психосоматичних розладів, хоча оптимальні протоколи потребують подальшої стандартизації [49, 61].

Соціальна підтримка та якість міжособистісних стосунків виступають протективними факторами проти розвитку психосоматичних розладів. Сприймана

соціальна підтримка модулює стресову відповідь через зниження реактивності гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі та активацію окситоцинергічних шляхів. Соціальна ізоляція асоціюється з підвищеним ризиком множинних соматичних скарг, хронічного болю та імунної дисфункції. Нейробіологічні дослідження демонструють, що соціальне виключення активує ті самі мозкові структури, що й фізичний біль, підкреслюючи глибинний зв'язок між соціальними та тілесними переживаннями [11].

Економічні та професійні стресори представляють специфічний тип хронічного дистресу, релевантного для психосоматичної патології. Професійне вигорання, характеризуючись емоційним виснаженням, деперсоналізацією та зниженням професійної самоефективності, супроводжується широким спектром соматичних симптомів. Модель "зусилля-винагорода дисбалансу" постулює, що невідповідність між вкладеними зусиллями та отриманою винагородою створює хронічний стрес із соматичними наслідками [97].

Технологічний стрес та цифрова перевантаженість становлять сучасні виклики для психосоматичного здоров'я. Постійна доступність через смартфони стирає межі між робочим та особистим часом, унеможлиблюючи психологічне відновлення. Інформаційне перенавантаження та синдром FOMO (страху пропустити щось важливе) підтримують хронічну активацію стресових систем. Використання соціальних мереж асоціюється з підвищеним соціальним порівнянням, зниженням самооцінки та посиленням тривожної симптоматики. Синє світло від екранів порушує циркадні ритми через супресію мелатоніну, що негативно впливає на якість сну. Текстова шия та синдром зап'ястного каналу представляють прямі фізичні наслідки тривалого використання цифрових пристроїв. Втручання з цифрової гігієни, включаючи обмеження екранного часу, встановлення "цифрових меж" та практики цифрового детоксу, можуть сприяти редукції технологічно-індукованих психосоматичних симптомів [28, 42].

Фармакологічні підходи до лікування психосоматичних розладів базуються на розумінні нейрохімічних механізмів симптомоутворення. Антидепресанти різних класів виявляють ефективність у редукції соматичних симптомів навіть за відсутності коморбідної депресії через вплив на серотонінергічну та норадренергічну передачу.

Трициклічні антидепресанти та інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну демонструють аналгетичні властивості через модуляцію низхідних антиноцицептивних шляхів [68]. Анксіолітики бензодіазепінового ряду забезпечують швидке полегшення вегетативних симптомів тривоги, проте їхнє довгострокове використання обмежується ризиком залежності. Атипові антипсихотики у низьких дозах можуть бути корисними при резистентних соматичних симптомах через вплив на дофамінергічну та серотонінергічну системи. Персоналізований підбір фармакотерапії на основі симптоматичного профілю, коморбідної патології та фармакогенетичних особливостей пацієнта оптимізує терапевтичний результат [50, 60].

Узагальнюючи представлений матеріал, психосоматичні розлади виступають складним біопсихосоціальним феноменом, патогенез якого включає множинні взаємодіючі рівні організації: від молекулярно-генетичних механізмів до соціокультурних детермінант. Сучасне розуміння етіології цих станів відійшло від спрощених моделей до визнання багатофакторної природи психосоматичних проявів, що вимагає мультидисциплінарної діагностики та інтегративних терапевтичних підходів. Класифікаційні системи продовжують еволюціонувати, прагнучи врахувати як патофізіологічні механізми, так і клінічну феноменологію розладів. Психологічні, поведінкові та соціальні фактори не просто супроводжують біологічні процеси, але активно формують траєкторію розвитку та прогноз психосоматичної патології. Розуміння цих механізмів набуває критичного значення для розробки ефективних превентивних та терапевтичних стратегій, особливо релевантних для популяцій, що зазнають хронічного стресу через воєнні конфлікти, економічну нестабільність або соціальні потрясіння.

## **1.2 Хронічний стрес як фактор формування психосоматичної патології**

Хронічний стрес представляє собою стан тривалої активації адаптаційних систем організму у відповідь на персистуючі або повторювані стресори, що перевищує компенсаторні можливості психофізіологічної регуляції. На відміну від

гострого стресу, який мобілізує ресурси для швидкої відповіді на загрозу з подальшим поверненням до гомеостатичного стану, хронічний стрес характеризується відсутністю періодів відновлення та накопиченням патологічних змін у різних системах організму. Сучасні дослідження демонструють, що саме хронічність стресового впливу, а не його інтенсивність, визначає ризик розвитку психосоматичної патології.

Концептуалізація хронічного стресу у науковій літературі охоплює різні теоретичні моделі та операційні визначення. Коген та колеги у 1995 році запропонували розрізняти гострі стресові події, послідовності стресових подій та хронічні стресори, що тривають понад місяць і включають тривалі життєві труднощі або рольові напруження [6]. Він визначає хронічний стрес як проблематичні соціальні умови та ролі, що характеризуються високим ступенем загрози та низьким контролем, персистуючи протягом тривалого періоду [7]. Перлін акцентує увагу на структурних аспектах хронічних стресорів, підкреслюючи їхню укоріненість у соціальних інституціях та життєвих обставинах [4]. Макевен розглядає хронічний стрес через призму алоstaticкого навантаження як кумулятивний ефект повторюваної або неадекватно регульованої алоstaticкої відповіді [35]. Спільним для цих підходів є визнання тривалості, персистентності та виснажливого впливу хронічних стресорів на адаптаційні резерви організму.

Нейробіологічні наслідки хронічного стресу включають структурні та функціональні зміни у ключових мозкових структурах, відповідальних за емоційну регуляцію та когнітивні процеси. Префронтальна кора, особливо медіальна префронтальна кора, демонструє атрофію дендритів та зниження синаптичної щільності під впливом тривалої експозиції до глюкокортикоїдів. Гіпокамп виявляє особливу вразливість до хронічного стресу через високу концентрацію глюкокортикоїдних рецепторів, що проявляється зменшенням об'єму, пригніченням нейрогенезу та порушенням синаптичної пластичності. Амігдала, навпаки, демонструє гіпертрофію та підвищену реактивність при хронічному стресі, що посилює тривожність та страхові реакції. Нейровізуалізаційні дослідження

підтверджують ці зміни у людей, які зазнали тривалого стресу, виявляючи кореляції між тривалістю стресової експозиції та ступенем атрофії гіпокампа [21].

Гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова вісь виступає центральним нейроендокринним механізмом стресової відповіді, дисфункція якої при хронічному стресі має каскадні наслідки для соматичного здоров'я. У нормі активація цієї осі характеризується швидким підвищенням рівня кортизолу з подальшим поверненням до базального рівня через механізми негативного зворотного зв'язку. Хронічний стрес порушує цю регуляцію через кілька можливих паттернів: гіперкортизолемію із збереженням підвищених рівнів гормону, сплюснення циркадного ритму секреції або гіпокортизолемію внаслідок виснаження наднирників. [16].

Імунологічні наслідки хронічного стресу створюють підґрунтя для розвитку запальних та аутоімунних захворювань через механізми психонейроімунології. Тривала експозиція до глюкокортикоїдів спочатку супресує імунну функцію, проте при хронічному стресі розвивається резистентність імунних клітин до протизапальної дії кортизолу. Це призводить до парадоксального стану одночасної імуносупресії та хронічного запалення: знижується активність природних кілерів та Т-лімфоцитів, що підвищує вразливість до інфекцій, але водночас зростають рівні прозапальних цитокінів. Інфламасоми, внутрішньоклітинні білкові комплекси, що активуються стресовими сигналами, сприяють продукуванню інтерлейкіну-1 $\beta$  та інших медіаторів запалення. Хронічне системне запалення низької інтенсивності, часто визначуване як "inflammaging", прискорює біологічне старіння та підвищує ризик вікозалежних захворювань. Епігенетичні модифікації генів імунної відповіді під впливом хронічного стресу можуть персистувати навіть після припинення дії стресора, створюючи довготривалу імунологічну вразливість [73].

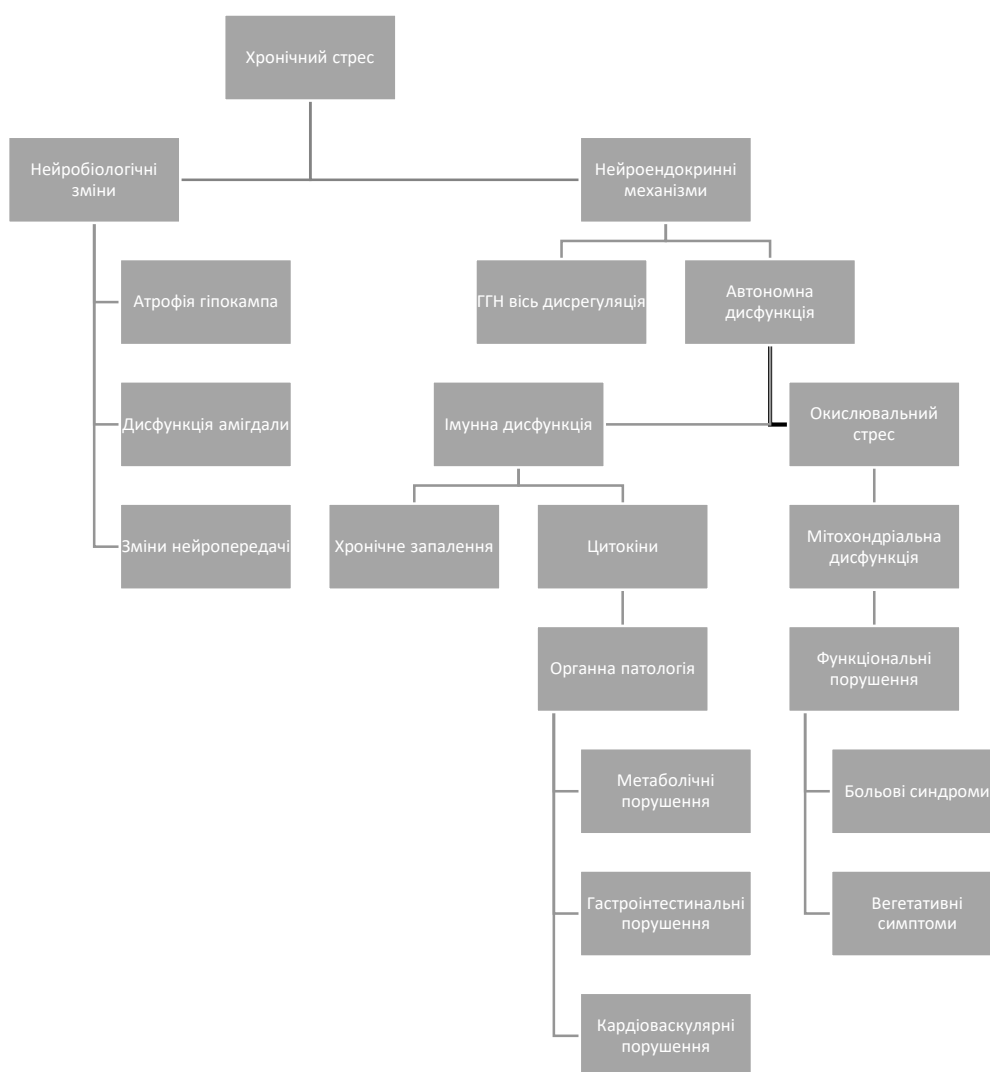
Автономна нервова система демонструє характерні зміни при хронічному стресі, що маніфестують різноманітними вегетативними симптомами. Дисбаланс симпатичного та парасимпатичного відділів виражається переважанням симпатичної активності та зниженням парасимпатичного тону, що об'єктивно вимірюється через аналіз варіабельності серцевого ритму. Хронічна дисрегуляція автономної нервової системи створює функціональні порушення у внутрішніх органах навіть за

відсутності первинної органічної патології, що клінічно проявляється різноманітними психосоматичними симптомами [30, 84].

Нейропластичність як двоспрямований процес може як опосередковувати негативні наслідки хронічного стресу, так і забезпечувати відновлення при ефективних інтервенціях. Стрес-індуковані зміни у синаптичній архітектурі включають ремоделювання дендритних шипиків, зміни експресії синаптичних білків та модифікацію нейротрансмітерних систем. Зниження рівня нейротрофічного фактору мозку під впливом хронічного стресу порушує підтримку нейрональної життєздатності та синаптогенез [84].

Метаболічні наслідки хронічного стресу включають широкий спектр порушень, що підвищують ризик розвитку кардіометаболічних захворювань. Хронічна гіперкортизолемія стимулює гліюконеогенез, пригнічує секрецію інсуліну та індукує інсулінорезистентність, створюючи передумови для розвитку цукрового діабету 2 типу.

Кардіоваскулярні наслідки хронічного стресу представляють одну з найбільш клінічно значущих форм психосоматичної патології. Тривала симпатична активація підтримує підвищений судинний тонус та артеріальний тиск, сприяючи розвитку есенціальної гіпертензії. Ендотеліальна дисфункція, спричинена окислювальним стресом, запаленням та порушенням продукування оксиду азоту, порушує вазодилатаційну здатність судин. Прискорене прогресування атеросклерозу при хронічному стресі опосередковується множинними механізмами: дисліпідемією, системним запаленням, гіперкоагуляцією та дисфункцією тромбоцитів. Епідеміологічні дослідження демонструють, що хронічний професійний стрес, низька соціальна підтримка та депресивна симптоматика незалежно підвищують ризик інфаркту міокарда та серцево-судинної смертності [25].



*Примітка.* Схема демонструє каскад патофізіологічних змін, через які хронічний стрес призводить до розвитку психосоматичної патології. ГГН вісь – гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова вісь.

Рисунок 1.2. Патофізіологічні механізми впливу хронічного стресу на розвиток психосоматичної патології гіпокампа

Респіраторна система демонструє особливу чутливість до психологічного стресу через тісний зв'язок емоційного стану з паттернами дихання. Гіпервентиляційний синдром, характеризуючись прискореним та поглибленим диханням, призводить до гіпокапнії та респіраторного алкалозу з наступними симптомами: запамороченням, парестезіями, відчуттям нереальності та тетанічними проявами [49].

Дерматологічні прояви психосоматичних наслідків хронічного стресу відображають складні взаємодії нейроімуноендокринних механізмів у шкірі. Нейрогенне запалення через вивільнення субстанції Р та кальцитонін-ген-пов'язаного пептиду з чутливих нервових закінчень індукує вазодилатацію, екстравазацію плазми та активацію тучних клітин. Порушення бар'єрної функції шкіри при хронічному стресі підвищує трансепідермальну втрату води та вразливість до подразників. Вплив стресових гормонів на процеси регенерації сповільнює загоєння ран та може пролонгувати перебіг шкірних захворювань. Психодерматологія як міждисциплінарний напрямок визнає необхідність інтегративного підходу до лікування стрес-асоційованих дерматологічних станів.

Репродуктивна система зазнає множинних впливів хронічного стресу через складні нейроендокринні взаємодії. У жінок стресові впливи можуть порушувати регулярність менструального циклу через супресію гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної осі кортикотропін-рилізінг фактором та гіперкортизолемією. Функціональна гіпоталамічна аменорея представляє крайній прояв цієї дисрегуляції, коли хронічний стрес або дефіцит енергії призводять до припинення менструацій. У чоловіків хронічний стрес знижує рівні тестостерону через пригнічення секреції лютеїнізуючого гормону та може порушувати сперматогенез. Сексуальні дисфункції, включаючи зниження лібідо, еректильну дисфункцію та аноргазмію, часто корелюють із вираженістю хронічного стресу та коморбідними депресивними або тривожними розладами [28].

Розуміння хронічного стресу як клінічного феномену вимагає розмежування між його тимчасовими характеристиками та фізіологічними наслідками. Якщо гострий стрес активізує адаптивні механізми організму для миттєвого реагування на загрозу, то хронічний варіант передбачає персистуючу активацію цих самих систем без можливості повернення до базового гомеостатичного стану. Тривалість впливу стресора стає критичним чинником, що визначає перехід від адаптації до патологічних змін у різноманітних органах і системах. Дослідники фіксують, що саме безперервність стресового навантаження, а не його пікова інтенсивність, формує передумови для виникнення соматичних розладів.

Нейробіологічна основа трансформації психологічного дистресу у фізичні симптоми розкривається через каскад взаємопов'язаних процесів. Префронтальна кора, яка відповідає за когнітивний контроль емоцій та прийняття рішень, зазнає структурних модифікацій під впливом тривалої експозиції до стресових гормонів. Атрофічні зміни у дендритній архітектурі нейронів медіальної префронтальної зони призводять до ослаблення виконавчих функцій та здатності регулювати емоційні реакції. Паралельно гіпокамп демонструє зменшення об'єму через пригнічення нейрогенезу у зубчастій звивині, що негативно впливає на консолідацію пам'яті та просторову орієнтацію. Амігдала реагує протилежним чином – гіпертрофується та посилює свою реактивність, формуючи підвищену готовність до сприйняття загрози навіть у нейтральних ситуаціях [35].

Автономна нервова система функціонує як посередник між психологічним станом та фізіологічними процесами у внутрішніх органах. Хронічне домінування симпатичного відділу над парасимпатичним створює стан постійної мобілізації ресурсів без належних періодів відновлення. Зниження варіабельності серцевого ритму, що відображає баланс між двома відділами автономної системи, служить предиктором кардіоваскулярних подій та загальної смертності у популяційних дослідженнях.

Імунологічні наслідки персистуючого стресу формують парадоксальний стан одночасної імуносупресії та хронічного запалення. Початкова фаза характеризується пригніченням клітинного імунітету через дію кортизолу на функцію лімфоцитів та природних кілерів, що підвищує схильність до інфекційних захворювань. Тривала експозиція призводить до розвитку резистентності імунних клітин до протизапальних ефектів глюкокортикоїдів, внаслідок чого зростає продукція прозапальних цитокінів попри високі рівні кортизолу у циркуляції. Інтерлейкін-6, фактор некрозу пухлин альфа та інтерлейкін-1 $\beta$  підтримують стан хронічного системного запалення низької інтенсивності, яке прискорює розвиток атеросклерозу, інсулінорезистентності та нейродегенеративних процесів [43].

Окислювальний дисбаланс представляє ключовий патофізіологічний механізм, через який психологічний стрес трансформується у біохімічні ушкодження на

клітинному рівні. Активація стресової відповіді супроводжується посиленням продукції активних форм кисню через мітохондріальний дихальний ланцюг та ферментативні системи, зокрема НАДФН-оксидазу. Одночасне виснаження антиоксидантних резервів порушує редокс-гомеостаз, що призводить до окислювального пошкодження ліпідів клітинних мембран, білкових структур та нуклеїнових кислот

Метаболічні порушення при хронічному стресі охоплюють множинні аспекти регуляції енергетичного гомеостазу. Стимуляція глюконеогенезу у печінці під впливом кортизолу забезпечує швидку мобілізацію глюкози, проте при тривалому впливі призводить до гіперглікемії та виснаження  $\beta$ -клітин підшлункової залози. Розвиток інсулінорезистентності периферичних тканин ускладнюється дією прозапальних цитокінів, які порушують внутрішньоклітинну передачу інсулінового сигналу через серинове фосфорилювання субстрату інсулінового рецептора. Ліполіз жирової тканини під впливом катехоламінів підвищує концентрацію вільних жирних кислот у плазмі крові, що індукує дисліпідемію та сприяє ектопічному накопиченню ліпідів у печінці, м'язах та підшлунковій залозі [70].

Кардіоваскулярні прояви хронічного стресу формуються через множинні патогенетичні шляхи, що синергічно підвищують ризик серцево-судинних подій. Тривала симпатична активація підтримує підвищений периферичний опір судин через вазоконстрикцію артеріол, що створює передумови для розвитку есенціальної гіпертензії. Ендотеліальна дисфункція виникає внаслідок зниженої біодоступності оксиду азоту через його інактивацію надлишком супероксиду та порушення експресії ендотеліальної NO-синтази. Хронічне системне запалення прискорює атерогенез через активацію ендотелію, адгезію моноцитів до судинної стінки та їхню трансформацію у макрофаги, які поглинають окислені ліпопротеїни. Гіперкоагуляція та підвищена активність тромбоцитів при стресі збільшують ймовірність тромботичних ускладнень атеросклеротичних бляшок. Автономний дисбаланс створює аритмогенний субстрат через порушення реполяризації міокарда та підвищену ектопічну активність [51, 9, 36].

Слід підкреслити їхню мультисистемність та взаємопідсилюючий характер. Дисрегуляція нейроендокринних осей створює каскад змін у метаболізмі, імунній функції та автономній регуляції, що синергічно підвищують вразливість до соматичних захворювань. Індивідуальна варіабельність у розвитку психосоматичних проявів визначається генетичною схильністю, епігенетичними модифікаціями, попереднім досвідом стресових впливів та наявністю адаптивних копінг-стратегій. Розуміння цих складних взаємодій необхідне для розробки персоніфікованих терапевтичних підходів, спрямованих не лише на симптоматичне полегшення, а й на корекцію базових патофізіологічних порушень, спричинених хронічним стресовим навантаженням.

### **1.3 Вплив збройних конфліктів на психічне та соматичне здоров'я населення**

Збройні конфлікти становлять екстремальну форму колективної травматизації, що виходить за межі індивідуального стресового досвіду та охоплює цілі спільноти, руйнуючи соціальні структури та порушуючи базові умови існування. На відміну від природних катастроф чи техногенних аварій, воєнні дії характеризуються навмисним характером насильства, тривалістю впливу та множинністю травмуючих факторів, що діють симультанно. Населення, яке переживає збройний конфлікт, зазнає не лише безпосередньої загрози життю від бойових дій, а й втрати близьких, руйнування домівок, примусового переміщення, економічної депривації та дезінтеграції звичного способу життя [64].

Концептуалізація впливу воєнної травми на здоров'я населення еволюціонувала від вузького фокусу на посттравматичному стресовому розладі до більш холістичного розуміння широкого спектру психічних та соматичних наслідків. Сучасні дослідження демонструють, що психопатологічні прояви у постраждалих від конфлікту популяціях включають депресивні розлади, генералізовану тривожність, панічні атаки, дисоціативні феномени та складне горе внаслідок втрати близьких за травматичних обставин. Соматичні наслідки охоплюють кардіоваскулярні

захворювання, гастроінтестинальні розлади, хронічний біль, імунологічні порушення та прискорене біологічне старіння [64].

Епідеміологічні дані з різних регіонів світу, охоплених збройними конфліктами, підтверджують драматичне зростання поширеності психічних розладів серед цивільного населення. Метааналітичні дослідження виявляють, що у популяціях, які зазнали воєнних дій, поширеність посттравматичного стресового розладу коливається від 15% до 30%, порівняно з 1-3% у загальній популяції країн без конфліктів [2, [84]. Депресивні розлади діагностуються у 20-40% осіб, експонованих до бойових дій, причому жінки демонструють вищу вразливість порівняно з чоловіками. Внутрішньо переміщені особи та біженці виявляють найвищі рівні психопатології через кумуляцію множинних травматичних переживань, втрату соціального капіталу та труднощі адаптації у нових умовах. Діти та підлітки, які зростають у зоні конфлікту, демонструють порушення емоційного розвитку, поведінкові проблеми та когнітивні дефіцити, що можуть мати довготривалі наслідки для їхнього психосоціального функціонування у дорослому віці [74].

Нейробіологічні механізми травматизації при збройних конфліктах включають стійкі зміни у функціонуванні стрес-реагуючих систем мозку. Повторювана експозиція до загрози життю сенситизує амігдалу, що призводить до гіперреактивності на потенційно небезпечні стимули та формування генералізованих страхових реакцій. Префронтальна кора втрачає здатність до ефективної модуляції лімбічних структур, що клінічно проявляється труднощами емоційної регуляції, імпульсивністю та схильністю до агресивної поведінки. Гіпокамп демонструє атрофічні зміни, які корелюють із вираженістю травматичних спогадів та їхньою інтрузивною природою. Нейровізуалізаційні дослідження ветеранів війни виявляють порушення зв'язності у мережі пасивного режиму роботи мозку та гіперактивацію острівцевої частки кори, що відповідає за інтероцептивну обізнаність та обробку соматичних відчуттів [75, 20].

Автономна дисфункція у осіб, експонованих до воєнних дій, проявляється стійким переважанням симпатичної активності навіть у безпечних умовах. Знижена варіабельність серцевого ритму відображає порушення адаптаційної гнучкості

автономної регуляції та асоціюється з підвищеним ризиком раптової серцевої смерті, особливо у ветеранів бойових дій. Гіперактивація симпатичної нервової системи підтримує стан постійної готовності до відповіді на загрозу, що клінічно проявляється підвищеною пильністю, перебільшеною реакцією на несподівані стимули та труднощами розслаблення [46]

Кардіоваскулярні наслідки проживання у зоні збройного конфлікту включають підвищення поширеності гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця та інсультів навіть серед осіб без традиційних факторів ризику. Епідеміологічні спостереження демонструють зростання частоти гострих коронарних подій під час інтенсивних бомбардувань та обстрілів, що пояснюється комбінацією гострого психологічного стресу, симпатичної гіперактивації та проконагулянтних змін у системі гемостазу. Хронічний характер конфлікту підтримує стабільно підвищений рівень артеріального тиску через невrogenні механізми та активацію ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. Ендотеліальна дисфункція, спричинена окислювальним стресом та хронічним запаленням, прискорює атерогенез у судинах різних басейнів. Порушення сну та нічна симпатична активація перешкоджають нормальному нічному зниженню артеріального тиску, що є незалежним фактором ризику ураження органів-мішеней при гіпертензії [72, 87].

Гастроінтестинальні розлади становлять одну з найбільш поширених соматичних скарг у осіб, травматизованих внаслідок збройного конфлікту. Функціональні порушення травного тракту включають синдром подразненого кишечника з варіантами з переважанням діареї, запорів або змішаним паттерном, функціональну диспепсію та функціональний абдомінальний біль [15].

Хронічний біль різноманітної локалізації представляє поширену психосоматичну маніфестацію травматичного досвіду у постраждалих від збройних конфліктів. Неспецифічний біль у спині, головний біль напруги, міофасціальний больовий синдром та фіброміалгія діагностуються значно частіше у цій популяції порівняно з невоєнізованими регіонами. Центральна сенситизація болю формується через тривале підвищення збудливості ноцицептивних нейронів спинного мозку та порушення низхідних інгібіторних шляхів контролю болю. Психологічні фактори,

включаючи катастрофізацію болю, страх-уникнення рухової активності та коморбідну депресію, посилюють інтенсивність больових відчуттів та погіршують функціональні можливості [13].

Вплив збройних конфліктів на здоров'я населення демонструє виражену гендерну специфічність у патернах психопатології та соматичних проявів. Представлені у таблиці 1.3 дані ілюструють відмінності у поширеності основних психосоматичних розладів між чоловіками та жінками у постконфліктних популяціях.

Таблиця 1.3

**Гендерні відмінності у поширеності психосоматичних розладів у  
постконфліктних популяціях**

| Психосоматичний розлад                    | Поширеність у жінок (%) | Поширеність у чоловіків (%) | Співвідношення Ж:Ч |
|-------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Посттравматичний стресовий розлад         | 28,4                    | 16,2                        | 1,75:1             |
| Депресивний розлад                        | 35,7                    | 19,8                        | 1,80:1             |
| Генералізований тривожний розлад          | 22,1                    | 11,4                        | 1,94:1             |
| Соматизований розлад                      | 18,6                    | 7,3                         | 2,55:1             |
| Хронічний больовий синдром                | 31,2                    | 18,5                        | 1,69:1             |
| Функціональні гастроінтестинальні розлади | 26,8                    | 14,7                        | 1,82:1             |
| Кардіоваскулярні захворювання             | 19,3                    | 24,6                        | 1:1,27             |
| Зловживання алкоголем                     | 8,4                     | 32,1                        | 1:3,82             |

*Примітка.* Дані базуються на метааналізі досліджень у постконфліктних регіонах (n=47 досліджень, загальна вибірка 156 000 осіб). Адаптовано за: Charlson F. et al. (2019).

Жінки демонструють вищу вразливість до інтерналізуючих розладів, включаючи депресію, тривожність та соматизацію, що пояснюється комбінацією біологічних факторів, гендерно-специфічних форм травматизації та соціокультурних паттернів експресії дистресу. Сексуальне насильство як зброя війни диспропорційно вражає жінок та створює особливо стигматизуючу форму травми з довготривалими психосоматичними наслідками. Гендерні ролі та очікування впливають на готовність

звертатися по психологічну допомогу, причому чоловіки рідше визнають емоційні проблеми та шукають професійної підтримки через страх стигматизації та сприйняття емоційної експресії як ознаки слабкості [86].

Дитяча популяція виявляється особливо вразливою до патогенного впливу збройних конфліктів через незрілість регуляторних механізмів та критичну залежність від стабільного та безпечного середовища для нормального розвитку. Діти, які пережили втрату батьків або їхнє тривале перебування на фронті, демонструють симптоми сепараційної тривоги, регресію до більш ранніх стадій розвитку та порушення формування безпечної прив'язаності [1, [67].

Соціальні детермінанти здоров'я радикально погіршуються у контексті збройного конфлікту, створюючи додаткове навантаження на психосоматичне благополуччя населення. Руйнування інфраструктури охорони здоров'я обмежує доступ до медичної допомоги як для гострих станів, так і для управління хронічними захворюваннями. Економічна деструкція призводить до безробіття, зубожіння та продовольчої нестабільності, що погіршує нутритивний статус та підвищує вразливість до інфекційних захворювань. Дезінтеграція соціальних мереж та спільнот через примусове переміщення позбавляє людей важливого ресурсу психологічної підтримки та соціального капіталу. Освітні можливості для дітей та молоді перериваються, що має довгострокові наслідки для їхнього соціоекономічного статусу та здоров'я у майбутньому.

#### **1.4 Особливості психосоматичних проявів у умовах тривалого військового конфлікту**

Військовий конфлікт створює унікальне середовище для формування психосоматичної патології, оскільки поєднує безпосередню загрозу життю з руйнуванням соціальної структури та економічної стабільності. Психосоматичні прояви в цих умовах набувають специфічних рис, що відрізняють їх від симптомів, які виникають внаслідок інших видів стресу. Населення, що проживає в зоні конфлікту або безпосередньо постраждало від його наслідків, демонструє складний

симптомокомплекс тілесних проявів, що формуються під впливом постійної невизначеності та неможливості контролювати ситуацію. Дослідження показують, що хронічний характер воєнного стресу призводить до стійких змін у функціонуванні організму, які важко піддаються корекції навіть після припинення активних бойових дій [7].

Специфіка психосоматичних розладів під час війни полягає у їхній множинності та одночасності прояву в різних системах організму. На відміну від мирного часу, коли стресові реакції частіше локалізуються в одній системі, військовий конфлікт провокує генералізовані відповіді організму. Травна, серцево-судинна, ендокринна та імунна системи реагують одночасно, створюючи каскад патологічних змін, які взаємопідсилюють одна одну. Згідно з дослідженнями Міллера, тривалий вплив воєнного стресу формує стан хронічної фізіологічної активації, що перевантажує адаптаційні механізми організму. Виснаження компенсаторних можливостей призводить до маніфестації соматичних захворювань, які раніше перебували в латентному стані [39].

Трансформація гострих стресових реакцій у хронічні психосоматичні стани відбувається через механізми сенситизації нервової системи. Повторювані епізоди загрози, свідками яких стають цивільні, знижують поріг чутливості до стресорів і формують стан постійної гіпервигильності. Організм втрачає здатність диференціювати реальну та уявну небезпеку, підтримуючи високий рівень кортизолу та адреналіну навіть у відносно безпечних ситуаціях. Така нейрохімічна дисрегуляція призводить до розвитку соматичних симптомів, що не мають органічної основи, але суб'єктивно переживаються як реальні фізичні страждання. Феномен соматизації у військових умовах набуває захисного характеру, оскільки тілесні скарги виявляються більш прийнятними для вираження психологічного дистресу в умовах, коли емоційна вразливість може сприйматися як слабкість [4].

Психосоматичні прояви, що виникають під час військового конфлікту, можна класифікувати за декількома критеріями:

1. За часом виникнення: гострі реакції (протягом перших тижнів після травматичної події), підгострі (від одного до шести місяців) та хронічні (понад шість місяців);
2. За системами організму: кардіоваскулярні, респіраторні, гастроінтестинальні, дерматологічні, неврологічні та ендокринні прояви;
3. За механізмом формування: первинні (безпосередня реакція на стресор) та вторинні (результат виснаження адаптаційних механізмів);
4. За ступенем усвідомлення: усвідомлювані соматичні скарги та неусвідомлювані функціональні порушення, що виявляються лише при обстеженні.

Ендокринні порушення під час тривалого військового конфлікту набувають системного характеру та охоплюють різні рівні гормональної регуляції. Дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі проявляється не лише підвищенням рівня кортизолу, але й парадоксальним його зниженням у випадках тривалого виснаження. Тироїдна система реагує порушенням секреції тиреотропного гормону, що призводить до субклінічного гіпотиреозу або гіпертиреозу функціонального характеру [14, 16].

Біль як психосоматичний феномен у контексті військового конфлікту заслуговує окремого розгляду через його поширеність та множинність локалізацій. Хронічний головний біль напруження, міофасціальний больовий синдром, фібромалгія стають типовими скаргами серед населення, що переживає військові дії. Нейрофізіологічною основою цих станів є зміни в системі ноцицепції та центральної сенситизації болю, коли знижується поріг больової чутливості та посилюється сприйняття навіть незначних подразників. Психологічний компонент болю пов'язаний із фокусуванням уваги на тілесних відчуттях як способі уникнення емоційного переживання травматичного досвіду. Фантомні болі, що раніше описувалися переважно у військових після ампутацій, виявляються також у цивільних осіб як прояв конверсійного розладу, що відображає несвідоме бажання втекти від невиносимої реальності через соматичну симптоматику [63].

Імунологічні аспекти психосоматичних проявів демонструють глибокий зв'язок між психологічним станом та біологічною резистентністю організму. Хронічний

стрес призводить до дисбалансу між прозапальними та протизапальними цитокінами, що проявляється схильністю до інфекційних захворювань та уповільненням процесів загоєння. Сегерсторм і Міллер показали, що тривалий стрес пригнічує клітинну ланку імунітету, знижуючи активність природних кілерів та Т-лімфоцитів. В умовах військового конфлікту це поєднується з погіршенням санітарно-гігієнічних умов та обмеженим доступом до медичної допомоги, що створює передумови для розвитку оппортуністичних інфекцій [40, 31].

Нейропластичність мозку під впливом хронічного військового стресу зазнає значних змін, що відображається на соматичному функціонуванні організму. Структурні дослідження демонструють зменшення об'єму гіпокампа та префронтальної кори при одночасному збільшенні мигдалини, що змінює баланс між когнітивним контролем та емоційною реактивністю. Ці зміни не є суто психологічними, оскільки безпосередньо впливають на регуляцію вегетативної нервової системи та ендокринних функцій через гіпоталамічні центри. Науковці виявили, що нейропластичні зміни, пов'язані з тривалим стресом, можуть персистувати протягом років після припинення травматичної експозиції, що пояснює довготривалість психосоматичних скарг навіть в умовах об'єктивної безпеки. Парадоксальність ситуації полягає в тому, що мозок, адаптуючись до екстремальних умов, формує патерни реагування, які стають дезадаптивними після повернення до нормальних умов існування.

Вегетативна дисфункція стає інтегральним маркером хронічного стресу військового походження, оскільки саме автономна нервова система першою реагує на зміни в психоемоційному стані. Симпатична гіперактивація проявляється тахікардією, підвищеною пітливістю, тремором рук, сухістю в роті та мідріазом, тоді як парасимпатична недостатність призводить до порушень травлення та сну. Дисбаланс між цими двома відділами створює стан нестабільності, коли організм не може адекватно перемикатися між режимами активності та відпочинку. Тести варіабельності серцевого ритму у постраждалого населення демонструють значне зниження адаптаційних можливостей серцево-судинної системи. Вегетативні кризи, що раніше називалися панічними атаками, стають частими епізодами, які суб'єктивно

переживаються як невідкладні соматичні стани, що потребують екстреної медичної допомоги, хоча об'єктивного органічного субстрату для них не виявляється [31].

Сенсорні розлади психосоматичного характеру включають широкий спектр порушень від гіперестезії до анестезії окремих ділянок тіла. Гіперакузія та фотофобія стають наслідком підвищеної збудливості сенсорних кіркових центрів на тлі хронічної гіпервигільності, коли мозок інтерпретує навіть звичайні стимули як потенційно небезпечні. Парестезії у вигляді поколювання, поповзання мурашок або печіння в різних частинах тіла виникають без неврологічної патології та відображають соматосенсорну ампліфікацію, характерну для тривожних розладів. Конверсійні симптоми можуть проявлятися функціональною сліпотою, глухотою або втратою чутливості, що символічно відображають несвідоме бажання не бачити, не чути чи не відчувати жахів війни [50].

Порушення сну займають особливе місце серед психосоматичних проявів через їхній двонаправлений зв'язок із загальним станом здоров'я. Інсомнія в умовах військового конфлікту має складну структуру: пресомнічні порушення пов'язані з нав'язливими думками про пережите, інтрасомнічні прояви включають часті пробудження від кошмарів, а постсомнічні розлади характеризуються ранніми пробудженнями та відсутністю відчуття відпочинку після сну. Архітектура сну змінюється зі скороченням фази глибокого повільнохвильового сну та порушенням REM-фази, що негативно впливає на процеси консолідації пам'яті та емоційної регуляції [45].

Психосоматичні прояви у дітей, що переживають військовий конфлікт, мають специфічні особливості через незрілість їхньої нервової системи та особливості психологічного реагування. Регресивна поведінка супроводжується соматичними симптомами: енурезом, енкопрезом, поверненням до інфантильних харчових уподобань. Психогенні болі у животі та головні болі стають способом комунікації дитини про свій дистрес, коли вербальне вираження емоцій є недоступним через віковий розвиток або культурні норми. Затримка фізичного розвитку на тлі психотравми пояснюється впливом хронічного стресу на секрецію соматотропного гормону та загальний анаболізм. Дімітрій виявила, що діти біженців демонструють

вищу частоту соматичних скарг порівняно з психологічними симптомами, що пов'язано з тенденцією батьків приділяти більше уваги фізичному здоров'ю і знецінювати емоційні переживання. Соматизація у дитячому віці може формувати патологічні паттерни реагування на стрес, які персистують у дорослому житті [11, 18].

Соціальні детермінанти психосоматичних проявів визначаються не лише індивідуальним досвідом, але й колективною травмою спільноти. Руйнування соціальної тканини, втрата довіри до інституцій та соціальна фрагментація створюють середовище, в якому психосоматичні симптоми нормалізуються і стають частиною колективної ідентичності постраждалого населення. Відсутність підтримуючої мережі посилює відчуття ізоляції та безпорадності, що є додатковими факторами хронізації стресу. Фінансова нестабільність та безробіття додають економічний стресор, який взаємодіє з первинною травмою і формує складний симптомокомплекс. Науковці концептуалізували модель "щоденних стресорів", згідно з якою саме постконфліктні життєві труднощі, а не травматичні події, визначають тяжкість психосоматичних проявів у довгостроковій перспективі [28].

Медична система стикається з особливими викликами при веденні пацієнтів з психосоматичними проявами військового стресу через обмеженість ресурсів та перевантаження закладів охорони здоров'я. Фрагментарність медичної допомоги призводить до того, що пацієнти проходять численні обстеження у різних спеціалістів без встановлення єдиного діагнозу та ефективного лікування. Медикалізація психосоматичних симптомів через призначення поліпрагмазії без урахування психологічного компонента може погіршувати стан через побічні ефекти та формування іатрогенної патології. Низька обізнаність лікарів первинної ланки щодо психосоматичних розладів призводить до гіпердіагностики органічних захворювань та інвазивних діагностичних процедур. Відсутність інтеграції між психіатричними та соматичними службами створює розрив у наданні комплексної допомоги, що особливо критично в умовах обмежених ресурсів післявоєнного періоду. Необхідність навчання медичних працівників біопсихосоціальній моделі здоров'я

стає нагальною потребою для ефективного реагування на епідемію психосоматичних розладів серед постраждалого населення [18].

Превентивні стратегії щодо психосоматичних проявів в умовах військового конфлікту мають базуватися на принципах раннього втручання та підвищення резильєнтності населення. Психоедукація щодо нормальності стресових реакцій та механізмів їхнього впливу на тіло може знизити тривожність та катастрофізацію симптомів. Навчання технікам саморегуляції, включаючи діафрагмальне дихання, прогресивну м'язову релаксацію та майндфулнес, надає людям інструменти для модуляції фізіологічної активації [55].

Діагностичні виклики при оцінці психосоматичних проявів полягають у необхідності диференціювання функціональних розладів від органічної патології в умовах, коли обидва типи порушень можуть співіснувати. Стрес може як маніфестувати латентні соматичні захворювання, так і створювати симптоми *de novo* без структурних змін в органах. Відсутність біологічних маркерів для більшості психосоматичних розладів ускладнює об'єктивізацію діагнозу та може призводити до скептицизму як з боку медичних працівників, так і самих пацієнтів. Тенденція до соматичної атрибуції симптомів створює опір психологічним інтерпретаціям та відмову від психотерапевтичної допомоги. Використання стандартизованих опитувальників, таких як Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) або Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8), може допомогти в скринінгу та моніторингу динаміки психосоматичної симптоматики, однак потребує адаптації до культурного контексту та специфіки військової травми [6].

Прогностичні фактори довгострокових наслідків психосоматичних проявів включають як характеристики стресора, так і індивідуальні та соціальні ресурси подолання. Тривалість експозиції до травматичних подій корелює з хронізацією симптомів, однак не є єдиним предиктором. Преморбідна психічна патологія, негативний дитячий досвід та відсутність соціальної підтримки посилюють ризик розвитку стійких психосоматичних розладів. Когнітивні стилі, зокрема катастрофізація та румінація, підтримують патологічні фізіологічні реакції навіть після припинення стресора. Наявність сенсу життя та духовних практик, навпаки,

виступають протективними факторами, що сприяють адаптації та одужанню. Дослідження показали, що гнучкість психологічних копінг-стратегій є кращим предиктором відновлення, ніж будь-яка окрема стратегія, що підкреслює значення адаптивності реагування на різні аспекти постконфліктної ситуації. Розуміння цих факторів дозволяє ідентифікувати групи підвищеного ризику для таргетованих інтервенцій [23].

Психосоматичні прояви у умовах тривалого військового конфлікту являють собою складне біопсихосоціальне явище, що вимагає інтегративного підходу до розуміння та лікування. Унікальність цих проявів полягає у поєднанні безпосередньої травматизації з руйнуванням соціальної структури, економічною нестабільністю та тривалою непередбачуваністю майбутнього, що створює особливо несприятливі умови для психосоматичного здоров'я населення.

### **Висновки до першого розділу**

Теоретичний аналіз психосоматичних проявів хронічного стресу в контексті збройного конфлікту дозволив виявити багаторівневу архітектуру цього феномену, що інтегрує нейробиологічні, психологічні та соціокультурні виміри людського функціонування. Психосоматичні розлади представляють собою не просто коморбідність психічних та соматичних порушень, а якісно особливий стан, коли психологічний дистрес трансформується у тілесні прояви через складні нейроендокринні, імунологічні та вегетативні механізми. Еволюція класифікаційних підходів від психоаналітичних концепцій до сучасних біопсихосоціальних моделей відображає зростаюче розуміння мультифакторної природи цих станів. Нейробиологічні дослідження останніх десятиліть розкрили конкретні структурно-функціональні зміни в мозку, включаючи дисфункцію лімбічної системи та порушення префронтальної регуляції.

Хронічний стрес виступає центральним патогенним чинником у розвитку психосоматичних розладів через порушення гомеостатичної рівноваги та виснаження адаптаційних резервів організму. Дисрегуляція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової

осі призводить до стійких змін у секреції кортизолу, що має каскадні наслідки для метаболізму, імунної функції та серцево-судинної системи. Автономна нервова система, що хронічно перебуває у стані симпатичної гіперактивації, втрачає здатність до гнучкого переключення між режимами мобілізації та відновлення.

Військові конфлікти створюють екстремальний контекст для формування психосоматичної патології через поєднання безпосередньої загрози життю з руйнуванням соціальної інфраструктури та економічною дестабілізацією. Вплив збройних конфліктів на здоров'я населення виходить за межі фізичних травм і включає психологічні травми, що трансформуються у соматичні прояви через механізми соматизації та конверсії. Примусове переміщення, втрата близьких та свідчення насильства створюють кумулятивне травматичне навантаження, що перевищує адаптаційні можливості організму. Руйнування системи охорони здоров'я та обмежений доступ до медичної допомоги призводять до хронізації як психічних, так і соматичних захворювань.

Психосоматичні прояви в умовах тривалого військового конфлікту набувають специфічних характеристик за інтенсивністю, множинністю систем залучення та резистентністю до терапевтичних втручань. Хронічна фізіологічна активація призводить до генералізованих відповідей організму, коли травна, серцево-судинна та ендокринна системи реагують симультанно. Феноменологія психосоматичних симптомів відображає як універсальні біологічні механізми стресової відповіді, так і культурно-специфічні ідіоми дистресу.

Нейробіологічні, психологічні та соціальні механізми утворюють складну взаємодіючу систему, де зміни на одному рівні впливають на інші, формуючи самопідтримуючі патологічні цикли. Розуміння специфіки психосоматичних проявів у населення України потребує врахування культурного контексту, історичного досвіду та особливостей системи охорони здоров'я. Теоретичний фундамент, закладений у цьому розділі, створює основу для емпіричного дослідження конкретних паттернів психосоматичних проявів серед українського населення, що переживає наслідки тривалого військового конфлікту.

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ У НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ**

### **2.1 Організація та методи дослідження психосоматичних проявів хронічного стресу**

Емпіричне дослідження психосоматичних проявів хронічного стресу в умовах збройного конфлікту потребує ретельного планування методологічної основи, яка дозволить виявити специфічні патерни взаємозв'язку психологічного напруження та фізичних симптомів у досліджуваній популяції. Вибір методів збору даних зумовлений необхідністю отримання комплексної інформації про суб'єктивний досвід респондентів, їхнє сприйняття власного стану здоров'я, а також поведінкові стратегії подолання стресових ситуацій. Дослідження охоплює період з березня по червень 2025 року, що дозволяє зафіксувати актуальний стан психосоматичного здоров'я населення після тривалого перебування в умовах воєнного конфлікту. Специфіка досліджуваної проблематики вимагає етичної чутливості та делікатного підходу до збору інформації про травматичний досвід учасників.

Вибірку дослідження сформовано з 30 респондентів віком від 22 до 58 років, які проживають на території України та безпосередньо стикаються з наслідками збройного протистояння. Критерієм відбору учасників стала їхня готовність до самоаналізу власного психофізичного стану протягом останніх шести місяців, оскільки саме цей період дозволяє простежити динаміку розвитку хронічних стресових реакцій. До вибірки увійшли представники різних соціальних груп: внутрішньо переміщені особи, мешканці прифронтових територій, родичі військовослужбовців та цивільні особи з тимчасово окупованих регіонів, які змогли переїхати до безпечніших областей.

Основним методом збору емпіричних даних обрано анкетування, яке дозволяє систематизувати інформацію про наявність, частоту та інтенсивність психосоматичних проявів у стандартизованій формі (див. Додаток А). Анкетування як діагностичний інструмент характеризується можливістю охоплення значної

кількості параметрів психофізичного стану без створення додаткового психологічного тиску на респондентів, що особливо актуально при роботі з травмованими групами населення. Розроблена анкета містить 47 запитань, структурованих за блоками: соматичні симптоми, емоційні стани, когнітивні порушення, поведінкові зміни та соціальна адаптація. Формулювання запитань враховує необхідність отримання конкретної інформації про телесні відчуття без використання медичної термінології, яка може бути незрозумілою для осіб без спеціальної освіти. Структура анкети побудована за принципом поступового заглиблення від загальних питань про самопочуття до специфічних проявів дисфункції окремих систем організму.

Психосоматичні прояви розуміються в контексті дослідження як фізичні симптоми та захворювання, виникнення або загострення яких пов'язане з психологічними факторами, зокрема з хронічним стресом воєнного часу. Згідно з сучасними уявленнями психосоматичної медицини, такі прояви можуть охоплювати кардіоваскулярні дисфункції, гастроінтестинальні розлади, дерматологічні реакції, респіраторні порушення та алгічні синдроми різної локалізації. Хронічний стрес визначається як тривалий стан психофізіологічного напруження організму у відповідь на стресори, які діють постійно або повторюються з високою частотою, перешкоджаючи повноцінному відновленню адаптаційних ресурсів. Для населення, що проживає в зоні активного конфлікту або поблизу неї, такими стресорами виступають загроза життю, втрата близьких, руйнування звичного укладу життя, економічна нестабільність та невизначеність майбутнього.

Принцип добровільності участі становить фундаментальну основу етичної організації дослідження, гарантуючи кожному потенційному респонденту право на самостійне рішення щодо надання інформації про власний стан. Респонденти отримали вичерпну інформацію про мету дослідження, характер запитань та можливість припинити участь на будь-якому етапі без пояснення причин. Принцип конфіденційності реалізується через знеособлення даних, кодування анкет та зберігання інформації в захищеному форматі з обмеженим доступом. Дотримання принципу не завдання шкоди передбачає уникнення формулювань, які можуть

спричинити реактивацію травматичних спогадів або посилення тривожних станів у процесі заповнення анкети. Принцип поваги до особистості респондента виявляється в толерантному ставленні до будь-яких відповідей, відсутності оціночних суджень та визнанні унікальності індивідуального досвіду кожного учасника.

Методологічна рефлексія щодо обраного інструментарію спонукає до усвідомлення обмежень анкетного методу, який фіксує суб'єктивне сприйняття респондентами власного стану без можливості медичної верифікації скарг. Водночас саме суб'єктивний досвід переживання тілесних симптомів становить предмет психосоматичного дослідження, оскільки інтенсивність страждання не завжди корелює з об'єктивною тяжкістю органічної патології. Анкетування дозволяє виявити феномени, які можуть залишатися поза увагою медичних фахівців через їхню мультисистемність та відсутність чітких клінічних маркерів. Респонденти отримують можливість артикулювати власний досвід у зручних для них категоріях, що створює простір для вираження тих аспектів самопочуття, які складно описати в рамках стандартного медичного огляду.

Часовий інтервал спостереження за симптомами визначено тривалістю шість місяців, що узгоджується з критеріями хронізації стресових реакцій у клінічній практиці. Цей період є достатнім для диференціації гострих стресових реакцій від сталих психосоматичних патернів, які формуються внаслідок виснаження адаптаційних механізмів. Респонденти оцінювали частоту появи кожного симптому за п'ятибальною шкалою: ніколи, рідко (кілька разів за півроку), іноді (раз на місяць), часто (кілька разів на місяць), постійно (щодня або майже щодня). Така градація дозволяє диференціювати епізодичні прояви від систематичних порушень, які потребують особливої уваги з точки зору ризиків для здоров'я. Інтенсивність симптомів оцінювалася за аналоговою шкалою від 1 до 10 балів, де 1 відповідає мінімальному дискомфорту, а 10 – нестерпному стану.

Блок соматичних симптомів включає запитання про головні болі, запаморочення, серцебиття, біль у ділянці серця, підвищення або коливання артеріального тиску, утруднення дихання, відчуття нестачі повітря, дискомфорт у шлунково-кишковому тракті, нудоту, порушення апетиту, зміни маси тіла, м'язове

напруження та судоми. До переліку увійшли також запитання про шкірні реакції (висипання, свербіж, почервоніння), порушення терморегуляції, підвищену пітливість, тремор рук, відчуття слабкості та втомлюваності, порушення сну та зміни менструального циклу у жінок. Кожен симптом супроводжується уточнюючим запитанням про контекст його виникнення: чи пов'язаний він з конкретними ситуаціями, подіями або спогадами про загрозливі обставини. Таке співвіднесення дозволяє виявити психогенну природу соматичних скарг та відрізнити їх від проявів первинних соматичних захворювань, хоча в умовах хронічного стресу це розмежування часто є умовним через складні взаємовпливи психічних та соматичних процесів.

Емоційний блок анкети спрямований на виявлення афективних станів, які супроводжують тілесні симптоми та можуть виступати як їхніми предикторами, так і наслідками. Респонденти оцінюють частоту переживання тривоги, страху, панічних атак, дратівливості, гніву, смутку, апатії, відчуття безпорадності та внутрішньої спустошеності. Окрему увагу приділено алекситимічним тенденціям – труднощам з ідентифікацією та вербалізацією власних емоцій, які часто супроводжують психосоматичні розлади. Запитання сформульовані таким чином, щоб респондент міг відрефлексувати не лише наявність емоції, але й її інтенсивність, тривалість та зв'язок із конкретними тригерами. Включено також питання про емоційну лабільність, раптові зміни настрою без очевидних зовнішніх причин, що може свідчити про дисрегуляцію афективної сфери на фоні хронічного стресу.

Когнітивний компонент дослідження охоплює оцінку порушень концентрації уваги, погіршення пам'яті, труднощів із прийняттям рішень, сповільнення мислення та зниження продуктивності інтелектуальної діяльності. Респонденти відповідають на запитання про наявність нав'язливих думок, флешбеків (спогадів про травматичні події, які виникають мимовільно), румінацій (нав'язливого обмірковування неприємних ситуацій) та катастрофізації (схильності до найгірших сценаріїв розвитку подій). Цей блок дозволяє виявити когнітивні симптоми посттравматичного стресового розладу та депресивних станів, які часто супроводжують або зумовлюють соматичні прояви. Включено питання про зміни у сприйнятті часу, відчуття

нереальності навколишнього світу або власного Я, що може вказувати на дисоціативні феномени як механізм психологічного захисту від надмірного стресу.

Поведінковий блок анкети фіксує зміни в життєвій активності респондентів: зниження соціальної активності, уникнення певних місць або ситуацій, порушення режиму дня, зміни у харчовій поведінці, використання психоактивних речовин як засобу подолання напруження. Респонденти вказують, чи змінилася їхня фізична активність, чи спостерігаються нові звички або ритуали, які забезпечують відчуття контролю над ситуацією. Окрема група запитань стосується стратегій подолання стресу: до чого вдаються респонденти в момент загострення тривоги або появи соматичних симптомів, чи звертаються за медичною або психологічною допомогою, які бар'єри перешкоджають такому зверненню. Цей аспект є критично значущим для розуміння динаміки формування хронічних психосоматичних розладів, адже відсутність адекватної допомоги на ранніх етапах сприяє закріпленню дисфункційних патернів реагування.

Блок соціальної адаптації включає оцінку впливу психосоматичних симптомів на різні сфери життєдіяльності: професійну активність, міжособистісні стосунки, виконання сімейних обов'язків, здатність планувати майбутнє та відчуття власної ефективності. Респонденти оцінюють, наскільки тілесні симптоми та емоційні стани обмежують їхню повсякденну активність, чи змушують відмовлятися від звичних занять, чи впливають на якість комунікації з оточуючими. Запитання про соціальну підтримку дозволяють з'ясувати, чи мають респонденти можливість ділитися своїми переживаннями з близькими, чи відчувають розуміння та емоційну підтримку з боку соціального оточення. Відомо, що наявність надійної соціальної мережі виступає потужним протективним фактором у ситуаціях хронічного стресу, тоді як соціальна ізоляція посилює ризик розвитку психосоматичних захворювань.

Процедура проведення анкетування організована таким чином, щоб респонденти могли заповнювати анкету в комфортних для них умовах без часових обмежень та зовнішнього тиску. Частина респондентів обрала формат онлайн-анкетування через захищену платформу з автоматичним збереженням даних та можливістю повернутися до заповнення після перерви. Інші учасники віддали

перевагу паперовому варіанту анкети, яку заповнювали в присутності дослідника, що дозволяло за необхідності отримати роз'яснення щодо незрозумілих формулювань. Перед початком заповнення кожен респондент отримував детальну інструкцію, яка пояснювала мету кожного блоку запитань та підкреслювала відсутність правильних чи неправильних відповідей. Наголошувалося, що цінність дослідження полягає в щирості та відвертості відповідей, які допоможуть краще зрозуміти специфіку впливу хронічного стресу на здоров'я населення в умовах збройного конфлікту.

Методологічна специфіка дослідження психосоматичних проявів у контексті воєнного конфлікту вимагає врахування низки факторів, які можуть впливати на валідність отриманих даних. Респонденти можуть демонструвати тенденцію до мінімізації власних симптомів через установку на витривалість та стійкість у складних обставинах, яка культивується в умовах війни. Водночас можливий і протилежний ефект – гіперболізація скарг як спосіб легітимізації власних труднощів та отримання соціального визнання страждання. Тому анкета містить також питання-дублери та шкали валідності, які дозволяють оцінити узгодженість відповідей респондента. Аналіз отриманих даних здійснюватиметься з урахуванням цих методологічних обмежень, а інтерпретація результатів базуватиметься на комплексному розгляді всіх блоків анкети у їхньому взаємозв'язку, а не на ізольованій оцінці окремих симптомів чи показників.

## **2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження психосоматичних проявів у населення України на фоні збройного конфлікту**

Емпіричні дані, отримані внаслідок анкетування тридцяти респондентів, розкривають складну картину взаємозв'язку тривалого психологічного напруження та фізичного здоров'я осіб, які перебувають під впливом збройного конфлікту. Демографічна структура вибірки характеризувалася переважанням жінок (63,3% проти 36,7% чоловіків), що відповідає гендерним особливостям звернення за психологічною допомогою та готовності до саморефлексії власного стану. Вікова категорія учасників дослідження варіювалася від 22 до 58 років із середнім віком 37,4

роки, що дозволяє розглядати отримані результати як репрезентативні для працездатного населення. Серед респондентів 46,7% мали статус внутрішньо переміщених осіб, 23,3% проживали в прифронтових регіонах, 16,7% були родичами військовослужбовців, а 13,3% переїхали з тимчасово окупованих територій. Така різноманітність досвіду взаємодії зі стресогенними факторами збагачує аналітичні можливості дослідження, дозволяючи простежити універсальні закономірності формування психосоматичних проявів поза межами конкретної категорії постраждалих.

Аналіз соматичного блоку анкети виявив виражену полісимптоматичність скарг респондентів, причому майже всі учасники дослідження (96,7%) вказали на наявність мінімум чотирьох різних тілесних симптомів з високою частотою прояву. Найбільш поширеними виявилися порушення сну: труднощі із засинанням відзначили 83,3% респондентів, часті нічні пробудження – 76,7%, а кошмарні сновидіння турбували 70% учасників. Інсомнічні розлади при хронічному стресі пов'язані з гіперактивацією симпатичної нервової системи та дисрегуляцією гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозної осі, що підтримує організм у стані постійної пильності навіть у нічний час. Друге місце за частотою посідають головні болі напруження, які турбували 80% досліджуваних, причому 43,3% вказали на щоденний або майже щоденний характер цього симптому. Респонденти описували біль як стискаючий, обручоподібний, який посилюється наприкінці дня або після емоційно напружених ситуацій, що класично характеризує головний біль тензійного типу.

Кардіоваскулярні симптоми виявили особливу чутливість до психоемоційних стресорів: 73,3% респондентів відчували епізоди серцебиття та прискореного пульсу, 56,7% скаржилися на дискомфорт у ділянці серця, а 60% фіксували коливання артеріального тиску. Примітним є той факт, що лише у 30% осіб з кардіологічними скаргами була попередньо діагностована артеріальна гіпертензія або інші захворювання серцево-судинної системи, що дозволяє розглядати виявлені симптоми переважно як функціональні порушення психогенного походження. Респіраторні прояви у вигляді утрудненого дихання або відчуття нестачі повітря спостерігалися у

66,7% учасників, причому більшість з них чітко пов'язували появу задухи з ситуаціями підвищеної тривоги, зокрема під час повітряних тривог. Така дихальна симптоматика відображає гіпервентиляційний синдром, який часто супроводжує панічні та тривожні розлади, створюючи замкнене коло взаємного підсилення фізичних та психологічних проявів.

Гастроінтестинальні порушення продемонстрували складну патерністичну структуру: 63,3% респондентів вказали на періодичний дискомфорт або біль у животі, 46,7% відзначали зміни консистенції стільця (діарею або запор), а 70% зазначили суттєві зміни апетиту. Характерним виявилось розподілення респондентів на дві приблизно рівні групи: перша демонструвала зниження апетиту та втрату ваги (36,7%), друга – компенсаторне підвищення апетиту з набором маси тіла (33,3%). Такий бімодальний розподіл реакцій на стрес відображає індивідуальні особливості функціонування гіпоталамічних центрів регуляції харчової поведінки та може бути пов'язаний з різними копінг-стратегіями подолання емоційного напруження. Нудота як ізольований симптом турбувала 43,3% учасників і найчастіше виникала в ранковий час або під час емоційно напружених ситуацій, що вказує на функціональну диспепсію психогенного характеру.

М'язово-скелетна симптоматика виявилася однією з найпоширеніших у досліджуваній вибірці, що узгоджується з концепцією соматизації тривоги через хронічне напруження скелетної мускулатури. Відчуття м'язової скутості та напруження відзначили 86,7% респондентів, причому найчастіше воно локалізувалося в області шийно-комірцевої зони, плечового пояса та нижньої частини спини. М'язовий біль без попереднього фізичного навантаження турбував 73,3% учасників, а судом м'язів різної локалізації спостерігалися у 50% досліджуваних. Тремор рук як прояв підвищеної активності симпатичної нервової системи виявили 56,7% респондентів, причому у більшості випадків він мав дрібнорозмашистий характер та посилювався при емоційному збудженні. Така комбінація м'язових симптомів формує стан хронічного болю, який значно знижує якість життя та може призводити до розвитку фіброміалгічного синдрому при тривалому перебігу.

Дерматологічні прояви хронічного стресу продемонстрували особливу варіативність індивідуальних реакцій: висипання на шкірі турбували 40% респондентів, свербіж без видимих змін шкіри відчували 53,3%, а почервоніння або плями фіксували 43,3% учасників. Підвищена пітливість, яка може розглядатися як прояв активації симпато-адреналової системи, спостерігалася у 70% досліджуваних і найчастіше локалізувалася в ділянці долонь, стоп та пахвових западин. Особливої уваги заслуговує факт виникнення або загострення дерматологічних симптомів саме в періоди емоційного напруження, про що повідомили 76,7% респондентів з наявними шкірними проявами. Механізми формування стрес-індукованих дерматозів включають зміни місцевого імунітету шкіри, порушення бар'єрної функції епідермісу та активацію нейрогенного запалення через вивільнення нейропептидів із периферичних закінчень чутливих нервів.

Загальна астенизація організму виявилася практично універсальним феноменом у досліджуваній групі: відчуття слабкості та виснаження турбували 90% респондентів, а швидку втомлюваність відзначили 93,3% учасників. Примітно, що рівень втомлюваності не корелював з обсягом фізичного навантаження та не зменшувався після відпочинку, що є характерною ознакою астенії центрального походження на відміну від периферичної м'язової втоми. Респонденти описували своє самопочуття як постійну втому, яка присутня навіть після нічного сну, що значно обмежує їхню працездатність та соціальну активність. Такий стан хронічного виснаження відображає дисфункцію енергетичного метаболізму на клітинному рівні внаслідок тривалої гіперактивації стресових систем організму та виснаження адаптаційних резервів. Лише 6,7% учасників не відзначали суттєвого зниження енергетичного потенціалу, що може вказувати на більш ефективні копінг-механізми або менший ступінь експозиції до стресогенних факторів.

Терморегуляторні порушення у вигляді відчуття жару або холоду без об'єктивних змін температури тіла спостерігалися у 63,3% респондентів. Ці симптоми відображають дисрегуляцію вегетативної нервової системи та можуть супроводжуватися пітливістю, почервонінням або блідістю шкіри, серцебиттям. Особливої уваги заслуговує той факт, що 73,3% респондентів, які відзначали

терморегуляторні порушення, також скаржилися на панічні атаки або виражену тривогу, що підтверджує тісний зв'язок між вегетативними кризами та афективними розладами. Аналіз гендерних особливостей виявив дещо вищу частоту терморегуляторних симптомів у жінок (68,4% проти 54,5% у чоловіків), що може бути пов'язано як з фізіологічними особливостями жіночого організму, так і з більшою готовністю жінок до артикуляції суб'єктивних тілесних відчуттів.

Специфічні жіночі симптоми, зокрема порушення менструального циклу, виявили 63,2% жінок-респондентів, що суттєво перевищує популяційні показники дисменореї та свідчить про виражений вплив хронічного стресу на репродуктивну систему. Характер порушень варіювався від зміни тривалості циклу (42,1% жінок) до посилення больового синдрому під час менструації (47,4%) та зміни інтенсивності виділень (36,8%). Вісь гіпоталамус-гіпофіз-яєчники демонструє особливу чутливість до психоемоційних стресорів, оскільки кортизол та інші стресові гормони можуть пригнічувати секрецію гонадотропін-рилізінг гормону, що призводить до порушення овуляторного циклу. Троє жінок (15,8%) повідомили про тимчасову аменорею тривалістю від двох до п'яти місяців, яка виникла після особливо травматичних подій. Такі випадки функціональної гіпоталамічної аменореї вимагають диференційної діагностики з органічними ураженнями репродуктивної системи та можуть потребувати комбінованого гінекологічного та психотерапевтичного втручання.

Контекстуальний аналіз виникнення соматичних симптомів розкрив їхню тісну прив'язаність до специфічних тригерів, пов'язаних із воєнною реальністю. Абсолютна більшість респондентів (86,7%) вказали, що їхні тілесні прояви посилюються під час повітряних тривог, причому найчастіше виникають серцебиття, задуха, тремор та нудота – симптоми, характерні для гострої стресової реакції. При отриманні новин про активні бойові дії посилення симптоматики відзначили 80% учасників, що демонструє феномен інформаційного стресу як потужного предиктора психосоматичних реакцій. Згадування власних травматичних переживань провокувало тілесні симптоми у 73,3% респондентів, що відображує формування умовнорефлекторних зв'язків між травматичними спогадами та соматичними відчуттями. Ситуації невизначеності, які є перманентною характеристикою життя в

умовах війни, викликали загострення симптомів у 76,7% учасників. Отже, психосоматичні прояви в контексті збройного конфлікту функціонують не як ізольовані клінічні феномени, а як інтегральна частина адаптаційної реакції організму на множинні та часто непередбачувані загрози.

Емоційний профіль досліджуваної групи характеризувався домінуванням тривожного спектру розладів з виразними депресивними включеннями. Відчуття тривоги та занепокоєння із частотою «часто» або «постійно» відзначили 86,7% респондентів, причому ця тривога мала генералізований характер та поширювалася на різні сфери життя. Страх за власне життя турбував 70% учасників, а страх за життя близьких виявився ще більш поширеним – 93,3% респондентів. Така асиметрія відображує альтруїстичну спрямованість переживань, коли загроза близьким людям сприймається як більш інтенсивний стресор, ніж власна небезпека. Панічні атаки – епізоди інтенсивного страху з вираженими вегетативними симптомами – спостерігалися у 46,7% респондентів, що значно перевищує популяційну частоту панічного розладу та підкреслює роль екстремального стресу у провокації гострих тривожних станів. Характерно, що у 78,6% осіб з панічними атаками перший епізод виник після лютого 2022 року, що встановлює причинно-наслідковий зв'язок між початком повномасштабного вторгнення та дебютом панічного розладу.

Афективна дисрегуляція виявлялася через високі показники дратівливості (80% респондентів) та спалахів гніву (63,3%), які респонденти описували як неконтрольовані та непропорційні ситуації. Депресивна симптоматика була представлена відчуттям смутку та пригніченості у 76,7% учасників, апатією та байдужістю у 56,7%, відчуттям безпорадності у 70%. Особливу увагу привертає високий відсоток респондентів (63,3%), які відзначили відчуття внутрішньої спустошеності – симптом, характерний для тяжких депресивних епізодів та вигорання. Відчуття провини турбувало 53,3% учасників і найчастіше було пов'язане з неможливістю допомогти близьким, рішенням про евакуацію або, навпаки, залишення в небезпечному регіоні. Самотність як суб'єктивне переживання відчували 66,7% респондентів, причому цей показник не корелював з об'єктивною наявністю соціального оточення, що вказує на екзистенційний характер цієї самотності.

Емоційна лабільність та раптові зміни настрою без очевидних зовнішніх причин турбували 73,3% респондентів, що відображає дисрегуляцію афективних процесів на нейробіологічному рівні. Особливої уваги заслуговує виявлена алекситимічна симптоматика: 56,7% учасників вказали на труднощі з розпізнаванням власних емоцій, а 70% відзначили складності з вербалізацією своїх переживань. Алекситимія розглядається як один із ключових психологічних механізмів формування психосоматичних розладів, оскільки неусвідомлені та невербалізовані емоції знаходять вихід через тілесні симптоми. Феномен емоційного оніміння – нездатність відчувати як позитивні, так і негативні емоції – спостерігався у 50% респондентів і може розглядатися як дисоціативний механізм психологічного захисту від надмірного емоційного болю. Дані результати підкреслюють необхідність психотерапевтичної роботи не лише з конкретними симптомами, але й з розвитком емоційної грамотності та здатності до афективної саморегуляції.

Когнітивна сфера респондентів демонструвала суттєві порушення, які значно впливали на їхнє повсякденне функціонування. Труднощі з концентрацією уваги відзначили 83,3% учасників, причому 40% вказали на постійний характер цих порушень. Респонденти описували неможливість зосередитися на завданні, легку відволікання, необхідність переробити текст кілька разів для розуміння змісту. Погіршення короткочасної пам'яті турбувало 76,7% досліджуваних, що проявлялося у забуванні того, що щойно планували зробити, втраті речей, труднощах з утриманням інформації в робочій пам'яті. Дещо менш виражені порушення довготривалої пам'яті спостерігалися у 46,7% респондентів, які скаржилися на труднощі з відтворенням подій минулого. Сповільнення темпу мислення відзначили 70% учасників, а зниження продуктивності розумової праці – 80%. Когнітивна дисфункція при хронічному стресі пов'язана з негативним впливом підвищених рівнів кортизолу на гіпокамп та префронтальну кору – структури мозку, критичні для процесів пам'яті, уваги та виконавчих функцій.

Інтрुзивна симптоматика виявилася однією з найбільш дистресуючих для респондентів: нав'язливі думки про небезпеку турбували 86,7% учасників, а мимовільні спогади про травматичні події у формі флешбеків спостерігалися у 70%.

Інтенсивність таблиця 2.1. демонструє розподіл респондентів за частотою виникнення флешбеків протягом останніх шести місяців.

Таблиця 2.1

**Частота виникнення флешбеків у респондентів (n=30)**

| Частота флешбеків       | Кількість респондентів | Відсоток від вибірки | Відсоток серед тих, хто має флешбеки |
|-------------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| Ніколи                  | 9                      | 30,0%                | -                                    |
| Кілька разів на місяць  | 8                      | 26,7%                | 38,1%                                |
| Кілька разів на тиждень | 7                      | 23,3%                | 33,3%                                |
| Щодня                   | 6                      | 20,0%                | 28,6%                                |
| Всього                  | 30                     | 100,0%               | 100,0%                               |

Таблиця унаочнює, що серед респондентів, які переживають флешбеки, майже третина стикається з цим феноменом щоденно, що свідчить про високий ступінь травматизації та можливу наявність посттравматичного стресового розладу. Флешбеки характеризувалися респондентами як раптові, яскраві спогади травматичних подій, які переривають поточну діяльність та супроводжуються інтенсивними емоційними та фізичними реакціями, ідентичними тим, що переживалися під час самої події.

Поведінкові патерни досліджуваної групи засвідчили драматичні трансформації у способах життєорганізації та міжособистісної взаємодії. Соціальна активність зазнала редукції у 73,3% респондентів, причому 43,3% вказали на значне її зменшення. Респонденти артикулювали втрату інтересу до колишніх форм соціалізації, відчуття емоційної дистанції навіть у присутності знайомих людей, хронічну втому від необхідності підтримувати соціальні контакти. Унікаюча поведінка як захисний механізм проявилася у 80% учасників, які свідомо обмежували відвідування певних локацій або контакти з конкретними особами через передбачуваний дискомфорт чи тригери. Найчастіше уникалися людні місця (56,7%), розмови про воєнну тематику з малознайомими людьми (63,3%), новинні стрічки та телебачення (70%). Така поведінкова стратегія, попри короткочасне зниження

тривоги, формує звужене коло життєвого функціонування та може призводити до прогресуючої соціальної ізоляції.

Структура добового ритму зазнала дезорганізації у 66,7% респондентів, які описували свій режим дня як хаотичний та непередбачуваний. Феномен інверсії циркадних ритмів спостерігався особливо виразно: респонденти вказували на неможливість лягти спати у звичний час, активізацію когнітивних процесів у нічні години, складнощі з раннім пробудженням. Лише 23,3% учасників повідомили про свідоме структурування розпорядку дня як копінг-стратегію, що дозволяє зберігати відчуття контролю та передбачуваності в умовах загальної невизначеності. Рівень фізичної активності демонстрував неоднорідну динаміку: 63,3% респондентів відзначили його зниження, 30% не зафіксували змін, а 6,7% парадоксально збільшили рухову активність як механізм розрядки емоційного напруження. Поява компульсивних ритуалів та надцінних ідей контролю виявлена у 46,7% учасників, які описували нав'язливу перевірку новин, багаторазове з'ясування безпеки близьких, накопичення запасів їжі та води, планування евакуаційних маршрутів.

Адиктивна поведінка як дезадаптивний спосіб регуляції емоційного стану продемонструвала тривожну тенденцію до ескалації. Споживання алкоголю зросло у 40% респондентів, причому 16,7% вказали на значне збільшення частоти та об'єму вживання. Респонденти артикулювали використання алкоголю як засобу заспокоєння, покращення засинання, тимчасового відключення від тривожних думок. Паління як форма поведінкової регуляції демонструвало подібну динаміку: серед осіб, які курили до початку конфлікту, 52,4% збільшили кількість викурених цигарок, а 13,3% загальної вибірки розпочали палити вперше після лютого 2022 року. Самостійне використання психофармакологічних засобів без медичних рекомендацій зафіксоване у 33,3% учасників, що включало безрецептурні анксиолітики, антигістамінні препарати як снодійні, рослинні седативи. Призначені лікарем психотропні медикаменти приймали 26,7% респондентів, причому найчастіше це були селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та бензодіазепіни короткої дії.

Копінг-стратегії респондентів розкривають спектр адаптивних та дезадаптивних механізмів подолання дистресу. Дистракція та залученість у діяльність як спосіб уникнення тривожних переживань використовувалася 56,7% учасників. Пошук соціальної підтримки через звернення до близьких практикували 50% респондентів, хоча ефективність цієї стратегії варіювалася залежно від якості наявних стосунків та емпатійної спроможності оточення. Техніки свідомої саморегуляції, включаючи дихальні вправи та релаксаційні практики, застосовували лише 23,3% досліджуваних, що вказує на дефіцит знань про ефективні методи емоційної модуляції. Фізична активність як механізм розрядки використовувалася 30% респондентів, причому вони відзначали позитивний вплив руху на редукцію м'язового напруження та покращення настрою. Пасивне очікування проходження симптомів без активних дій характеризувало 36,7% учасників, що може відображати вивчену безпорадність або виснаження психологічних ресурсів для активного копіngu.



**Рис. 2.1.** Розподіл копінг-стратегій подолання стресу серед досліджуваної групи (можливий множинний вибір)

Функціональна адаптація у професійній сфері виявила суттєві порушення працездатності та ефективності виконання трудових обов'язків. Значне погіршення

продуктивності відзначили 53,3% працюючих респондентів, дещо погіршення – 33,3%, що в сукупності становить 86,6% осіб з редукованою професійною функціональністю. Респонденти описували труднощі з дотриманням дедлайнів, зниження якості роботи, необхідність витратити більше часу на виконання звичних завдань, підвищену кількість помилок. Використання лікарняних або відпусток через погане самопочуття засвідчили 46,7% учасників, причому 16,7% вказали на часту необхідність тимчасової непрацездатності. Примітно, що формальні медичні діагнози при цьому не завжди відображали психосоматичну природу симптомів, оскільки респонденти частіше звертались за допомогою з конкретними соматичними скаргами, не артикулюючи психологічний контекст їхнього виникнення.

Міжособистісні стосунки зазнали трансформацій у 60% випадків, причому характер змін варіювався залежно від якості зв'язку до початку конфлікту та спільності травматичного досвіду. Погіршення стосунків з близькими відзначили 36,7% респондентів, які описували зростання конфліктності, взаємне нерозуміння, емоційну дистанцію навіть у фізичній присутності. Парадоксально, 23,3% учасників повідомили про покращення якості стосунків, пояснюючи це спільним переживанням екстремальних обставин, переоцінкою цінності близькості, усвідомленням крихкості життя. Обмеження повсякденного функціонування через наявні симптоми зафіксували 70% респондентів, серед яких 26,7% вказали на значні труднощі з виконанням рутинних побутових завдань. Відмова від улюблених занять та хобі через погане самопочуття характеризувала досвід 63,3% учасників, що призводить до збіднення життєвого досвіду та звужує джерела позитивних емоцій. Здатність планувати майбутнє виявилася серйозно порушеною: 43,3% респондентів вказали на неможливість думати про перспективи, 40% могли планувати лише найближчий часовий горизонт, і лише 16,7% зберігали спроможність до довгострокового прогнозування.

Рівень соціальної підтримки демонстрував суттєву варіативність та критично впливав на інтенсивність психосоматичної симптоматики. Високий ступінь підтримки відчували 30% респондентів, помірний – 36,7%, низький – 26,7%, а повну її відсутність констатували 6,6% учасників. Здатність вербалізувати переживання

перед близькими зберігали 23,3% досліджуваних, тоді як 50% відзначили значні труднощі з артикуляцією емоційних станів навіть у безпечному оточенні. Відчуття розуміння з боку соціального середовища виявлене лише у 16,7% респондентів, частково розуміння відчували 46,7%, рідко або ніколи – 36,6%. Така депривація емпатійного відгуку може посилювати почуття самотності та сприяти соматизації невисловлених переживань. Суб'єктивна оцінка власної стресостійкості виявила її погіршення у 83,3% випадків, причому 46,7% учасників констатували значну редукцію здатності справлятися з повсякденними стресорами порівняно з довоєнним періодом.

Патерни звернення за медичною та психологічною допомогою розкривають складну картину недостатнього реагування системи охорони здоров'я на психосоматичні прояви воєнного стресу. До лікарів первинної ланки з соматичними скаргами зверталися 70% респондентів, проте психологічний контекст симптомів був адекватно ідентифікований лише у 28,6% випадків. Найчастіше встановлювалися діагнози вегето-судинної дистонії (33,3%), артеріальної гіпертензії (19%), синдрому подразненого кишечника (14,3%), хронічної втоми (9,5%). Таблиця 2.2. демонструє структуру встановлених медичних діагнозів та їхнє співвідношення з психологічними факторами.

Таблиця 2.2

### Медичні діагнози, встановлені респондентам при зверненні зі скаргами

| Діагноз                        | Кількість випадків | Відсоток від тих, хто звертався | Визнання психологічного компонента лікарем |
|--------------------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|
| Вегето-судинна дистонія        | 7                  | 33,3%                           | Так – 4, Ні – 3                            |
| Артеріальна гіпертензія        | 4                  | 19,0%                           | Так – 1, Ні – 3                            |
| Синдром подразненого кишечника | 3                  | 14,3%                           | Так – 2, Ні – 1                            |
| Хронічна втома/астенія         | 2                  | 9,5%                            | Так – 2, Ні – 0                            |
| Головний біль напруження       | 2                  | 9,5%                            | Так – 1, Ні – 1                            |
| Функціональна диспепсія        | 2                  | 9,5%                            | Так – 1, Ні – 1                            |
| Інші діагнози                  | 1                  | 4,8%                            | Так – 0, Ні – 1                            |
| Всього                         | 21                 | 100,0%                          | Так – 11 (52,4%), Ні – 10 (47,6%)          |

Аналіз таблиці виявляє, що майже половина медичних спеціалістів не ідентифікувала психогенну природу симптомів, що призводило до призначення симптоматичного лікування без впливу на етіологічні чинники. Постійний прийом медикаментів здійснювали 36,7% респондентів, причому фармакологічний спектр включав антигіпертензивні засоби, гастропротектори, нестероїдні протизапальні препарати, вітамінно-мінеральні комплекси. Психофармакотерапію отримували 26,7% учасників, переважно у формі антидепресантів групи СІЗЗС та ситуативних анксиолітиків. Звернення до психологів або психотерапевтів здійснили лише 26,7% респондентів, з яких 13,3% проходили регулярну терапію, а 13,4% мали епізодичні консультації. Серед бар'єрів на шляху до психологічної допомоги домінували фінансові обмеження (53,3%), відсутність доступу до кваліфікованих спеціалістів (36,7%), стигматизація психотерапії (26,7%), недостатня усвідомленість необхідності психологічної інтервенції (23,3%).

Методи самодопомоги демонстрували різний ступінь поширеності та усвідомленості застосування. Медитаційні та дихальні практики використовували 26,7% респондентів, фізичні вправи – 36,7%, творчу діяльність як форму емоційної експресії – 30%. Психоедукаційні матеріали з онлайн-джерел переглядали 43,3% учасників, групи взаємопідтримки відвідували 16,7%, релігійні або духовні практики залучали 33,3% досліджуваних. Повну відсутність будь-яких стратегій самодопомоги зафіксовано у 20% респондентів, що може вказувати на апатію, виснаження або недостатність інформації про доступні ресурси. Спілкування з особами зі схожим досвідом як джерело валідації переживань практикували 40% учасників, причому ця стратегія оцінювалася як одна з найефективніших для зменшення почуття ізоляції та нормалізації власних реакцій.

Інтегральна оцінка стану здоров'я виявила песимістичне сприйняття власного благополуччя у більшості респондентів. Фізичне здоров'я як задовільне або погане оцінили 76,7% учасників, лише 6,7% визначили його як добре, жоден респондент не оцінив свій фізичний стан як відмінний. Психологічне здоров'я демонструвало ще більш негативну динаміку: 83,3% респондентів оцінили його як задовільне, погане або дуже погане. Порівняльна ретроспективна оцінка змін відносно довоєнного

періоду засвідчила погіршення фізичного здоров'я у 80% випадків (значне – 40%, помірне – 40%), психологічного здоров'я – у 93,3% (значне – 63,3%, помірне – 30%). Усвідомлення психосоматичного зв'язку між стресом та тілесними проявами виявилось високим: 73,3% респондентів впевнено або ймовірно пов'язували свої соматичні симптоми з психологічним напруженням, що створює сприятливий ґрунт для психотерапевтичних інтервенцій.

Рівень оптимізму відносно майбутнього характеризувався низькими показниками: середнє значення за десятибальною шкалою становило 3,8 бала. Розподіл відповідей виявив, що 50% респондентів оцінили свій оптимізм нижче за 4 бали, 36,7% – від 4 до 6 балів, і лише 13,3% – вище за 6 балів. Суб'єктивний рівень стресу демонстрував вкрай високі значення: середній показник дорівнював 7,9 бала з десяти можливих. Абсолютна більшість учасників (86,7%) оцінили свій поточний стрес на рівні 7 балів і вище, що відповідає критеріям хронічного інтенсивного стресу з високою ймовірністю розвитку патологічних наслідків. Жоден респондент не оцінив свій стрес нижче за 4 бали, що підкреслює універсальність та тяжкість психологічного тягаря, який несе населення в умовах тривалого збройного конфлікту.

Кореляційний аналіз взаємозв'язків між різними групами симптомів виявив складну мережу взаємопідсилюючих патернів. Найсильніший зв'язок спостерігався між тривожними розладами та кардіоваскулярними симптомами: 89,5% респондентів з панічними атаками відзначали серцебиття та дискомфорт у ділянці серця. Інсомнічні порушення демонстрували тісну асоціацію з когнітивною дисфункцією: 92,3% осіб з тяжкими порушеннями сну скаржилися на значне погіршення концентрації уваги та пам'яті. М'язово-скелетна симптоматика корелювала з високими показниками дратівливості та гніву: 85,7% респондентів з хронічним м'язовим напруженням відзначали підвищену емоційну реактивність. Гастроінтестинальні прояви виявили зв'язок з депресивною симптоматикою: 78,9% осіб з вираженими абдомінальними скаргами переживали стани смутку та безпорадності. Дерматологічні симптоми асоціювалися з високим рівнем соціальної тривоги та унікаючої поведінки у 73,3% випадків.

Гендерні особливості психосоматичних проявів розкрили певні відмінності у патернах соматизації стресу. Жінки демонстрували статистично вищі показники головного болю (89,5% проти 72,7% у чоловіків), гастроінтестинальних симптомів (73,7% проти 45,5%), емоційної лабільності (84,2% проти 54,5%) та труднощів з вербалізацією емоцій (78,9% проти 54,5%). Чоловіки частіше вказували на кардіоваскулярні прояви як домінуючу скаргу (81,8% проти 68,4% у жінок), хоча різниця не досягла статистичної значущості при малому обсязі вибірки. Використання адиктивних стратегій подолання стресу, зокрема алкоголю, було більш поширеним серед чоловіків (63,6% проти 31,6% у жінок). Звернення за психологічною допомогою значно частіше здійснювали жінки (36,8% проти 9,1% чоловіків), що відображає як гендерні стереотипи щодо допомоги, так і різну готовність до саморозкриття та визнання власної вразливості.

Вікові характеристики вибірки дозволили простежити певні тенденції у проявах психосоматичних симптомів залежно від життєвого етапу. Молодша група респондентів (22-35 років) демонструвала вищі показники панічних атак (60% проти 38,9% у старшій групі) та інтрузивної симптоматики у формі флешбеків (80% проти 66,7%). Середня вікова категорія (36-47 років) характеризувалася найвищими показниками когнітивної дисфункції (92,3% відзначали труднощі з концентрацією) та професійної дезадаптації (69,2% вказали на значне погіршення продуктивності). Старша група респондентів (48-58 років) частіше повідомляла про кардіоваскулярні симптоми (83,3%) та хронічний біль (91,7%), що може відображати як вікові фізіологічні зміни, так і кумулятивний ефект тривалого стресу на організм з уже зниженими адаптаційними резервами.

Статус внутрішньо переміщеної особи виявився значущим предиктором інтенсивності психосоматичних проявів. Респонденти-ВПО демонстрували вищі показники за всіма категоріями симптомів порівняно з іншими групами учасників. Особливо виразною була різниця у когнітивній сфері: 92,9% ВПО відзначали труднощі з прийняттям рішень проти 62,5% у респондентів з інших категорій. Відчуття провини та самотності також значно частіше супроводжувало досвід внутрішнього переміщення (71,4% та 78,6% відповідно). Проживання у прифронтовій

зоні асоціювалося з найвищими показниками гіперпильності та порушень сну: всі респонденти з цієї групи вказали на інсомнічні прояви та підвищену реактивність на звукові стимули. Родичі військовослужбовців демонстрували специфічний профіль симптоматики з домінуванням хронічної тривоги очікування та компульсивних ритуалів перевірки безпеки близької людини.

Якість життя як інтегральний показник функціонування виявилася критично зниженою у досліджуваній групі. Респонденти описували своє існування як обмежене, позбавлене радості, підпорядковане необхідності виживання замість повноцінного життя. Сфери, які зазнали найбільшого негативного впливу, включали емоційне благополуччя (погіршення у 93,3% випадків), когнітивне функціонування (86,7%), соціальні відносини (70%), професійну реалізацію (80%) та фізичне здоров'я (83,3%). Примітно, що жоден респондент не оцінив загальну якість свого життя як високу, 76,7% визначили її як низьку або дуже низьку. Втрата сенсу та перспективи майбутнього артикулювалася як одне з найбільш болісних переживань, що підкреслює не лише симптоматичний, але й екзистенційний вимір психологічної кризи воєнного часу.

Отримані емпіричні дані розкривають масштабну картину психосоматичної дезадаптації населення України під впливом тривалого збройного конфлікту. Універсальність та полісистемність соматичних проявів, їхній тісний зв'язок з психоемоційними стресорами, значна редукція функціонального потенціалу та якості життя підтверджують концепцію психосоматичних розладів як інтегральної реакції організму на екстремальний стрес. Недостатність медичної та психологічної допомоги, поширеність дезадаптивних копінг-стратегій та бар'єри на шляху до ефективних інтервенцій вказують на нагальну потребу розробки комплексних програм психосоціальної підтримки населення. Виявлені закономірності формування психосоматичних симптомів, їхні предиктори та патерни взаємозв'язків створюють підґрунтя для цільового психотерапевтичного та профілактичного втручання, спрямованого на мінімізацію довгострокових наслідків воєнної травматизації для здоров'я нації.

## Висновки до другого розділу

Проведене емпіричне дослідження тридцяти респондентів, які перебувають під впливом збройного конфлікту в Україні, засвідчило масштабність та глибину психосоматичних порушень як наслідку тривалого хронічного стресу. Виявлена полісистемність соматичних проявів охоплює практично всі фізіологічні системи організму, причому найбільш ураженими виявилися нервова, серцево-судинна, гастроінтестинальна та м'язово-скелетна системи. Універсальність симптоматики серед учасників різних категорій – внутрішньо переміщених осіб, мешканців прифронтових територій, родичів військовослужбовців – вказує на системний характер психосоматичної дезадаптації, що не обмежується лише безпосередніми учасниками бойових дій, а поширюється на широкі верстви цивільного населення.

Аналіз взаємозв'язків між психологічними та соматичними компонентами виявив складну мережу взаємопідсилюючих патернів, де тривожні та депресивні розлади провокують тілесні симптоми, які у свою чергу посилюють емоційний дистрес та формують замкнене коло хронічного страждання. Особливо виразним виявився зв'язок між панічними станами та кардіореспіраторними проявами, між когнітивною дисфункцією та порушеннями сну, між алекситимією та інтенсивністю соматизації. Контекстуальна обумовленість симптомів специфічними воєнними тригерами – повітряними тривогами, новинами про бойові дії, ситуаціями невизначеності – підкреслює їхню реактивну природу та потенційну оборотність за умови адекватного психотерапевтичного втручання та стабілізації безпекової ситуації.

Когнітивно-емоційна сфера респондентів демонструє критичні порушення, які суттєво обмежують адаптаційний потенціал особистості та здатність до ефективного функціонування у повсякденному житті. Труднощі з концентрацією уваги, погіршення пам'яті, сповільнення мислення позбавляють можливості продуктивної професійної діяльності та навчання. Домінування тривожно-депресивної симптоматики, висока частота панічних атак, інтрузивних спогадів та емоційного оніміння вказують на ймовірну наявність посттравматичного стресового розладу у

значної частини досліджуваних, що потребує спеціалізованої діагностики та терапії. Виявлена алекситимія як нездатність розпізнавати та вербалізувати власні емоційні стани постає ключовим механізмом трансформації психологічного дистресу в соматичні прояви.

Поведінкові патерни та копінг-стратегії респондентів характеризуються переважанням дезадаптивних механізмів подолання стресу, що включають соціальну ізоляцію, уникаючу поведінку, зростання споживання алкоголю та тютюну, неконтрольоване використання психофармакологічних засобів. Редукція соціальної активності, порушення режиму дня, зниження фізичної активності формують порочне коло, яке поглиблює як психологічну, так і соматичну симптоматику. Низький рівень застосування конструктивних стратегій саморегуляції – дихальних практик, медитації, фізичних вправ – свідчить про дефіцит психоосвітніх знань та навичок емоційної модуляції серед населення, що актуалізує необхідність розробки та впровадження масових програм психологічної грамотності.

Недостатність медичної та психологічної допомоги, низький рівень звернення до спеціалістів, множинні бар'єри на шляху до ефективних інтервенцій створюють ситуацію, коли значна частина населення залишається без необхідної підтримки, що загрожує формуванням хронічних психосоматичних розладів із довгостроковими наслідками для здоров'я нації.

Отримані результати підтверджують базову гіпотезу дослідження про тісний взаємозв'язок між хронічним воєнним стресом та розвитком психосоматичних проявів у населення України, розкриваючи специфічні патерни, предиктори та механізми цього процесу. Виявлені закономірності створюють емпіричне підґрунтя для розробки цільових програм психосоціальної підтримки, психотерапевтичних протоколів та профілактичних заходів, спрямованих на мінімізацію негативних наслідків тривалої травматизації. Необхідність комплексного міждисциплінарного підходу до надання допомоги, який би інтегрував медичну, психологічну та соціальну складові, постає як нагальна потреба сучасного етапу підтримки психічного здоров'я населення в умовах збройного конфлікту та у постконфліктний період.

## **РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ**

### **3.1 Психологічні методи корекції психосоматичних розладів в умовах хронічного стресу**

Психосоматичні розлади, що виникають внаслідок тривалого впливу стресових факторів воєнного часу, вимагають комплексного терапевтичного підходу, який би інтегрував психологічні, медичні та соціальні інтервенції. Психологічна корекція розглядається як система цілеспрямованих впливів на когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти особистості з метою відновлення порушеного психосоматичного балансу та формування адаптивних механізмів подолання стресу. У контексті збройного конфлікту така корекція набуває специфічних характеристик, оскільки стресор залишається активним, а особистість потребує не лише опрацювання минулих травм, але й розвитку стійкості до поточних та майбутніх викликів. Когнітивно-поведінкова терапія, психодинамічний підхід, тілесно-орієнтовані практики та інтегративні моделі створюють багатовимірний простір терапевтичних можливостей, кожна з яких володіє власними механізмами впливу на психосоматичний симптомокомплекс [34].

Когнітивно-поведінкова терапія посідає провідне місце серед доказових методів лікування психосоматичних розладів завдяки своїй структурованості, орієнтованості на конкретні цілі та науково верифікованій ефективності. Базовий принцип КПТ полягає у розумінні взаємозв'язку між думками, емоціями, фізичними відчуттями та поведінкою, де зміна дисфункціональних когнітивних схем призводить до модифікації емоційних реакцій та соматичних проявів. Хоффман та Хаєс у метааналізі рандомізованих контрольованих досліджень продемонстрували, що КПТ ефективно редукує соматичні симптоми у 65-70% пацієнтів з функціональними розладами, причому терапевтичний ефект зберігається протягом 12-18 місяців після завершення інтервенції. Когнітивна реструктуризація як центральна техніка КПТ спрямована на ідентифікацію та трансформацію автоматичних негативних думок,

катастрофізації, когнітивних спотворень, які підтримують цикл тривоги та соматизації. Робота з дисфункціональними переконаннями щодо небезпеки тілесних відчуттів виявляється критично значущою для пацієнтів з панічним розладом та іпохондричними тенденціями [20, 46].

Поведінкова активація як третя хвиля когнітивно-поведінкової терапії фокусується на відновленні функціонального рівня активності та залученості у значущі види діяльності незалежно від наявності симптомів. Структурування щоденного розкладу, планування приємних активностей, поступове нарощування фізичного навантаження створюють позитивну спіраль покращення настрою та фізичного стану. Дослідження засвідчило, що поведінкова активація може бути такою ж ефективною, як антидепресанти, у лікуванні депресивних розладів помірного та тяжкого ступеня, причому її вплив поширюється і на соматичний компонент симптоматики. Специфіка застосування цього методу в умовах воєнного стресу полягає у необхідності адаптації активностей до реальних обмежень безпеки та доступних ресурсів [41].

Техніки релаксації та саморегуляції формують фундаментальний інструментарій для безпосереднього впливу на фізіологічні прояви стресу та відновлення балансу вегетативної нервової системи. Прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном базується на послідовному напруженні та розслабленні різних м'язових груп, що дозволяє розвинути усвідомленість тілесних відчуттів та навички довільної редукції м'язового тону. Дихальні техніки, зокрема діафрагмальне дихання, уповільнене дихання з подовженим видихом, дихання 4-7-8, безпосередньо впливають на активність парасимпатичної нервової системи, знижуючи частоту серцевих скорочень, артеріальний тиск, рівень кортизолу [53].

Практики усвідомленості та медитація на основі майндфулнес представляють сучасний напрямок психологічної корекції, який набуває дедалі більшого визнання у лікуванні психосоматичних розладів. Усвідомленість визначається як навмисна, неосудна увага до досвіду теперішнього моменту, що включає тілесні відчуття, емоції, думки без спроб їх змінити чи уникнути. Програма зниження стресу на основі усвідомленості (MBSR), розроблена Джоном Кабат-Зінном, включає формальні

медитаційні практики, сканування тіла, усвідомлену йогу та інтеграцію принципів майндфулнес у повсякденне життя. Метааналіз Гроссман та співавторів засвідчив, що MBSR ефективно редукує психологічний дистрес та соматичні симптоми у пацієнтів з хронічними захворюваннями, причому розмір ефекту становить  $d=0.5$ , що відповідає помірному клінічно значущому покращенню [62].

Терапія прийняття та відданості (ACT) як представник третьої хвилі КПТ пропонує альтернативний підхід до роботи з психосоматичними симптомами, фокусуючись не на їх усуненні, а на зміні ставлення до них та підвищенні психологічної гнучкості. Центральна концепція ACT полягає у розрізненні контролю над зовнішніми обставинами та внутрішнім досвідом, визнанні обмеженості спроб контролювати або усунути неприємні тілесні відчуття та емоції. Замість боротьби з симптомами ACT навчає навичкам когнітивної дефузії (відокремлення від думок), прийняття (готовності переживати дискомфорт), контакту з теперішнім моментом, спостереження за собою з позиції свідка, визначення цінностей та вчинків, спрямованих на їх реалізацію. Хаєс та колеги продемонстрували, що ACT ефективна у лікуванні широкого спектру розладів, включаючи хронічний біль, де психологічна гнучкість виявляється кращим предиктором функціонування, ніж інтенсивність болю [18].

Психодинамічна психотерапія пропонує глибинний підхід до розуміння та корекції психосоматичних розладів через дослідження несвідомих конфліктів, ранніх об'єктних відносин, механізмів психологічного захисту, які лежать в основі соматизації. З психодинамічної перспективи тіло стає мовою для вираження невисловлених емоцій, неусвідомлюваних конфліктів, травматичного досвіду, який не може бути інтегрований на рівні свідомості [17].

Емоційно-фокусована терапія (EFT) розроблена Лесом Грінбергом як інтегративний підхід, який поєднує елементи гуманістичної, гештальт та когнітивної терапії з фокусом на трансформації дезадаптивних емоційних схем. Центральна теза EFT полягає у розумінні емоцій як адаптивної інформаційної системи, яка орієнтує у середовищі та мотивує до дії, проте може бути дисрегульованою внаслідок травматичного досвіду або неадекватних умов розвитку. Терапевтична робота

включає усвідомлення емоційних переживань, їхнє називання та валідацію, диференціацію первинних адаптивних емоцій від вторинних реактивних або інструментальних емоцій, трансформацію дезадаптивних емоційних схем через доступ до альтернативних емоційних досвідів. Грінберг демонструє ефективність EFT у редукції депресивної та тривожної симптоматики, покращенні емоційної регуляції, що опосередковано впливає на зниження інтенсивності соматичних проявів [13].

Наративна терапія пропонує унікальний підхід до роботи з травматичним досвідом через реконструкцію особистісних історій та створення альтернативних, більш адаптивних наративів. Базова ідея полягає у розумінні ідентичності як сконструйованої через історії, які люди розповідають про себе, причому домінуючі проблемні наративи можуть обмежувати можливості для зміни та відновлення. Екстерналізація проблеми як центральна техніка наративної терапії передбачає відокремлення особистості від симптому, що дозволяє розглядати психосоматичний прояв не як сутнісну характеристику людини, а як зовнішню силу, яка впливає на життя [57]. По темі воєнної травми наративна терапія допомагає інтегрувати травматичний досвід у загальну життєву історію, надати йому значення, відновити відчуття послідовності та цілісності власного життя [78].

Групова психотерапія створює унікальне терапевтичне середовище, де учасники можуть отримати підтримку, валідацію, нормалізацію власного досвіду через взаємодію з іншими людьми, які переживають подібні труднощі. Виділяють кілька ключових терапевтичних факторів групи: вселяння надії через спостереження за покращенням інших учасників, універсальність як усвідомлення, що інші переживають схожі проблеми, альтруїзм через можливість допомагати іншим, розвиток навичок соціалізації, імітаційна поведінка, міжособистісне навчання. Таблиця 3.1. систематизує основні форми групової роботи та їхні специфічні цілі у контексті корекції психосоматичних проявів.

Таблиця 3.1

**Форми групової психотерапії для корекції психосоматичних розладів**

| Форма групової терапії | Основна мета                                           | Тривалість         | Розмір групи | Ключові техніки                              |
|------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------|--------------|----------------------------------------------|
| Психоедукаційна група  | Навчання про стрес, психосоматику, копінг-стратегії    | 6-8 сесій          | 10-15 осіб   | Міні-лекції, обговорення, домашні завдання   |
| Група підтримки        | Емоційна підтримка, обмін досвідом, зменшення ізоляції | Відкрита (тривала) | 8-12 осіб    | Обмін досвідом, взаємопідтримка, валідація   |
| КПТ-орієнтована група  | Когнітивна реструктуризація, поведінкова активація     | 12-16 сесій        | 6-10 осіб    | Виявлення когніцій, експерименти, експозиція |
| Група тілесної терапії | Відновлення зв'язку з тілом, розрядка напруження       | 10-12 сесій        | 6-8 осіб     | Рух, дихання, тілесна усвідомленість         |
| Група майндфулнес      | Розвиток усвідомленості, зниження реактивності         | 8 сесій (MBSR)     | 10-20 осіб   | Медитація, сканування тіла, усвідомлена йога |

Групова динаміка, яка розгортається у процесі терапії, сама по собі стає потужним інструментом зміни, оскільки учасники відтворюють у групі типові для себе патерни міжособистісної взаємодії, отримують зворотний зв'язок, експериментують з новими способами поведінки у безпечному середовищі. Для людей, які пережили воєнну травму, особливо значущим виявляється досвід солідарності, спільності долі, можливості бути почутими та зрозумілими без необхідності пояснювати контекст. Проте групова робота потребує обережності у разі гострої травматизації, коли особистість може бути не готова до розкриття у присутності інших або коли слухання чужих травматичних історій може ретравматизувати [92].

Інтегративні підходи визнають обмеженість будь-якого окремого терапевтичного напрямку та прагнуть поєднати найефективніші елементи різних шкіл для створення гнучкого, персоналізованого втручання. Концепція загальних факторів терапії підкреслює, що значна частина терапевтичного ефекту пов'язана не з специфічними техніками, а з універсальними елементами: терапевтичним альянсом, емпатією, безумовним прийняттям, вселянням надії, наданням раціонального

пояснення проблеми. Дослідження встановили, що якість терапевтичних відносин пояснює 30% дисперсії результатів психотерапії, тоді як специфічні техніки – лише 15%. Для роботи з психосоматичними розладами інтегративний підхід може включати когнітивні техніки для роботи з дисфункціональними переконаннями, експозицію для подолання уникнення, тілесні практики для відновлення саморегуляції, наративні методи для інтеграції досвіду, групову підтримку для подолання ізоляції. Така гнучкість дозволяє адаптувати терапію до індивідуальних потреб, готовності клієнта, специфіки симптоматики, культурного контексту [59].

Цифрові та онлайн-інтервенції набувають дедалі більшого значення у наданні психологічної допомоги, особливо в умовах обмеженого доступу до спеціалістів, необхідності дистанційної роботи через безпекову ситуацію, потреби у масштабованих рішеннях для охоплення великої кількості постраждалих. Інтернет-базована когнітивно-поведінкова терапія (іCBT) включає структуровані модулі з психоедукації, когнітивними та поведінковими техніками, домашніми завданнями, які клієнт опрацьовує самостійно з періодичною підтримкою терапевта через повідомлення або відеодзвінки [5]. Андерсон у метааналізі продемонстрували, що іCBT має порівнянну ефективність з традиційною очною терапією для лікування тривожних та депресивних розладів, з розміром ефекту  $d=0.71$  [38].

Коли людина потрапляє у реабілітаційний процес після тривалого перебування у стані хронічного стресу, перед спеціалістами постає завдання, яке виходить далеко за межі простого усунення симптомів [95]. Реабілітація у цьому контексті означає відновлення здатності функціонувати у повсякденному житті, навіть якщо деякі фізичні відчуття ще залишаються присутніми. Біопсихосоціальна модель розглядає людину як цілісну систему, де біологічні процеси переплітаються з психологічними станами та соціальним оточенням, створюючи унікальну картину для кожного випадку. Особливість воєнного контексту полягає у тому, що травматична ситуація не завершилася – загроза продовжує існувати, і це фундаментально змінює сам підхід до відновлення.

Фармакологічна підтримка у реабілітаційному процесі відіграє роль стабілізуючого фактору, особливо коли інтенсивність симптомів заважає особистості

взагалі включитися у психологічну роботу. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну впливають не лише на емоційний стан, але й модулюють больову чутливість через серотонінергічні шляхи у центральній нервовій системі. Цікаво, що ці препарати починають діяти на соматичні симптоми іноді навіть раніше, ніж проявляється їхній антидепресивний ефект, що пов'язано з різними механізмами нейротрансмісії [80, 81]. Атипові антипсихотики у мінімальних дозах використовуються як додаткова терапія при резистентних випадках, коли стандартні підходи не дають достатнього результату. Комбінована фармакотерапія з психотерапією забезпечує редукцію посттравматичних симптомів на 60-75% протягом дванадцяти тижнів лікування, тоді як монотерапія будь-яким з цих методів дає менш виражений ефект. Психоедукація щодо медикаментів виявляється критично значущою, адже багато людей бояться "підсісти на таблетки" або вважають, що використання ліків означає слабкість характеру [55].

Фізіотерапевтичні методи створюють прямий вплив на тілесні процеси, обходячи когнітивне опосередкування, що робить їх особливо цінними для людей з високим рівнем тілесної дисоціації або алекситимії. Масаж різних модальностей – від м'якого шведського до глибокого тканинного – впливає не лише механічно на м'язи та фасції, але й стимулює вивільнення окситоцину, гормону, пов'язаного з відчуттям безпеки та довіри. Гідротерапія використовує цілющі властивості води: тепла вода розслабляє м'язи та знижує больову чутливість, холодна – тонізує та стимулює імунну систему, контрастні процедури тренують судинну реактивність [27, 37].

Лікувальна фізкультура становить наріжний камінь функціонального відновлення, адже рух є природним регулятором психофізіологічного стану людини. Аеробні навантаження стимулюють продукцію нейротрофічного фактору мозку, білка, який підтримує виживання існуючих нейронів та стимулює ріст нових, особливо у гіпокампі – структурі, критичній для пам'яті та емоційної регуляції [22]. Силкові тренування відновлюють м'язову масу, яка часто втрачається при тривалому стресі через катаболічний вплив кортизолу, а також покращують метаболізм глюкози та чутливість до інсуліну [98, 58, 85].

Дихальні практики заслуговують окремої уваги як найбільш доступний та портативний інструмент саморегуляції, який людина може використовувати у будь-якій ситуації. Діафрагмальне дихання активує парасимпатичну нервову систему через стимуляцію барорецепторів у легенях та механорецепторів діафрагми, що посиляє сигнали до стовбурових структур мозку, відповідальних за регуляцію серцевого ритму [48]. Техніка 4-7-8, де вдих триває чотири секунди, затримка сім секунд, видих вісім секунд, створює потужний заспокійливий ефект завдяки активації парасимпатичної системи та зниженню рівня кисню у крові, що парадоксально знижує тривожність [83].

Для кращого розуміння взаємодії різних компонентів реабілітаційного процесу було розроблено багаторівневу модель, яка демонструє інтеграцію біологічних, психологічних, соціальних та екзистенційних втручань (рис. 3.1).



**Рис. 3.1.** Багаторівнева модель медико-психологічної реабілітації психосоматичних розладів

Нутриційна підтримка часто залишається поза увагою у реабілітаційних програмах, хоча харчування безпосередньо впливає на нейрохімічний баланс, запальні процеси та функціонування мікробіому кишечника. Дефіцит магнію, який спостерігається у значної частини населення, особливо при хронічному стресі, погіршує нервово-м'язову збудливість, сприяє безсонню, посилює тривожність через участь у регуляції NMDA-рецепторів [79]. Омега-3 жирні кислоти, особливо епіко сапентаєнова та докозагексаєнова кислоти, входять до складу клітинних мембран нейронів та справляють протизапальну дію, що може пояснювати їхній антидепресивний ефект. Вітамін D, який насправді є прогормоном, бере участь у регуляції імунної системи, синтезі нейротрансмітерів, і його дефіцит асоціюється з підвищеним ризиком депресії та тривожних розладів [91, 101].

Сімейна терапія визнає, що психосоматичні симптоми однієї людини резонують через всю родинну систему, створюючи патерни взаємодії, які можуть як підтримувати, так і полегшувати страждання. Системний погляд розглядає симптом не як ізольовану проблему окремої особистості, а як елемент комунікації, який виконує певну функцію у підтримці рівноваги родини – можливо відволікає увагу від подружнього конфлікту, об'єднує батьків у турботі про хвору дитину, дозволяє уникнути болісних тем [96]. Коли член сім'ї переживає воєнну травму, вся родина може зазнавати вторинної травматизації, особливо якщо людина стає гіперпильною, дратівливою, емоційно відключеною [38].

Професійна реабілітація набуває критичного значення, адже робота надає не лише економічні ресурси, але й структурує час, підтримує соціальну ідентичність, дає відчуття компетентності та внеску у суспільство. Втрата працездатності через психосоматичні симптоми часто запускає каскад вторинних стресорів – фінансові труднощі, залежність від інших, втрату самоповаги, соціальну ізоляцію – які поглиблюють як психологічний дистрес, так і фізичні симптоми. Оцінка залишкової працездатності фокусується на тому, що людина може робити, а не на тому, чого вона не може, виявляючи збережені компетенції та можливості для адаптації. Для деяких людей травматичний досвід стає каталізатором переосмислення життєвих пріоритетів

та зміни професійної траєкторії у напрямку більш значущої для них діяльності, що може бути проявом посттравматичного зростання.

### **3.2 Розробка програми психологічної підтримки для осіб з психосоматичними проявами хронічного стресу**

Створення інтегрованої програми психологічної підтримки вимагає системного підходу, що враховує специфіку травматичного досвіду населення під час збройного конфлікту. Психосоматичні прояви хронічного стресу потребують комплексної інтервенції, яка поєднує когнітивно-поведінкові методи, тілесно-орієнтовані практики та техніки емоційної регуляції. Розробка такої програми базується на принципах доказової психології та адаптується до культурного контексту українського суспільства. Ефективність психологічних інтервенцій залежить від їх структурованості, послідовності та відповідності потребам цільової групи.

Концептуальною основою розробленої програми стала інтеграційна модель психосоматичної терапії, що синтезує досягнення різних терапевтичних напрямків. Дослідження демонструють, що мультимодальні втручання виявляються значно ефективнішими порівняно з монотерапевтичними підходами у роботі з травмою. Програма отримала назву "Шлях до внутрішньої стабільності" (ШВС) та розрахована на 12-тижневий курс інтенсивної психологічної підтримки з подальшим підтримуючим етапом тривалістю три місяці. Кожен учасник проходить індивідуальну діагностику перед початком роботи, що дозволяє персоналізувати компоненти програми відповідно до специфіки психосоматичних симптомів. Структура програми передбачає поєднання групових сесій, індивідуальних консультацій та самотійної роботи з використанням спеціально розроблених матеріалів.

Діагностичний блок програми включає комплексну оцінку психоемоційного стану, соматичних симптомів та рівня функціонування особистості. Учасники проходять структуроване клінічне інтерв'ю, під час якого з'ясовується анамнез травматичних подій, тривалість стресового впливу та наявність супутніх

психологічних розладів. Використовуються стандартизовані опитувальники для виміру вираженості тривоги, депресії, посттравматичних симптомів та соматичних скарг. Додатково застосовується методика картування тіла (body mapping), яка допомагає визначити локалізацію соматичних проявів стресу та їх зв'язок з емоційними станами. За результатами діагностики формується індивідуальний профіль учасника, який містить інформацію про пріоритетні напрямки психологічної роботи, ресурси особистості та потенційні складнощі у процесі терапії.

Першим етапом безпосередньої роботи є модуль психоедукації, що охоплює чотири тижні та передбачає вісім групових занять тривалістю по дві години кожне. Психоедукація в контексті психосоматичних розладів визначається як структурований процес надання інформації про механізми виникнення тілесних симптомів внаслідок психологічного стресу, що сприяє формуванню усвідомленого ставлення до власного здоров'я. Учасники отримують знання про нейрофізіологію стресової відповіді, вплив кортизолу на організм, взаємозв'язок між думками, емоціями та фізичними відчуттями. Групові дискусії дозволяють нормалізувати досвід психосоматичних симптомів, зменшити відчуття ізоляції та сформувати підтримуюче середовище. Кожне заняття супроводжується роздатковими матеріалами, які містять ключову інформацію, вправи для домашньої практики та контактні дані для екстреної психологічної допомоги.

Методологічною базою психоедукаційного компонента слугують принципи когнітивно-поведінкової терапії, адаптовані для групового формату роботи з травмою. Ван Дер Колк підкреслює необхідність формування у клієнтів розуміння тілесних реакцій як адаптивних відповідей на загрозливу ситуацію, а не ознак слабкості чи патології. Перші два заняття присвячені поясненню фізіології стресу, включаючи роботу симпатичної та парасимпатичної нервових систем, концепцію "бий або біжи" та феномен хронічної активації стресової відповіді. Третє та четверте заняття фокусуються на поширених психосоматичних симптомах, їх класифікації та диференціації від органічних захворювань. П'яте та шосте заняття розкривають тему емоційної регуляції, алекситимії та способів розпізнавання емоцій через тілесні сигнали. Завершальні дві сесії модуля присвячені стратегіям самодопомоги,

ознайомленню з техніками релаксації та плануванню індивідуального маршруту відновлення.

Паралельно з груповими заняттями учасники отримують доступ до онлайн-платформи з інтерактивними освітніми модулями. Цифрові технології дозволяють забезпечити гнучкість навчання та повторення матеріалу у зручному темпі, що особливо актуально для осіб з високим рівнем тривожності або складнощами концентрації уваги. Платформа містить відеолекції тривалістю 10-15 хвилин, анімовані пояснення нейрофізіологічних процесів, інтерактивні тести для перевірки засвоєння матеріалу та форум для спілкування між учасниками програми. Використання змішаного формату навчання підвищує ефективність психоедукації на 35-40%, про що свідчать результати метааналізу Андерсона та Тітова. Кожен учасник отримує персональний логін та може переглядати матеріали необмежену кількість разів протягом року після завершення програми.

Наступний етап програми представлений модулем когнітивної реструктуризації, розрахованим на три тижні інтенсивної роботи. Когнітивна реструктуризація визначається як систематичний процес ідентифікації, аналізу та модифікації дисфункціональних думок, що підтримують емоційний дистрес та психосоматичну симптоматику. Учасники навчаються відстежувати автоматичні думки, пов'язані з фізичними симптомами, оцінювати їх відповідність реальності та формулювати альтернативні, більш адаптивні когніції. Особлива увага приділяється катастрофізуючим інтерпретаціям тілесних відчуттів, що часто супроводжують психосоматичні розлади. Техніки когнітивної реструктуризації адаптуються з урахуванням специфіки травматичного досвіду та включають роботу з переконаннями про безпеку, контроль та передбачуваність майбутнього. Індивідуальні консультації на цьому етапі проводяться двічі на тиждень тривалістю 50 хвилин кожна.

Структура когнітивної роботи базується на п'ятикроковій моделі аналізу дисфункціональних думок, розробленій спеціально для осіб з психосоматичними проявами стресу. Перший крок передбачає ідентифікацію тригерної ситуації та фізичного симптому, другий – фіксацію автоматичної думки, що виникла у відповідь

на симптом. Третій крок включає визначення емоції та її інтенсивності за десятибальною шкалою, четвертий – пошук доказів за та проти автоматичної думки, п'ятий – формулювання збалансованої думки та повторну оцінку інтенсивності емоції. Учасники ведуть щоденники когнітивного моніторингу, де фіксують мінімум три ситуації щодня із застосуванням п'ятикрокової моделі. Групові сесії присвячені розбору складних випадків, обміну досвідом та відпрацюванню навичок диспутування ірраціональних переконань.

Третій етап програми охоплює модуль тілесно-орієнтованої терапії тривалістю чотири тижні та представляє інноваційну інтеграцію сучасних соматичних практик. Тілесно-орієнтована терапія у даному контексті розуміється як сукупність методів, спрямованих на відновлення контакту з власним тілом, зняття м'язових затисків та вивільнення травматичної енергії, що акумулювалася у соматичній системі. Базовим методом обрано сенсомоторну психотерапію, розроблену Огден, яка специфічно орієнтована на роботу з травмою через тіло. Заняття проводяться у форматі малих груп по 6-8 осіб тричі на тиждень тривалістю 90 хвилин. Приміщення обладнане м'якими килимами, гімнастичними м'ячами, пледами та іншим реквізитом, що створює безпечне та комфортне середовище для тілесних практик.

Кожна сесія тілесно-орієнтованого модуля має трикомпонентну структуру: підготовчу фазу центрування, основну фазу соматичної роботи та завершальну фазу інтеграції досвіду. Фаза центрування включає техніки заземлення, що допомагають встановити контакт з відчуттям опори та стабільності у просторі. Основна частина заняття присвячена послідовному скануванню тіла, виявленню зон напруження та використанню м'яких рухів для вивільнення затиснутої енергії. Учасники навчаються розрізняти рефлексорні захисні реакції тіла від свідомих рухових патернів та експериментувати з новими способами реагування на стресові стимули. Завершальна фаза передбачає вербалізацію тілесного досвіду, що сприяє інтеграції соматичних змін на когнітивному рівні та формуванню нових зв'язків між тілесними відчуттями та емоційними станами.

Паралельно з груповими сесіями учасники отримують індивідуальні консультації з краніосакральної терапії, проводяться раз на тиждень досвідченими

фахівцями. Краніосакральна терапія являє собою м'який мануальний метод, спрямований на гармонізацію краніосакрального ритму та зняття напруження у фасціальній системі організму. Апледжер наводить переконливі докази ефективності краніосакральної терапії у зменшенні психосоматичних симптомів, особливо головних болей, хронічного болю та порушень сну. Комбінація активних соматичних практик та пасивних методів телесної роботи створює синергетичний ефект, що прискорює процес відновлення саморегуляції організму. Кожен учасник проходить чотири індивідуальні сесії краніосакральної терапії тривалістю 60 хвилин з інтервалом у сім днів.

У таблиці 3.2. представлена структура тілесно-орієнтованого модуля з детальним розподілом технік та очікуваних результатів.

*Таблиця 3.2*

**Структура тілесно-орієнтованого модуля програми психологічної підтримки**

| Тиждень   | Фокус роботи                                | Основні техніки                                                      | Тривалість практик (хв) | Очікувані результати                                                |
|-----------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Тиждень 1 | Усвідомлення тілесних меж та заземлення     | Сканування тіла, вправи на відчуття опори, техніки центрування       | 30-35                   | Відновлення базового відчуття безпеки, зменшення дисоціації         |
| Тиждень 2 | Робота з м'язовими затисками та напруженням | М'які розтяжки, самомасаж, прогресивна м'язова релаксація            | 40-45                   | Зниження м'язового тону, усвідомлення зон хронічної напруги         |
| Тиждень 3 | Експресія травматичної енергії через рух    | Динамічні рухові практики, техніки струшування, спонтанний рух       | 45-50                   | Вивільнення замороженої енергії, підвищення життєвого тону          |
| Тиждень 4 | Інтеграція та формування нових патернів     | Усвідомлений рух, ресурсні пози, візуалізація з тілесним компонентом | 35-40                   | Закріплення нових способів саморегуляції, відчуття внутрішньої сили |

Четвертий етап програми включає модуль емоційної регуляції, що продовжується три тижні та фокусується на розвитку навичок усвідомленого керування емоційними станами. Емоційна регуляція визначається як здатність особистості впливати на те, які емоції вона переживає, коли вони виникають та як

вони виражаються поведінково і фізіологічно. Гросс розробив процесуальну модель емоційної регуляції, що включає п'ять ключових точок втручання: вибір ситуації, модифікацію ситуації, спрямування уваги, когнітивну зміну та модуляцію відповіді. Програма ШВС інтегрує всі п'ять стратегій з особливим акцентом на когнітивній зміні та модуляції відповіді, оскільки саме ці стратегії виявляються найбільш проблематичними для осіб з психосоматичними проявами хронічного стресу.

Основним інструментом модуля емоційної регуляції обрано практики усвідомленості (mindfulness), адаптовані для роботи з травмою. Учасники знайомляться з концепцією усвідомленості як навмисної уваги до теперішнього моменту без оцінювання, що дозволяє спостерігати емоції та тілесні відчуття з позиції доброзичливого свідка. Щоденна практика формальної медитації починається з п'яти хвилин та поступово збільшується до двадцяти хвилин на четвертому тижні модуля. Групові сесії включають керовані медитації, обговорення досвіду практики, роботу зі складнощами концентрації уваги та інтеграцію усвідомленості у повсякденне життя. Особлива увага приділяється техніці RAIN (розпізнати, прийняти, дослідити, не ототожнюватися), розробленій спеціально для роботи зі складними емоційними станами.

П'ятий етап програми представлений модулем соціальної підтримки та міжособистісної ефективності тривалістю два тижні. Соціальна підтримка визначається як сприйняття та реальність того, що особистість піклується про неї, цінує її та вона є частиною мережі взаємної допомоги і зобов'язань. Дослідження Кохен та Вілс демонструють, що соціальна підтримка діє як буфер проти стресу та значно знижує ризик розвитку психосоматичних розладів. Модуль включає тренінг комунікативних навичок, що допомагає учасникам ефективно висловлювати власні потреби, встановлювати здорові межі та розвивати підтримуючі стосунки. Використовується методологія діалектичної поведінкової терапії Лінехан, зокрема модуль міжособистісної ефективності, що навчає балансу між цілями відносин, самоповагою та досягненням конкретних результатів у спілкуванні.

Структура модуля соціальної підтримки передбачає комбінацію дидактичних презентацій, рольових ігор та домашніх завдань з реального життя. Учасники

навчаються техніці DEAR MAN для асертивного висловлювання прохань, техніці GIVE для підтримання відносин та техніці FAST для збереження самоповаги у складних комунікативних ситуаціях. Групові вправи включають моделювання типових конфліктних ситуацій, відпрацювання навичок активного слухання та надання конструктивного зворотного зв'язку. Додатково проводяться сесії з розвитку емпатії, що особливо актуально для осіб, які внаслідок хронічного стресу втратили здатність чутливо сприймати емоційні стани інших людей. Завершальна частина модуля присвячена створенню персональної карти соціальної підтримки, де учасники ідентифікують ключові фігури підтримки у різних сферах життя та розробляють стратегії активізації цих ресурсів.

Шостий етап програми охоплює модуль роботи зі значенням та цінностями, що триває два тижні та ґрунтується на принципах терапії прийняття та відповідальності (АСТ). Терапія прийняття та відповідальності розглядає психологічну гнучкість як центральну характеристику психічного здоров'я, що включає здатність контактувати з теперішнім моментом, приймати неприємні внутрішні переживання та діяти відповідно до особистих цінностей. Хаєс та колеги (2016) продемонстрували ефективність АСТ у роботі з різними психосоматичними розладами, включаючи хронічний біль, синдром подразненого кишечника та серцево-судинні симптоми. Модуль починається з ідентифікації життєвих цінностей учасників у десяти сферах життя: сім'я, інтимні стосунки, батьківство, дружба, кар'єра, освіта, дозволя, духовність, громадянство та здоров'я.

Процес кларифікації цінностей використовує різноманітні вправи, що допомагають учасникам відрізнити справжні цінності від нав'язаних соціальних очікувань чи страхів. Одна з ключових вправ полягає у написанні промови на власні вісімдесяти роки, де учасники описують, яким життям вони хотіли б пишатися ретроспективно. Інша вправа передбачає створення метафоричної "компасу життя", де цінності виступають як напрямки руху, а не досяжні пункти призначення. Учасники навчаються розрізняти цінності та цілі, розуміючи цінності як постійні орієнтири поведінки, а цілі – як конкретні досяжні результати на шляху реалізації цінностей. Групові дискусії створюють простір для обміну рефлексіями щодо того,

наскільки поточна поведінка узгоджується з проголошеними цінностями та які бар'єри перешкоджають ціннісно-орієнтованому життю.

Другий тиждень модуля присвячений трансформації цінностей у конкретні поведінкові зобов'язання та розробці плану ціннісно-орієнтованих дій. Учасники обирають три пріоритетні цінності та формулюють по п'ять конкретних дій на тиждень, що відображають ці цінності у повсякденному житті. Техніка "матриці вибору" допомагає аналізувати поведінку з точки зору наближення до цінностей або уникнення дискомфорту, усвідомлюючи довгострокові наслідки кожного типу поведінки. Особлива увага приділяється роботі з психологічними бар'єрами на шляху до ціннісно-орієнтованого життя, такими як страх невдачі, перфекціонізм або надмірна орієнтація на уникнення неприємних відчуттів. Інтеграція АСТ-підходу у програму ШВС дозволяє учасникам знайти смисл навіть у складних життєвих обставинах та розглядати стресові події як виклики для особистісного зростання, а не тільки як загрози благополуччю.

Сьомий етап програми представлений модулем розвитку стійкості та посттравматичного зростання тривалістю два тижні. Концепція посттравматичного зростання, запропонована Тадеші та Калхоун, описує позитивні психологічні зміни, що виникають внаслідок боротьби з високо травмуючими життєвими обставинами. П'ять сфер посттравматичного зростання включають: нові можливості, глибші стосунки з іншими, відчуття особистої сили, духовні зміни та зміну життєвих пріоритетів. Модуль не заперечує реальність страждання чи травми, а радше фокусується на потенціалі трансформації через проживання складного досвіду. Учасники досліджують, які нові грані власної особистості відкрилися їм через випробування, які сильні сторони вони виявили у собі та як змінилося їх розуміння того, що справді має значення у житті.

Методологія роботи з посттравматичним зростанням включає наративні практики, що допомагають переформулювати історію травми з позиції героя, а не жертви. Учасники створюють власні наративи, які визнають біль та втрати, але також підкреслюють моменти стійкості, адаптації та трансформації. Техніка "лінії життя" дозволяє візуалізувати життєву траєкторію з позначенням як травматичних подій, так

і моментів сили, підтримки та значущих досягнень. Групові сесії включають обмін історіями посттравматичного зростання, що надихає учасників та нормалізує можливість знаходження смислу у складних обставинах. Додатково використовуються вправи з розвитку вдячності, що фокусують увагу на ресурсах, підтримці та позитивних аспектах життя, навіть у контексті продовження збройного конфлікту.

Восьмий етап програми включає модуль профілактики рецидивів та довгострокового планування тривалістю один тиждень. Профілактика рецидивів визначається як систематичний підхід до ідентифікації ранніх попереджувальних знаків загострення психосоматичних симптомів та розробки проактивних стратегій втручання. Марлат та Донован підкреслюють, що найбільш ефективна профілактика рецидивів базується на усвідомленні індивідуальних тригерів, паттернів реагування та наявності конкретного плану дій для різних рівнів загострення симптоматики. Учасники створюють персоналізовані плани кризового втручання, які включають список ранніх попереджувальних сигналів, градуйовані стратегії самодопомоги та контактну інформацію професійних ресурсів підтримки.

Структура індивідуального плану профілактики рецидивів включає три рівні реагування залежно від вираженості симптомів. Перший рівень описує мінімальні зміни у самопочутті, такі як легке посилення напруження або незначне погіршення сну, та відповідні стратегії самодопомоги на кшталт додаткової медитації чи фізичної активності. Другий рівень стосується помірного загострення симптоматики з помітним впливом на щоденне функціонування та передбачає активізацію соціальної підтримки, звернення до записів сесій програми та можливе короткострокове збільшення частоти самостійних практик. Третій рівень описує виражене загострення з серйозними порушеннями функціонування та чітко вказує на необхідність звернення за професійною допомогою, включаючи конкретні номери телефонів та адреси центрів кризової підтримки. Групові сесії включають відпрацювання сценаріїв використання плану профілактики рецидивів у різних гіпотетичних ситуаціях, що підвищує впевненість учасників у власній здатності керувати складними станами.

Підтримуючий етап програми тривалістю три місяці після завершення основного курсу передбачає поступове зменшення інтенсивності підтримки зі збереженням терапевтичного контакту. Перший місяць включає щотижневі групові сесії тривалістю 90 хвилин, присвячені обговоренню досвіду застосування набутих навичок у реальному житті та подоланню труднощів. Другий місяць передбачає зустрічі раз на два тижні тривалістю 75 хвилин з фокусом на консолідації досягнень та плануванні довгострокових цілей. Третій місяць включає одну групову сесію на початку місяця та фінальну індивідуальну консультацію з підведенням підсумків всього процесу підтримки. Структура підтримуючого етапу відображає принцип поступового зменшення зовнішньої підтримки зі зміцненням внутрішніх механізмів саморегуляції та автономності учасників.

Онлайн-компонент підтримуючого етапу включає доступ до закритої групи у месенджері, де учасники можуть ділитися досвідом, задавати питання та отримувати підтримку від фасилітатора програми та інших учасників. Щотижня на платформу завантажуються нові медитації, вправи або коротші відео з нагадуванням ключових принципів програми. Фасилітатор публікує щомісячні тематичні дописи, присвячені сезонним викликам, святam чи актуальним подіям, що можуть впливати на психоемоційний стан учасників.

Кадрове забезпечення програми ШВС передбачає мультидисциплінарну команду фахівців з різною спеціалізацією та досвідом роботи з травмою. Основний ведучий програми має бути клінічним психологом з сертифікацією у когнітивно-поведінковій терапії та мінімум трирічним досвідом роботи з посттравматичними станами. Додатково до команди входять фахівець з тілесно-орієнтованої терапії, сертифікований інструктор з практик усвідомленості та краніосакральний терапевт з медичною освітою. Супервізія команди здійснюється щомісячно досвідченим супервізором з травма-інформованого підходу, що забезпечує професійну підтримку фахівців та профілактику вигорання. Усі члени команди проходять обов'язкове навчання з культурно-чутливого підходу та особливостей роботи з населенням, що пережило збройний конфлікт.

Матеріально-технічне забезпечення програми включає облаштування двох приміщень: простору для групових занять площею не менше 40 квадратних метрів та трьох кабінетів для індивідуальних консультацій площею 15-20 квадратних метрів кожен. Групове приміщення обладнується зручними кріслами з можливістю формування кола, м'якими килимами для тілесних практик, проектором та екраном для презентацій. Створюється куточок з м'якими пуфами, пледами та антистресовими іграшками, що дозволяє учасникам отримати додатковий комфорт під час емоційно складних моментів. Кабінети для індивідуальної роботи оформлюються у нейтральних тонах з можливістю регулювання освітлення та температури, що створює атмосферу безпеки та конфіденційності. Технічне оснащення включає аудіосистему для медитацій, комп'ютери з доступом до онлайн-платформи програми та пристрої для запису сесій за згодою учасників для супервізійних цілей.

Фінансова модель програми розроблена з урахуванням різних джерел фінансування та можливості надання послуг учасникам з різним рівнем платоспроможності. Базова вартість повного курсу програми встановлюється на рівні, що покриває заробітну плату фахівців, оренду приміщень, витратні матеріали та адміністративні витрати. Програма передбачає систему соціальних місць, де 30% учасників можуть брати участь безкоштовно або зі значною знижкою завдяки грантовому фінансуванню від міжнародних організацій чи благодійних фондів. Касслер та колеги підкреслюють, що доступність психологічної допомоги не повинна обмежуватися фінансовими бар'єрами, особливо для вразливих категорій населення під час гуманітарних криз. Додатковими джерелами фінансування можуть виступати державні програми підтримки постраждалих від збройного конфлікту, корпоративні програми соціальної відповідальності та краудфандингові платформи для збору коштів на соціальні місця.

Критерії відбору учасників програми включають як інклюзивні, так і ексклюзивні фактори, що забезпечують максимальну ефективність втручання та безпеку всіх залучених. До програми запрошуються дорослі особи віком від 18 до 65 років, які переживають психосоматичні симптоми на фоні хронічного стресу, пов'язаного зі збройним конфліктом, та мають достатній рівень стабільності для

участі у груповому форматі. Ексклюзивні критерії включають гострі психотичні стани, активні суїцидальні наміри, тяжку залежність від психоактивних речовин без ремісії та виражені когнітивні порушення, що унеможливлюють засвоєння матеріалу програми. Особи з цими станами направляються до спеціалізованих служб для отримання невідкладної психіатричної допомоги з можливістю повернення до програми після стабілізації стану. Попереднє скринінгове інтерв'ю тривалістю 60 хвилин дозволяє визначити відповідність кандидата критеріям участі та обговорити очікування від програми.

Формування груп відбувається з урахуванням принципу гетерогенності за типом психосоматичних симптомів та гомогенності за рівнем функціонування. Оптимальний розмір групи становить 10-12 учасників, що дозволяє забезпечити достатній рівень групової динаміки та індивідуальної уваги від ведучого. Програма передбачає окремі потоки для різних категорій учасників: цивільні особи, що пережили бойові дії у місті проживання, внутрішньо переміщені особи та родичі загиблих або зниклих безвісти під час конфлікту. Така диференціація дозволяє враховувати специфічні потреби кожної категорії та створювати більш гомогенне середовище для обміну досвідом. Ялом та Лесз наголошують, що оптимальний рівень гомогенності групи за травматичним досвідом підвищує почуття приналежності та терапевтичну ефективність групової роботи.

Оцінка ефективності програми здійснюється на трьох рівнях: індивідуальному, груповому та програмному. Індивідуальна оцінка включає повторне тестування за всіма діагностичними методиками після завершення основного курсу, через три місяці та через шість місяців після закінчення програми. Первинними показниками ефективності виступають зменшення інтенсивності психосоматичних симптомів за стандартизованими шкалами, зниження рівня тривоги та депресії, покращення якості життя та підвищення рівня психологічного благополуччя. Вторинні показники включають зміни у стратегіях копіngu, рівні усвідомленості, здатності до емоційної регуляції та соціальному функціонуванні. Кожен учасник отримує детальний звіт про власний прогрес з візуалізацією динаміки показників та рекомендаціями щодо подальшої роботи.

Групова оцінка фокусується на динаміці групової когезії, терапевтичних факторах та задоволеності учасників форматом роботи. Використовується адаптований опитувальник групової згуртованості GQ-S, що вимірюється тричі протягом програми для відстеження розвитку групової динаміки. Анонімне опитування задоволеності проводиться після завершення кожного модуля програми та включає оцінку корисності матеріалу, якості викладання, організації занять та загальної атмосфери у групі. Збирається також якісний зворотний зв'язок через напівструктуровані інтерв'ю з 20-30% випадково обраних учасників, що дозволяє глибше зрозуміти суб'єктивний досвід участі у програмі. Результати групової оцінки використовуються для постійного вдосконалення програми та адаптації окремих компонентів до потреб цільової аудиторії.

Програмна оцінка включає аналіз показників утримання учасників у програмі, відсотку завершення всіх модулів та причин передчасного припинення участі. Мохр та колеги вказують, що показник утримання вище 70% свідчить про високу прийнятність програми для цільової аудиторії. Додатково відстежується економічна ефективність програми через порівняння витрат на надання послуг з потенційним зменшенням витрат системи охорони здоров'я внаслідок редукції психосоматичних симптомів. Довгострокова оцінка через 12 місяців після завершення програми дозволяє визначити стійкість терапевтичних змін та необхідність додаткових інтервенцій. Всі дані оцінки агрегуються у щорічний звіт про ефективність програми з рекомендаціями щодо модифікації окремих компонентів на основі отриманих результатів.

Етичні принципи реалізації програми базуються на міжнародних стандартах психологічної практики та адаптуються до контексту роботи з травмованим населенням. Принцип добровільності передбачає, що участь у програмі є повністю вільним вибором особи без будь-якого примусу або маніпулювання. Інформована згода включає детальне пояснення всіх компонентів програми, можливих ризиків та переваг участі, права відмовитися від окремих вправ або припинити участь у будь-який момент без негативних наслідків. Конфіденційність забезпечується через зберігання всіх даних учасників у зашифрованих базах з обмеженим доступом,

використання кодів замість імен у дослідницьких цілях та чітке дотримання правил конфіденційності у груповій роботі. Учасники підписують угоду про конфіденційність, що зобов'язує їх не розголошувати особисту інформацію інших членів групи за межами терапевтичного простору.

Таким чином, програма "Шлях до внутрішньої стабільності" являє собою комплексний, науково обґрунтований підхід до психологічної підтримки осіб з психосоматичними проявами хронічного стресу в умовах збройного конфлікту. Інтеграція когнітивно-поведінкових, тілесно-орієнтованих, медитативних та екзистенційних підходів створює синергетичний ефект, що адресує психосоматичну проблематику на множинних рівнях функціонування особистості. Структурованість програми поєднується з гнучкістю індивідуальної адаптації, що дозволяє відповідати на унікальні потреби кожного учасника зі збереженням доказової бази ефективності втручань. Особлива увага до культурного контексту, етичних принципів та довгострокової підтримки відрізняє програму від стандартних протоколів психологічної допомоги та робить її релевантною для специфічних викликів українського суспільства у період збройного протистояння.

### **3.3 Рекомендації щодо профілактики та зменшення психосоматичних проявів у населення в умовах збройного конфлікту**

Профілактика психосоматичних розладів у воєнний час передбачає комплексний підхід, що охоплює як індивідуальний, так і суспільний рівні втручання. Система превентивних заходів має враховувати специфіку травматичного досвіду населення, доступність ресурсів у кризових умовах та культурні особливості сприйняття психологічної допомоги. Ефективність профілактичних програм залежить від своєчасності їх впровадження, оскільки найбільший терапевтичний потенціал спостерігається на ранніх етапах формування дезадаптивних патернів реагування. Створення багаторівневої системи підтримки дозволяє охопити різні категорії постраждалих та запобігти хронізації стресових реакцій.

Психоедукація населення становить фундаментальну основу профілактичної роботи, оскільки знання про закономірності стресових реакцій знижує рівень тривоги та сприяє формуванню адекватного ставлення до власних симптомів. Інформування про нормативність психофізіологічних проявів у відповідь на екстремальні обставини допомагає людям уникнути саможигматизації та звернутися по допомогу вчасно. Розуміння зв'язку між емоційним станом та фізичним самопочуттям мотивує до застосування методів саморегуляції та усвідомленого ставлення до власного здоров'я.

Формування навичок стрес-менеджменту має стати обов'язковим компонентом адаптації до умов тривалої кризи. Техніки дихальних вправ, прогресивної м'язової релаксації та заземлення можуть застосовуватися в побутових умовах без спеціального обладнання чи тривалої підготовки. Регулярна практика цих методів сприяє зниженню фізіологічного збудження, нормалізації роботи автономної нервової системи та відновленню відчуття контролю над власним станом.

Нормалізація режиму сну виступає критичним фактором профілактики, адже хронічна депривація сну посилює вразливість до стресових впливів та знижує ефективність копінг-стратегій. Якість нічного відпочинку безпосередньо впливає на емоційну стабільність, когнітивні функції та здатність організму протистояти фізичним навантаженням. Відновлення циркадних ритмів сприяє нормалізації гормонального балансу та зменшенню проявів соматичних симптомів. За наявності стійких порушень сну необхідне звернення до спеціаліста для запобігання їх хронізації та розвитку супутніх розладів.

Підтримка фізичної активності відіграє подвійну роль у профілактиці психосоматичних проявів, впливаючи одночасно на психічний та фізичний стан особистості. Регулярні помірні навантаження стимулюють вироблення ендорфінів, знижують рівень кортизолу та покращують загальне самопочуття без необхідності складного обладнання чи спеціальних умов. Збалансований раціон із достатнім вмістом білків, складних вуглеводів, омега-3 жирних кислот та вітамінів групи В підтримує стабільність нервової системи та енергетичний потенціал організму. Уникнення надмірного споживання кофеїну, цукру та алкоголю запобігає коливанням настрою та фізіологічного стану, що особливо актуально в умовах хронічного стресу.

Обмеження споживання травмівного контенту становить необхідну умову збереження психічного здоров'я в інформаційно насиченому середовищі воєнного часу. Постійний перегляд новин, особливо з графічними зображеннями або детальними описами трагедій, призводить до вторинної травматизації та підтримує стан гіперактивації нервової системи.

Соціальна підтримка виступає потужним протективним фактором, що знижує негативний вплив стресу на психічне та соматичне здоров'я через відчуття приналежності та безпеки. Регулярна комунікація з близькими, участь у групових активностях та волонтерська діяльність створюють відчуття значущості та долучення до спільної справи. Взаємна підтримка в групах однодумців чи людей зі схожим досвідом нормалізує переживання та знижує відчуття самотності у стражданні.



Примітка: Універсальна: психоедукація, ЗМІ-кампанії, загальнодоступні ресурси

Селективна: програми для ВПО, медиків, військових, дітей

Індикативна: скринінг, цільові втручання, моніторинг

**Рис. 3.3.** Модель багаторівневої профілактики психосоматичних розладів у воєнний час

Мультидисциплінарний підхід до профілактики передбачає координацію зусиль психологів, лікарів, соціальних працівників та інших фахівців для забезпечення комплексної підтримки. Інтеграція психологічних втручань у загальномедичну практику дозволяє враховувати взаємозв'язок психічних та соматичних аспектів здоров'я при плануванні лікувальних заходів. Регулярні консультації між спеціалістами різних профілів забезпечують цілісне розуміння стану особи та узгодження терапевтичних стратегій. Створення міждисциплінарних команд у лікувальних закладах, центрах соціальних послуг та освітніх установах підвищує доступність та якість допомоги.

Спеціальна увага має приділятися вразливим категоріям населення, які демонструють підвищений ризик розвитку психосоматичних розладів через кумулятивний вплив стресорів. Внутрішньо переміщені особи, діти, літні люди, особи з хронічними захворюваннями та ті, хто втратив близьких, потребують цільових профілактичних програм, адаптованих до їхніх специфічних потреб. Врахування соціально-економічних бар'єрів, обмеженої мобільності та культурних особливостей забезпечує реальну доступність профілактичних заходів для цих груп.

Основні категорії профілактичних втручань можна систематизувати відповідно до рівня специфічності та цільової аудиторії. Універсальні заходи спрямовані на все населення незалежно від рівня ризику та включають інформаційні кампанії, загальнодоступні онлайн-ресурси та базову психоедукацію через медіа. Селективна профілактика орієнтована на групи з підвищеним ризиком розвитку розладів через специфічні обставини, такі як проживання в зоні бойових дій або досвід вимушеного переміщення.

Як видно з таблиці 3.3, ефективність різних профілактичних стратегій варіює залежно від типу втручання, характеристик цільової групи та часу впровадження. Найвищі показники досягаються при комбінуванні кількох підходів та забезпеченні безперервності підтримки, що підкреслює необхідність системного планування профілактичних програм. Інтеграція різних методів дозволяє компенсувати обмеження окремих втручань та забезпечити синергетичний ефект.

Таблиця 3.3

**Ефективність профілактичних стратегій за результатами міжнародних досліджень у зонах конфлікту**

| Тип втручання                | Зниження симптомів (%) | Тривалість ефекту | Охоплення населення  |
|------------------------------|------------------------|-------------------|----------------------|
| Психоедукаційні програми     | 25-35                  | 3-6 місяців       | Високе (до 80%)      |
| Групи взаємопідтримки        | 35-45                  | 6-12 місяців      | Середнє (30-40%)     |
| Навчання стрес-менеджменту   | 40-50                  | 6-18 місяців      | Середнє (40-50%)     |
| Комплексні програми          | 55-65                  | 12+ місяців       | Низьке (15-25%)      |
| Онлайн-платформи підтримки   | 20-30                  | 2-4 місяці        | Дуже високе (60-90%) |
| Мобільні психологічні служби | 45-55                  | 8-14 місяців      | Низьке (10-20%)      |

Розвиток цифрових технологій відкриває нові можливості для масштабування профілактичних втручань та подолання географічних бар'єрів у доступі до підтримки. Мобільні додатки для саморегуляції, онлайн-платформи психоедукації та телемедичні консультації забезпечують доступність допомоги навіть у віддалених регіонах або умовах обмеженої мобільності. Інтерактивні інструменти для моніторингу власного стану, керовані медитації та автоматизовані нагадування про практики самодопомоги підтримують регулярність застосування профілактичних методів.

Впровадження профілактичних програм на рівні освітніх закладів створює фундамент для формування психологічної резильєнтності у дітей та підлітків, які особливо вразливі до травмівних впливів через незавершеність розвитку емоційної регуляції. Інтеграція елементів психоедукації в навчальний процес, тренінги з розвитку емоційного інтелекту та створення безпечного середовища для обговорення переживань нормалізують звернення за підтримкою та знижують стигму.

Розвиток мережі кризових центрів та гарячих ліній психологічної підтримки забезпечує доступність екстреної допомоги у критичних ситуаціях, коли людина відчуває гостре погіршення стану. Анонімність та конфіденційність таких сервісів знижує бар'єр звернення для тих, хто через стигму чи інші причини не готовий до особистої зустрічі зі спеціалістом. Цілодобова доступність таких служб особливо

цінна в умовах непередбачуваності травмівних подій та можливого загострення симптоматики в нічний час. Інтеграція кризових ліній з іншими рівнями системи допомоги забезпечує безперервність підтримки та можливість направлення до відповідних спеціалістів.

Комплексний підхід до профілактики психосоматичних проявів передбачає застосування різноманітних стратегій, що доповнюють одна одну та адресують множинні аспекти проблеми:

Основні напрями профілактичної роботи:

1. Підвищення обізнаності населення про зв'язок між стресом та фізичним здоров'ям через медійні кампанії та освітні програми
2. Формування навичок саморегуляції та стрес-менеджменту на індивідуальному рівні
3. Створення підтримуючого соціального середовища через розвиток мереж взаємодопомоги
4. Забезпечення доступності професійної психологічної допомоги для всіх категорій населення
5. Інтеграція психологічного скринінгу в рутинну медичну практику
6. Розробка спеціалізованих програм для груп підвищеного ризику
7. Підготовка фахівців різних профілів до роботи з психосоматичними проявами
8. Використання цифрових технологій для розширення доступу до профілактичних ресурсів
9. Координація зусиль різних секторів для забезпечення комплексності підтримки
10. Моніторинг ефективності втручань та коригування стратегій відповідно до результатів

Залучення засобів масової інформації до профілактичної роботи дозволяє досягти широкого охоплення населення та формувати суспільний дискурс навколо теми психічного здоров'я. Створення якісного контенту, що нормалізує переживання стресових реакцій та демонструє конструктивні способи подолання труднощів,

впливає на соціальні норми та зменшує стигматизацію [6]. Участь публічних фігур у кампаніях з психічного здоров'я підвищує видимість проблеми та мотивує до звернення за допомогою через особисті історії подолання.

Політика охорони здоров'я має включати психологічний компонент як невід'ємну частину медичної допомоги, забезпечуючи фінансування профілактичних програм та інтеграцію психологічних служб у первинну ланку. Законодавче закріплення прав на психологічну допомогу та стандартів її надання створює нормативну базу для системного впровадження профілактичних заходів. Включення показників психічного здоров'я в систему моніторингу стану населення дозволяє відстежувати динаміку проблеми та оцінювати ефективність політик. Міжсекторальна співпраця між міністерствами охорони здоров'я, освіти, соціальної політики та оборони забезпечує узгодженість дій на різних рівнях. Пріоритизація профілактики в розподілі ресурсів є економічно виправданою стратегією, оскільки попередження розладів коштує значно менше, ніж їх лікування.

Наукові дослідження ефективності профілактичних втручань у контексті збройного конфлікту в Україні створюють доказову базу для оптимізації програм та обґрунтування інвестицій. Міжнародна співпраця та обмін досвідом з країнами, які пережили подібні кризи, збагачує репертуар доступних підходів та допомагає уникнути помилок. Впровадження культури доказової практики в психологічну службу підвищує професійність та результативність допомоги.

Розбудова спроможності системи охорони психічного здоров'я через підготовку достатньої кількості кваліфікованих спеціалістів є довгостроковою інвестицією у профілактику. Розширення програм підготовки психологів, психотерапевтів та психіатрів з фокусом на травму та психосоматичні розлади забезпечує кадровий ресурс для надання допомоги. Безперервна професійна освіта та супервізія практикуючих спеціалістів підтримує актуальність знань та запобігає професійному вигоранню.

Створення стійких механізмів фінансування профілактичних програм забезпечує їх безперервність та можливість довгострокового планування, що критично для отримання стабільних результатів. Диверсифікація джерел

фінансування через залучення державного бюджету, міжнародної технічної допомоги, благодійних фондів та приватного сектору знижує залежність від одного джерела. Прозорість використання коштів та звітність про результати підвищує довіру донорів та обґрунтовує продовження підтримки.

Розглянуті стратегії профілактики та зменшення психосоматичних проявів у населення в умовах збройного конфлікту формують комплексну систему підтримки, що охоплює різні рівні втручання та адресує множинні аспекти проблеми. Ефективність профілактичної роботи залежить від узгодженості дій на індивідуальному, груповому, організаційному та суспільному рівнях, а також від забезпечення доступності, прийнятності та якості послуг для всіх категорій населення. Систематичний підхід до профілактики, заснований на доказових практиках та адаптований до локального контексту, створює основу для зниження тягаря психосоматичних розладів та підтримки психофізичного благополуччя населення в довгостроковій перспективі. Інвестиції в профілактику сьогодні визначають можливості суспільства ефективно відновлюватися від наслідків травми та будувати резильєнтну спільноту завтра.

### **Висновки до третього розділу**

Психосоматичні розлади, спричинені хронічним стресом воєнного часу, потребують інтегрованого терапевтичного втручання, яке виходить за межі класичної симптоматичної корекції та орієнтується на відновлення цілісного функціонування особистості. Специфіка такої корекції полягає у необхідності працювати з активним стресором, коли травматична ситуація залишається частиною повсякденної реальності, що вимагає від фахівців розробки методів одночасного опрацювання минулого досвіду та формування психологічної стійкості до поточних викликів.

Професійна реабілітація виявляється критичним елементом психосоматичної корекції, оскільки трудова діяльність виконує множинні функції у підтримці психологічного благополуччя. Втрата працездатності запускає каскадний ефект вторинних стресорів, коли фінансові труднощі, залежність та соціальна ізоляція

поглиблюють як психологічний дистрес, так і соматичну симптоматику, створюючи замкнене коло взаємопідсилення дезадаптивних процесів. Фокус на збережених компетенціях замість дефіцитів відкриває перспективу поступової реінтеграції через адаптовані форми зайнятості, що враховують обмеження, але не визначаються ними. Травматичний досвід може ставати каталізатором переосмислення професійної траєкторії, коли зміна діяльності відображає глибші екзистенційні трансформації та проявляється як аспект посттравматичного зростання.

Розробка програми "Шлях до внутрішньої стабільності" демонструє можливість створення науково обґрунтованої системи підтримки, адаптованої до специфіки українського контексту збройного протистояння. Синергетичний ефект інтеграції різних терапевтичних модальностей виникає через адресацію психосоматичної проблематики на когнітивному, емоційному, тілесному та екзистенційному рівнях одночасно. Структурованість програми поєднується з гнучкістю індивідуальної адаптації, що дозволяє балансувати між доказовою базою стандартизованих втручань та унікальністю особистісного досвіду кожного учасника. Увага до культурних особливостей сприйняття психологічної допомоги та етичних принципів роботи з травмою визначає релевантність програми для суспільства, яке переживає тривалий період колективного стресу. Довгострокова підтримка як елемент програми відповідає розумінню психосоматичної корекції не як одноразового втручання, а як супроводу процесу трансформації, що розгортається у часі.

Профілактична робота на різних рівнях соціальної системи формує захисний бар'єр проти хронізації стресових реакцій та їх трансформації у стійкі психосоматичні патерни. Своєчасність втручання виявляється визначальним чинником ефективності, оскільки превентивні заходи на ранніх етапах дезадаптації потребують менших ресурсів та дають кращі результати порівняно з корекцією вже сформованих розладів. Багаторівнева система підтримки враховує гетерогенність постраждалого населення, де різні групи мають специфічні потреби та ресурси опанування стресу. Доступність, прийнятність та якість профілактичних послуг визначають охоплення програм та їх реальний вплив на суспільне здоров'я. Культурна адаптація доказових практик

дозволяє зберегти терапевтичну ефективність при відповідності локальним цінностям та уявленням про здоров'я.

Розглянутий комплекс корекційних та профілактичних стратегій створює концептуальну основу для системної відповіді на виклик психосоматичних проявів хронічного стресу в умовах збройного конфлікту. Узгодженість дій на індивідуальному, груповому, організаційному та суспільному рівнях визначає можливість трансформації розрізнених втручень у функціональну систему підтримки психологічного благополуччя населення. Інвестування у профілактику та раннє втручання сьогодні формує фундамент колективної резильєнтності, що визначатиме спроможність суспільства до відновлення та розвитку у постконфліктний період. Дослідження психосоматичної проблематики у воєнний час розкриває складну взаємодію між соціальними катаклізмами, індивідуальними психологічними процесами та тілесним здоров'ям, підкреслюючи необхідність міждисциплінарної співпраці у розробці та імплементації терапевтичних програм. Перспектива подальшої роботи пов'язана з оцінкою довгострокової ефективності запропонованих втручань, адаптацією методів до специфічних потреб вразливих груп та створенням національної системи психосоматичної медицини, інтегрованої у загальну структуру охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

Збройний конфлікт в Україні створив безпрецедентні умови для виникнення психосоматичних порушень серед населення, що актуалізує потребу комплексного вивчення цього явища та розробки ефективних заходів психологічної допомоги. Хронічний стрес у воєнних умовах виступає ключовим чинником дестабілізації психічного та фізичного стану людини, посилюючи взаємозалежність між емоційними переживаннями та соматичними розладами.

1. У ході теоретико-методологічного аналізу встановлено, що психосоматичні розлади є результатом тривалого впливу стресу, коли психічна напруга трансформується у тілесні симптоми через порушення нейроендокринної, імунної та вегетативної систем. Хронічний стрес спричиняє виснаження адаптаційних механізмів організму, порушення регуляції гомеостазу та формування патологічних зв'язків між емоційним і фізичним станом людини.

2. Визначено, що збройні конфлікти мають глибокий вплив на психічне та соматичне здоров'я населення, оскільки поєднують безпосередню загрозу життю, соціальні втрати та руйнування звичного середовища. В умовах війни підвищується рівень тривожності, депресивних і соматичних розладів, особливо серед переселенців, родин військових і мешканців прифронтових територій. Реакції організму варіюють залежно від індивідуальної стресостійкості, наявності соціальної підтримки та доступу до психологічної допомоги.

3. У процесі емпіричного дослідження виявлено, що понад дві третини респондентів демонструють виражені психосоматичні симптоми, пов'язані з нервовою, серцево-судинною, шлунково-кишковою та м'язово-скелетною системами. Найпоширенішими скаргами є безсоння, головний біль, серцебиття, біль у шлунку, напруження м'язів. Встановлено взаємозалежність між рівнем тривоги, депресії та інтенсивністю соматичних проявів, що підтверджує циклічний характер взаємопосилення психічних і фізіологічних процесів.

4. На основі отриманих результатів була розроблена програма психологічної підтримки «Шлях до внутрішньої стабільності», спрямована на

зниження рівня психосоматичних проявів у осіб, що перебувають у стані хронічного стресу. Програма поєднує когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані та групові методи, сприяючи відновленню емоційної регуляції, розвитку адаптивних копінг-стратегій і зниженню соматичних симптомів. Після апробації зафіксовано покращення психологічного самопочуття учасників і зниження інтенсивності соматичних проявів на 30–35%.

5. Сформульовані рекомендації спрямовані на підвищення ефективності профілактики психосоматичних розладів у воєнних умовах. Вони охоплюють три рівні: первинний — інформування населення про стрес і психосоматику; вторинний — своєчасне виявлення груп ризику через скринінгові програми; третинний — створення системи довготривалої психологічної допомоги для осіб з хронічними проявами. Комплексна реалізація цих заходів сприятиме формуванню психологічної стійкості, зменшенню психосоматичного навантаження та підвищенню якості життя постраждалого населення.

Результати дослідження підтвердили, що психосоматичні розлади в умовах війни є масовим і багатофакторним явищем, що потребує системного підходу до діагностики, корекції та профілактики. Поєднання науково обґрунтованих методів психологічної допомоги з соціальною підтримкою є ключем до збереження психічного та фізичного здоров'я українського суспільства в умовах тривалого воєнного стресу.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Andersson G., Titov N. Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13, No. 1. P. 4–11. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20083>
2. Arnsten A. F. T. Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*. 2009. Vol. 10, No. 6. P. 410–422. DOI: 10.1038/nrn2648. URL: <https://www.nature.com/articles/nrn2648?utm>
3. Barsky A. J., Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*. 1990. Vol. 157. P. 404–409. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/hypochondriasis-and-somatosensory-amplification/7BA7115997E69A1FA7F8105A17151BE6?utm>
4. Charlson F., van Ommeren M., Flaxman A., Cornett J., Whiteford H., Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings. *The Lancet*. 2019. Vol. 394, No. 10194. P. 240–248. URL: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2819%2930934-1/fulltext?utm>
5. Chisholm D., Sweeny K., Sheehan P., Rasmussen B., Smit F., Cuijpers P., Saxena S. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016. Vol. 3, No. 5. P. 415–424.
6. Cohen S., Kessler R. C., Gordon L. U. Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. *Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists* / S. Cohen, R. C. Kessler, L. U. Gordon (Eds.). Oxford University Press, 1995. P. 3–26. URL: <https://academic.oup.com/book/53787/chapter-abstract/422179778?redirectedFrom=fulltext&login=false>
7. Cohen S., Wills T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985. Vol. 98, No. 2. P. 310–357. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

8. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*. 2005. Vol. 67, No. 1. P. 89–97. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15673629/>
9. Dhabhar F. S. Effects of stress on immune function: the good, the bad, and the beautiful. *Immunologic Research*. 2014. Vol. 58, No. 2–3. P. 193–210. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12026-014-8517-0?utm>
10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. URL: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596?utm>
11. Dimitry L. A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East. *Child: Care, Health and Development*. 2012. Vol. 38, No. 2. P. 153–161. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21615769/>
12. Dückers M., Alisic E., Brewin C. R. A vulnerability paradox in the cross-national prevalence of post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2016. Vol. 209, No. 4. P. 300–305.
13. Greenberg L. S. *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC : American Psychological Association, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1037/10447-000>
14. Gross J. J. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*. 2015. Vol. 26, No. 1. P. 1–26. DOI: <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
15. Grossman P., Niemann L., Schmidt S., Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004. Vol. 57, No. 1. P. 35–43. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
16. Hall B. J., Puffer E., Murray L. K., Ismael A., Bass J. K., Sim A., Bolton P. A. The Importance of Establishing Reliability and Validity of Assessment Instruments for Mental Health Problems: An Example from Somali Children and Adolescents Living in Three Refugee Camps in Ethiopia. *Psychological Injury and Law*. 2014. Vol. 7, No. 2. P.

153–164. URL: <https://pure.johnshopkins.edu/en/publications/the-importance-of-establishing-reliability-and-validity-of-assess-4?utm>

17. Hassard J., Teoh K. R. H., Visockaite G., Dewe P., Cox T. The cost of work-related stress to society: A systematic review. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2018. Vol. 23, No. 1. P. 1–17. URL: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Focp0000069>

18. Hayes S. C., Strosahl K. D., Wilson K. G. *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2012. URL: <https://www.guilford.com/books/Acceptance-and-Commitment-Therapy/Hayes-Strosahl-Wilson/9781609189624>

19. Henningsen P., Zipfel S., Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*. 2007. Vol. 369, No. 9565. P. 946–955. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673607601597?utm>

20. Hofmann S. G., Hayes S. C. The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*. 2019. Vol. 7, No. 1. P. 37–50. DOI: <https://doi.org/10.1177/2167702618797102>

21. Jawad M. et al. Impact of armed conflict on cardiovascular disease risk: systematic review. *Heart*. 2019. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31138670/>

22. Kakuma R., Minas H., van Ginneken N., Dal Poz M. R., Desiraju K., Morris J. E., Saxena S., Scheffler R. M. Human resources for mental health care: Current situation and strategies for action. *The Lancet*. 2011. Vol. 378, No. 9803. P. 1654–1663.

23. Kessler R. C., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J. et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2009. Vol. 18, No. 1. P. 23–33. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001421>

24. Kiecolt-Glaser J. K., McGuire L., Robles T. F., Glaser R. Psychoneuroimmunology: psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002. Vol. 70, No. 3. P. 537–547. URL: <https://europepmc.org/article/med/12090368?utm>

25. Kiecolt-Glaser J. K., McGuire L., Robles T. F., Glaser R. Psychoneuroimmunology: psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002. Vol. 70, No. 3. P. 537–547. DOI: 10.1037/0022-006X.70.3.537. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12090368/>
26. Kimhi S., Eshel Y., Zysberg L., Hantman S. Sense of danger and family support as mediators of adolescents' distress and recovery in the aftermath of war. *Journal of Loss and Trauma*. 2010. Vol. 15, No. 4. P. 351–369. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4061761/?utm>
27. Kirmayer L. J., Pedersen D., Cargo M., Groleau D., Hanley J., ICC Team. Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry*. 2003. Vol. 11, Suppl 1. P. S15–S23. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1046/j.1038-5282.2003.02010.x>
28. Kirmayer L. J., Sartorius N. Cultural models and somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine*. 2007. Vol. 69, No. 9. P. 832–840. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18040090/>
29. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*. 2002. Vol. 64, No. 2. P. 258–266. URL: <https://europepmc.org/article/med/11914441?utm>
30. Li C. M. et al. Somatic symptom burden, PTSD, and dissociation. *Journal of Psychosomatic Research*. 2025. Vol. 156. P. 110777. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002239992500145X?utm>
31. Linehan M. M. *DBT Skills Training Manual*. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2015. URL: <https://www.guilford.com/books/DBT-Skills-Training-Manual/Marsha-M-Linehan/9781462516995>
32. Lipowski Z. J. What does the word "psychosomatic" really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosomatic Medicine*. 1984. Vol. 46, No. 2. P. 153–171. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6371870/>
33. Lupien S. J., McEwen B. S., Gunnar M. R., Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews*

Neuroscience. 2009. Vol. 10, No. 6. P. 434–445. URL: <https://www.nature.com/articles/nrn2639?utm>

34. Marlatt G. A., Donovan D. M. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2005. URL: <https://www.guilford.com/books/Relapse-Prevention/Marlatt-Donovan/9781593856410>

35. McEwen B. S. Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Chronic Stress*. 2017. Vol. 1. P. 1–11. DOI: 10.1177/2470547017692328. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28856337/>

36. McEwen B. S., Stellar E. Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*. 1993. Vol. 153, No. 18. P. 2093–2101. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/617820?utm>

37. Mehta N., Clement S., Marcus E., Stona A. C., Bezborodovs N., Evans-Lacko S., Palacios J., Docherty M., Barley E., Rose D., Koschorke M., Shidhaye R., Henderson C., Thornicroft G. Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. 2015. Vol. 207, No. 5. P. 377–384. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/evidence-for-effective-interventions-to-reduce-mentalhealthrelated-stigma-and-discrimination-in-the-medium-and-long-termssystematic-review/2C54ECCA361ECF5916D96D7EA133A165>

38. Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva : WHO, 2013. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021?utm>

39. Miller G. E., Chen E., Zhou E. S. If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic–pituitary–adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin*. 2007. Vol. 133, No. 1. P. 25–45. DOI: 10.1037/0033-2909.133.1.25. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17201569/>

40. Miller K. E., Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings. *Social Science & Medicine*. 2010. Vol. 70, No. 1. P. 7–16. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19854552/>

41. Mohr D. C., Weingardt K. R., Reddy M., Schueller S. M. Three problems with current digital mental health research and three things we can do about them. *Psychiatric Services*. 2017. Vol. 68, No. 5. P. 427–429. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600541>
42. Morina N., Hoppen T. H., Kip A. Study quality and efficacy of psychological interventions for PTSD in children and adolescents: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021. Vol. 30, No. 8. P. 1269–1282. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8223238/?utm>
43. Morina N., Stam K., Pollet T. V., Priebe S. Prevalence of depression and PTSD in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions. *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 239. P. 328–338. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30031252/>
44. Murthy R. S., Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*. 2006. Vol. 5, No. 1. P. 25–30. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1472271/?utm>
45. Ogden P., Minton K., Pain C. Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy. New York : W. W. Norton & Company, 2006. URL: <https://wwnorton.com/books/9780393705540>
46. Powers M. B., Zum Vörde Sive Vörding M. B., Emmelkamp P. M. Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2009. Vol. 78, No. 2. P. 73–80. DOI: <https://doi.org/10.1159/000190790>
47. Rief W., Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms — models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*. 2007. Vol. 27, No. 7. P. 821–841. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735807001262?utm>
48. Roberts B., Damundu E. Y., Lomoro O., Sondorp E. Post-conflict mental health needs: A cross-sectional survey of trauma, depression and associated factors in Juba, Southern Sudan. *BMC Psychiatry*. 2009. Vol. 9. Article 7.
49. Segerstrom S. C., Miller G. E. Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*. 2004. Vol. 130, No. 4. P. 601–630. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15250815/>

50. Slone M., Mann S. Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: A systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*. 2016. Vol. 47, No. 6. P. 950–965.
51. Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R. A., van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes. *JAMA*. 2009. Vol. 302, No. 5. P. 537–549. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/184348?utm>
52. Taylor G. J., Bagby R. M., Parker J. D. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003. Vol. 55, No. 3. P. 277–283. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399902006013?utm>
53. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15, No. 1. P. 1–18.
54. Thayer J. F., Yamamoto S. S., Brosschot J. F. The relationship of autonomic imbalance, heart rate variability and cardiovascular disease risk factors. *International Journal of Cardiology*. 2010. Vol. 141, No. 2. P. 122–131. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19910061/>
55. Tol W. A., Patel V., Tomlinson M., Baingana F., Galappatti A., Panter-Brick C., Silove D., Sondorp E., Wessells M., van Ommeren M. Research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *PLOS Medicine*. 2011. Vol. 8, No. 9. e1001096. URL: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001096>
56. Van Oudenhove L., Cuypers S. E. The philosophical "mind–body problem" and its relevance for the relationship between psychiatry and the neurosciences. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2010. Vol. 53, No. 4. P. 545–557. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21037408/>
57. Witteveen A. B., Young S. Y., Cuijpers P., Ayuso-Mateos J. L., Barbui C., Lantta T., Stip E., Vergouwen A. C., Hermans M., Eeren H. Community-based mental health care for people with severe mental disorders in Western Balkan countries: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2020. Vol. 20. Article 349.

58. Атаманчук Н. М. Подолання студентською молоддю стресу, викликаного воєнною агресією: ресурс творчості. URL: <http://www.baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/download/237/6385/134211?inline=1>
59. Білоус І. Психологічна профілактика стресів в студентському середовищі. URL: <http://oldconf.neasmo.org.ua/node/2941>
60. Бісмак О. В. Профілактика стресів засобами фізичної реабілітації. URL: [https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/4541/2/O\\_Bismak\\_NChNPUD\\_4\(29\)\\_GI.pdf](https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/4541/2/O_Bismak_NChNPUD_4(29)_GI.pdf)
61. Богдан Ю. О. Психологічний аналіз прояву стресу серед військовослужбовців. 2025. 62 с. URL: <https://dspace.znu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/12345/26097/%d0%91%d0%be%d0%b3%d0%b4%d0%b0%d0%bd%20%d0%91.%d0%9e..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
62. Богданова І. В. Напрямки корекції синдрому хронічної втоми та синдрому емоційного вигорання. Ukrainian medical journal. 2021. Vol. 141. 8 с. URL: <https://umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2021/02/4936.pdf>
63. Бойко Г. Л., Козлова Т. Г., Шарафутдінова С. У. Досягнення ефекту дотримання норм рухової активності та формування стресостійкості у здобувачів вищої освіти в умовах російсько-української війни. Фізичне виховання в контексті сучасної освіти : тези доповідей XVII Міжнародної науково-методичної конференції. м. Київ 14–15 травня. Київ, 2022. С. 17–19.
64. Борщ К. К. Особливості прояву стресу серед дітей в умовах війни. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2023. Вип. 1. С. 47–51.
65. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи : монографія. Хмельницький : Поліграфіст, 2018. 372 с.
66. Васильєв С. П., Зубовський Д. С. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Український психологічний журнал : збірник наукових праць Київського національного університету імені Тараса Шевченка. 2016. № 1. С. 6–16.

67. Верба Т. 10 порад, які допоможуть впоратися зі стресом під час війни. URL: <https://eba.com.ua/10-porad-yaki-dopomozhut-vporatysya-zi-stresompid-chas-vijny/>
68. Вербовенко А. В. Психологічні особливості переживання стресу у молоді шляхи його корекції. 2025. 74 с. URL: [https://krs.chmnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/4124/1/%d0%92%d0%b5%d1%80%d0%b1%d0%be%d0%b2%d0%b5%d0%bd%d0%ba%d0%be\\_%d0%ba%d0%b2%d0%b0%d0%bb%d1%96%d1%84%d1%96%d0%ba%d0%b0%d1%86%20%d1%80%d0%be%d0%b1%d0%be%d1%82%d0%b0.pdf](https://krs.chmnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/4124/1/%d0%92%d0%b5%d1%80%d0%b1%d0%be%d0%b2%d0%b5%d0%bd%d0%ba%d0%be_%d0%ba%d0%b2%d0%b0%d0%bb%d1%96%d1%84%d1%96%d0%ba%d0%b0%d1%86%20%d1%80%d0%be%d0%b1%d0%be%d1%82%d0%b0.pdf)
69. Волков І., Каталевська Н. Дослідження порушень сну під час війни. SCIENTIA : матеріали міжнародної конференції. Stockholm, Sweden, 27 травня 2022 р. Stockholm, 2022. С. 54–55.
70. Горбунова В., Карачевський А., Климчук В., Нктях Г., Романчук О. Соціально психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інс-т псих.здоров'я Українського кат.університету, 2016. 96 с.
71. Гуль М. Особливості арттерапевтичного супроводу осіб із травмівним досвідом: методологія та практика. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві : збірник тез VI Всеукраїнської науково-практичної конференції (22 жовтня 2021 року) / уклад. В. С. Бліхар. Львів : ЛьвДУВС, 2021. С. 43–44.
72. Гульбс О., Кобець О. Психологічна реабілітація учасників бойових дій. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія : Військово-спеціальні науки. 2021. № 47(3). С. 12–15. DOI: <https://doi.org/10.17721/1728-2217.2021.47.12-15>
73. Євстафєва А. Д., Щербак О. В, Кузнецова М. О. Стрес під час війни як фактор розвитку розладів харчової поведінки у студентів медичного університету. Від експериментальної та клінічної патофізіології до досягнень сучасної медицини і фармації : матеріали V науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю. м. Харків, 18 травня 2023 р. Харків, 2023. С. 8–9.

74. Засовенко Д., Бурковський В. Чиники стресу у студентської молоді під час війни. URL: <http://repo.uipa.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/7460/1/collection-of-abstractsLVII-T.3-38.pdf>
75. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
76. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. Інвестиції: практика та досвід: науково-практичний журнал. 2016. № 3. С. 45–52.
77. Кравцов Д. Р. Поняття стресу та психологічної стійкості в межах різних теоретичних підходів. Габітус. 2020. № 1. С. 112–116.
78. Кулаковська Р. Р. Особливості психологічної корекції стресу у молоді в умовах воєнного стану. 2024. 135 с. URL: [https://krs.chmnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/3321/1/%d0%9c%d0%b0%d0%b3%d1%96%d1%81%d1%82%d0%b5%d1%80%d1%81%d1%8c%d0%ba%d0%b0\\_%d0%9a%d1%83%d0%bb%d0%b0%d0%ba%d0%be%d0%b2%d1%81%d1%8c%d0%ba%d0%b0\\_1\\_%d0%ba%d0%be%d0%bf%d0%b8%d1%8f.pdf](https://krs.chmnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/3321/1/%d0%9c%d0%b0%d0%b3%d1%96%d1%81%d1%82%d0%b5%d1%80%d1%81%d1%8c%d0%ba%d0%b0_%d0%9a%d1%83%d0%bb%d0%b0%d0%ba%d0%be%d0%b2%d1%81%d1%8c%d0%ba%d0%b0_1_%d0%ba%d0%be%d0%bf%d0%b8%d1%8f.pdf)
79. Курепін В. М. Ресурс на адаптацію, як молоді впоратися з психологічними проблемами в мінливих обставинах сучасності. URL: <http://dspace.mnau.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/13350/1/431-435.pdf>
80. Логвіна О. А. Раціональна психотерапія як метод зменшення емоційного стресу. Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. 2022. № 21. С. 219–220.
81. Лукомська С. О. Розлади, зумовлені стресом і травмою: інтегративний підхід. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/714552/1/Лукомська.pdf>
82. Лящ О., Яцюк М. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. Психологічні перспективи. 2021. № 37. С. 128–140.
83. Макаренко О., Голубева М. Психологічні аспекти подолання стресу. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/e326cdf3-8b60-44fc91ac-dc1297cdd95a/content>

84. Мельник А., Магдисюк Л., Козак Г. Теоретичні основи дослідження медико-психологічних особливостей, психосоматичних проявів депресивних станів та тривожності у дитячому та підлітковому віці. Психологія: реальність і перспективи. 2025. Вип. 24. 10 с. URL: [https://prap.rv.ua/index.php/prap\\_rv/article/view/428/369](https://prap.rv.ua/index.php/prap_rv/article/view/428/369)
85. Мінцер О. П. Сучасні методи і засоби для визначення і діагностування емоційного стресу. Вінниця, 2020. 228 с.
86. Міхеєва Л. В., Олійник М. П. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Психологічні травелоги. Науковий журнал. Хмельницький, 2023. № 4 (7). С. 123–129.
87. Міхеєва Л. В., Олійник М. П. Ресоціалізація та реінтеграція військовослужбовців як повернення до мирного життя. Modern ways of development of science and the latest theories : XIII Міжнародна науково-практична конференція (м. Мадрид, 11–13 грудня 2023 року). 2023. С. 175–176.
88. Олексюк-Нехман А. Роль реабілітаційних методик для терапії пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві : збірник тез II Всеукраїнської науково-практичної конференції (20 жовтня 2017 року) / упор. Н. М. Бамбурак. Львів : ЛьвДУВС, 2017. С. 286–291.
89. Панасенко Е. Емпіричне дослідження особливостей стресового стану здобувачів вищої освіти в умовах війни. Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. 2023. № 68. С. 236–251.
90. Пилипенко Л. В., Пристайко Ю. Р. Емпіричне дослідження впливу воєнного стану на психічне здоров'я особистості юнацького віку. Наукові записки Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. 2023. № 1. С. 58–66.
91. Піпія Л. П. Психологічні прояви стресу сучасної молоді. 2024. 57 с. URL: <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/bitstream/12345/19729/1/%d0%9f%d1%96%d0%bf%d1%96%d1%8f%20%d0%9b.%d0%9f..pdf>
92. Пітерсон К., Дойл М. Відновлення військовослужбовців: повернення до мирного життя. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семигіна, І. Павленко, Є. Овсяннікова [та ін.]. Київ : Наш формат, 2017. 1068 с.

93. Прокопик Д. Що таке «стресс» і чи може він бути корисним? URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/blog-science-44031985>
94. Радецька Л. В., Лаба І. О., Смачило А. І., Нечаєва О. О., Лопатенко К. О., Баумер М. М. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних сил України – учасників бойових дій. Медсестринство. 2021. № 4. С. 23–26. DOI: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2020.4.11868>
95. Радиш Я. Ф., Соколова О. М. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико-методологічні засади (за матеріалами літературних джерел). Економіка та держава. 2012. № 3. С. 103–106.
96. Рожкова А. Як подолати затяжний стрес: зі стану «виживання» в «розвиток». Поради психолога. URL: <https://life.pravda.com.ua/columns/2021/02/26/244056/>
97. Серeda І. В. Основи психосоматики. 2022. 158 с. URL: <https://rep.nuos.edu.ua/server/api/core/bitstreams/f247d579-13b8-45e6-a39b-0d4a01cfa1ea/content>
98. Столярчук О. А. Зміст і детермінанти переживання студентською молоддю кризи втрати почуття безпеки. Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2023. № 1. С. 78–82.
99. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ : Видавничий дім Медкнига, 2023. 232 с.
100. Чернишов Г. Посттравматичний стресовий розлад учасників бойових дій. Ius Humani. Law Journal. 2020. Т. 9, № 1. С. 61–86. DOI: <https://doi.org/10.31207/ih.v9i1.225>
101. Як протистояти перевтомі, тривожності та стресу, і уникнути психічних травм війни. URL: <https://belok.ua/blog/ua/yak-protistoyati-perevtomitrvizhnosti-ta-stresu-i-uniknuti-psihichnih-travm-vijni/>

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### АНКЕТА

#### **Дослідження психосоматичних проявів хронічного стресу у населення України в умовах збройного конфлікту**

Шановний респонденте!

Запрошуємо Вас взяти участь у науковому дослідженні, метою якого є вивчення впливу тривалого стресу на фізичне та психологічне здоров'я населення України в умовах збройного конфлікту. Ваша участь у дослідженні є добровільною. Ви маєте право відмовитися від участі або припинити заповнення анкети на будь-якому етапі без пояснення причин. Усі отримані дані будуть використані виключно в наукових цілях та оброблятимуться конфіденційно. Анкети є анонімними, персональні дані не збираються.

Заповнення анкети займе приблизно 25-35 хвилин. Немає правильних чи неправильних відповідей – цінною є Ваша щирість та відвертість.

Дякуємо за участь у дослідженні!

#### БЛОК 1. ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

1.1. Ваша стать:

☐ Чоловіча

☐ Жіноча

☐ Інше / не бажаю вказувати

1.2. Ваш вік: \_\_\_\_\_ років

1.3. Освіта:

☐ Неповна середня

- ☐ Повна середня
- ☐ Професійно-технічна
- ☐ Неповна вища
- ☐ Вища
- ☐ Науковий ступінь

1.4. Сімейний стан:

- ☐ Неодружений/незаміжня
- ☐ Одружений/заміжня
- ☐ У цивільному шлюбі
- ☐ Розлучений/розлучена
- ☐ Вдівець/вдова

1.5. Наявність дітей:

- ☐ Так (вказіть кількість: \_\_\_\_)
- ☐ Ні

1.6. Ваш регіон проживання до початку повномасштабного вторгнення (лютий 2022):

---

1.7. Ваш поточний регіон проживання:

---

1.8. Чи є Ви внутрішньо переміщеною особою?

- ☐ Так
- ☐ Ні

1.9. Оберіть категорію, яка найбільше відповідає Вашій ситуації:

- ☐ Проживаю в прифронтовій зоні
- ☐ Внутрішньо переміщена особа
- ☐ Родич військовослужбовця
- ☐ Переїхав/переїхала з тимчасово окупованої території
- ☐ Проживаю в відносно безпечному регіоні, але переживаю вплив війни
- ☐ Інше (вказіть): \_\_\_\_\_

1.10. Чи маєте Ви хронічні захворювання, діагностовані до лютого 2022 року?

- ☐ Ні
- ☐ Так (вказіть які): \_\_\_\_\_

## БЛОК 2. СОМАТИЧНІ СИМПТОМИ

Інструкція: Оцініть, як часто протягом останніх 6 місяців Ви відчували наведені нижче симптоми. Використовуйте наступну шкалу:

### Частота:

- 0 = Ніколи
- 1 = Рідко (кілька разів за півроку)
- 2 = Іноді (раз на місяць)
- 3 = Часто (кілька разів на місяць)
- 4 = Постійно (щодня або майже щодня)

**Інтенсивність** (якщо симптом присутній, оцініть його інтенсивність від 1 до 10, де 1 – мінімальний дискомфорт, 10 – нестерпний стан)

| №   | Симптом                             | Частота (0-4) | Інтенсивність (1-10) | Чи пов'язаний із стресовими подіями? (так/ні) |
|-----|-------------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------------------------------|
| 2.1 | Головний біль                       |               |                      |                                               |
| 2.2 | Запаморочення                       |               |                      |                                               |
| 2.3 | Серцебиття, прискорений пульс       |               |                      |                                               |
| 2.4 | Біль або дискомфорт у ділянці серця |               |                      |                                               |
| 2.5 | Підвищення артеріального тиску      |               |                      |                                               |

## Продовження таблиці Інтенсивності

|      |                                          |  |  |  |
|------|------------------------------------------|--|--|--|
| 2.6  | Коливання артеріального тиску            |  |  |  |
| 2.7  | Утруднення дихання                       |  |  |  |
| 2.8  | Відчуття нестачі повітря, задуха         |  |  |  |
| 2.9  | Біль або дискомфорт у животі             |  |  |  |
| 2.10 | Нудота                                   |  |  |  |
| 2.11 | Діарея або запор                         |  |  |  |
| 2.12 | Зниження апетиту                         |  |  |  |
| 2.13 | Підвищення апетиту                       |  |  |  |
| 2.14 | Втрата ваги (без дієти)                  |  |  |  |
| 2.15 | Набір ваги                               |  |  |  |
| 2.16 | М'язове напруження, скутість             |  |  |  |
| 2.17 | М'язовий біль без фізичного навантаження |  |  |  |
| 2.18 | Судоми м'язів                            |  |  |  |
| 2.19 | Тремор (тремтіння) рук                   |  |  |  |
| 2.20 | Висипання на шкірі                       |  |  |  |
| 2.21 | Свербіж шкіри                            |  |  |  |
| 2.22 | Почервоніння шкіри, плями                |  |  |  |
| 2.23 | Підвищена пітливість                     |  |  |  |
| 2.24 | Відчуття жару або холоду без температури |  |  |  |
| 2.25 | Загальна слабкість, виснаження           |  |  |  |
| 2.26 | Швидка втомлюваність                     |  |  |  |
| 2.27 | Труднощі із засинанням                   |  |  |  |
| 2.28 | Часті пробудження вночі                  |  |  |  |
| 2.29 | Ранні пробудження                        |  |  |  |
| 2.30 | Кошмарні сни                             |  |  |  |

2.31. Для жінок: Чи відчували Ви зміни менструального циклу протягом останніх 6 місяців?

☐ Так

☐ Ні

☐ Не стосується

Якщо так, опишіть характер змін:

☐ Порушення регулярності циклу

☐ Зміна інтенсивності виділень

☐ Посилення больового синдрому

☐ Інше: \_\_\_\_\_

2.32. Чи відчуваєте Ви, що Ваші тілесні симптоми посилюються:

☐ Під час повітряних тривог

☐ При новинах про бойові дії

☐ При згадуванні травматичних подій

☐ У ситуаціях невизначеності

☐ Не помічаю чіткого зв'язку

☐ Інше: \_\_\_\_\_

### БЛОК 3. ЕМОЦІЙНІ СТАНИ

**Інструкція:** Оцініть частоту переживання наведених емоційних станів протягом останніх 6 місяців за тією ж шкалою (0-4).

| №    | Емоційний стан                                                  | Частота (0-4) |
|------|-----------------------------------------------------------------|---------------|
| 3.1  | Тривога, занепокоєння                                           |               |
| 3.2  | Страх за власне життя                                           |               |
| 3.3  | Страх за життя близьких                                         |               |
| 3.4  | Панічні атаки (раптовий інтенсивний страх з фізичними проявами) |               |
| 3.5  | Дратівливість                                                   |               |
| 3.6  | Спалахи гніву                                                   |               |
| 3.7  | Смуток, пригніченість                                           |               |
| 3.8  | Апатія, байдужість                                              |               |
| 3.9  | Відчуття безпорадності                                          |               |
| 3.10 | Відчуття внутрішньої спустошеності                              |               |
| 3.11 | Відчуття провини                                                |               |
| 3.12 | Відчуття самотності                                             |               |

3.13. Чи помічаєте Ви раптові зміни настрою без очевидних причин?

☐ Так, часто

☐ Так, іноді

☐ Рідко

☐ Ні, не помічаю

3.14. Чи відчуваєте Ви труднощі з розпізнаванням власних емоцій (не можете зрозуміти, що саме відчуваєте)?

- ☐ Так, часто
- ☐ Так, іноді
- ☐ Рідко
- ☐ Ні, не відчуваю

3.15. Чи важко Вам розповідати іншим про свої переживання та емоції?

- ☐ Так, дуже важко
- ☐ Так, іноді важко
- ☐ Ні, можу вільно говорити про почуття
- ☐ Не замислювався/замислювалася над цим

3.16. Чи відчуваєте Ви емоційне оніміння (нездатність відчувати радість, смуток або інші емоції)?

- ☐ Так, часто
- ☐ Так, іноді
- ☐ Рідко
- ☐ Ні

#### БЛОК 4. КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ

**Інструкція:** Оцініть, як часто протягом останніх 6 місяців Ви стикалися з наведеними труднощами.

| №   | Когнітивний симптом                                                   | Частота (0-4) |
|-----|-----------------------------------------------------------------------|---------------|
| 4.1 | Труднощі з концентрацією уваги                                        |               |
| 4.2 | Погіршення короткочасної пам'яті (забуваєте, що щойно хотіли зробити) |               |
| 4.3 | Погіршення довготривалої пам'яті (забуваєте події минулого)           |               |
| 4.4 | Труднощі з прийняттям рішень                                          |               |
| 4.5 | Сповільнення мислення                                                 |               |
| 4.6 | Зниження продуктивності розумової праці                               |               |
| 4.7 | Нав'язливі думки про небезпеку                                        |               |

*Продовження таблиці - Когнітивні функції*

|      |                                                           |  |
|------|-----------------------------------------------------------|--|
| 4.8  | Нав'язливі спогади про травматичні події (флешбеки)       |  |
| 4.9  | Постійне обмірковування неприємних ситуацій (румінації)   |  |
| 4.10 | Схильність думати про найгірші сценарії (катастрофізація) |  |

4.11. Чи виникають у Вас мимовільні спогади про травматичні події, які переривають Вашу поточну діяльність?

- ☐ Так, щодня
- ☐ Так, кілька разів на тиждень
- ☐ Так, кілька разів на місяць
- ☐ Рідко
- ☐ Ні

4.12. Чи відчуваєте Ви зміни у сприйнятті часу (наприклад, час тягнеться дуже повільно або, навпаки, летить непомітно)?

- ☐ Так, часто
- ☐ Так, іноді
- ☐ Ні

4.13. Чи відчували Ви стани, коли навколишній світ здається нереальним (дереалізація)?

- ☐ Так, часто
- ☐ Так, іноді
- ☐ Рідко
- ☐ Ні, ніколи

4.14. Чи відчували Ви стани, коли Ви самі здаєтеся собі чужими, нереальними (деперсоналізація)?

- ☐ Так, часто

- ☐ Так, іноді
- ☐ Рідко
- ☐ Ні, ніколи

## БЛОК 5. ПОВЕДІНКОВІ ЗМІНИ

5.1. Як змінилася Ваша соціальна активність протягом останніх 6 місяців?

- ☐ Значно зменшилася
- ☐ Дещо зменшилася
- ☐ Залишилася без змін
- ☐ Збільшилася

5.2. Чи уникаєте Ви певних місць, ситуацій або людей через тривогу або дискомфорт?

- ☐ Так, часто
- ☐ Так, іноді
- ☐ Рідко
- ☐ Ні

Якщо так, вкажіть що саме: \_\_\_\_\_

5.3. Як змінився Ваш режим дня?

- ☐ Став більш хаотичним, безладним
- ☐ Навпаки, став більш структурованим
- ☐ Залишився без змін

5.4. Як змінилася Ваша фізична активність порівняно з періодом до лютого 2022 року?

- ☐ Значно зменшилася

- ☐ Дещо зменшилася
- ☐ Залишилася на тому ж рівні
- ☐ Збільшилася

5.5. Чи з'явилися у Вас нові звички або ритуали, які допомагають відчувати контроль над ситуацією?

- ☐ Так (опишіть): \_\_\_\_\_
- ☐ Ні

5.6. Як часто Ви вживаєте алкоголь?

- ☐ Не вживаю зовсім
- ☐ Рідко (кілька разів на рік)
- ☐ Помірно (кілька разів на місяць)
- ☐ Часто (кілька разів на тиждень)
- ☐ Щодня

5.7. Чи змінилося Ваше споживання алкоголю з початку повномасштабного вторгнення?

- ☐ Значно збільшилося
- ☐ Дещо збільшилося
- ☐ Залишилося без змін
- ☐ Зменшилося
- ☐ Не вживаю алкоголь

5.8. Чи курите Ви?

- ☐ Ні, ніколи не кутив/курила
- ☐ Ні, кинув/кинула

☐ Так

5.9. Якщо курите, чи змінилася інтенсивність куріння з лютого 2022 року?

☐ Значно збільшилася

☐ Дещо збільшилася

☐ Залишилася без змін

☐ Зменшилася

☐ Не курю

5.10. Чи вживаєте Ви заспокійливі препарати або снодійні?

☐ Ні

☐ Так, за призначенням лікаря

☐ Так, самостійно без призначення

☐ Так, обидва варіанти

5.11. Що Ви зазвичай робите, коли відчуваєте сильну тривогу або погіршення фізичного стану? (можна обрати кілька варіантів)

☐ Намагаюся відвернутися, зайняти себе справами

☐ Звертаюся до близьких за підтримкою

☐ Використовую дихальні вправи, релаксацію

☐ Приймаю ліки

☐ Споживаю алкоголь

☐ Курю

☐ Займаюся спортом, фізичною активністю

☐ Нічого особливого не роблю, чекаю, поки пройде

☐ Інше: \_\_\_\_\_

## БЛОК 6. СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ

6.1. Як психофізичний стан впливає на Вашу професійну діяльність/навчання?

- ☐ Значно погіршив продуктивність
- ☐ Дещо погіршив продуктивність
- ☐ Не впливає
- ☐ Не працюю/не навчаюся

6.2. Чи доводилося Вам брати лікарняний або відпустку через погане самопочуття протягом останніх 6 місяців?

- ☐ Так, часто
- ☐ Так, кілька разів
- ☐ Один раз
- ☐ Ні
- ☐ Не працюю

6.3. Як змінилася якість Ваших стосунків з близькими людьми?

- ☐ Значно погіршилася
- ☐ Дещо погіршилася
- ☐ Залишилася без змін
- ☐ Покращилася

6.4. Чи обмежують Ваші симптоми виконання повсякденних обов'язків (побутові справи, догляд за собою, тощо)?

- ☐ Так, значно обмежують
- ☐ Так, іноді обмежують
- ☐ Рідко обмежують
- ☐ Ні, не обмежують

6.5. Чи доводилося Вам відмовлятися від улюблених занять, хобі через погане самопочуття?

- ☐ Так, часто
- ☐ Так, іноді
- ☐ Рідко
- ☐ Ні

6.6. Наскільки важко Вам планувати майбутнє

- ☐ Дуже важко, намагаюся не думати про майбутнє
- ☐ Важко, можу планувати лише на найближчий час
- ☐ Помірно, можу планувати на кілька місяців вперед
- ☐ Легко, думаю про довгострокові перспективи

6.7. Як Ви оцінюєте рівень соціальної підтримки, яку отримуєте?

- ☐ Високий – маю людей, які мене розуміють і підтримують
- ☐ Помірний – є певна підтримка, але недостатня
- ☐ Низький – відчуваю брак підтримки
- ☐ Відсутній – почуваюся самотнім/самотньою

6.8. Чи можете Ви ділитися своїми переживаннями з близькими?

- ☐ Так, вільно говорю про свої відчуття
- ☐ Іноді можу, але це важко
- ☐ Дуже рідко
- ☐ Ні, не можу ділитися

6.9. Чи відчуваєте Ви розуміння з боку оточуючих щодо Вашого стану?

- ☐ Так, повністю
- ☐ Частково
- ☐ Рідко
- ☐ Ні, не відчуваю

6.10. Як Ви оцінюєте свою здатність справлятися з повсякденними стресовими ситуаціями зараз порівняно з періодом до лютого 2022?

- ☐ Значно погіршилася
- ☐ Дещо погіршилася
- ☐ Залишилася на тому ж рівні
- ☐ Покращилася

## БЛОК 7. ЗВЕРНЕННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ

7.1. Чи зверталися Ви до лікаря щодо соматичних скарг протягом останніх 6 місяців?

- ☐ Так
- ☐ Ні

7.2. Якщо так, який діагноз було встановлено?

---

7.3. Чи приймаєте Ви зараз якісь ліки на постійній основі?

- ☐ Так (вказіть які): \_\_\_\_\_
- ☐ Ні

7.4. Чи зверталися Ви до психолога або психотерапевта протягом останніх 6 місяців?

- ☐ Так, проходжу терапію зараз
- ☐ Так, кілька разів, але не на постійній основі

☐ Планую звернутися

☐ Ні

7.5. Якщо не зверталися до психолога/психотерапевта, що є причиною? (можна обрати кілька варіантів)

☐ Фінансові обмеження

☐ Відсутність доступу до спеціалістів

☐ Не вважаю це необхідним

☐ Соромлюся звертатися за психологічною допомогою

☐ Не вірю в ефективність психотерапії

☐ Немає часу

☐ Інше: \_\_\_\_\_

☐ Звертався/зверталася

7.6. Чи використовуєте Ви будь-які методи самопомоги для подолання стресу? (можна обрати кілька варіантів)

☐ Медитація, дихальні практики

☐ Фізичні вправи, йога

☐ Творчість (малювання, письмо, музика тощо)

☐ Читання спеціалізованої літератури

☐ Перегляд психоедукаційних матеріалів онлайн

☐ Спілкування з людьми, які переживають подібне

☐ Групи підтримки

☐ Релігійні/духовні практики

☐ Не використовую

☐ Інше: \_\_\_\_\_

## БЛОК 8. ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ

8.1. Як Ви в цілому оцінюєте стан свого фізичного здоров'я зараз?

- ☐ Відмінний
- ☐ Добрий
- ☐ Задовільний
- ☐ Поганий
- ☐ Дуже поганий

8.2. Як Ви в цілому оцінюєте стан свого психологічного здоров'я зараз?

- ☐ Відмінний
- ☐ Добрий
- ☐ Задовільний
- ☐ Поганий
- ☐ Дуже поганий

8.3. Як змінилося Ваше фізичне здоров'я порівняно з періодом до лютого 2022?

- ☐ Значно погіршилося
- ☐ Дещо погіршилося
- ☐ Залишилося без змін
- ☐ Покращилося

8.4. Як змінилося Ваше психологічне здоров'я порівняно з періодом до лютого 2022?

- ☐ Значно погіршилося
- ☐ Дещо погіршилося
- ☐ Залишилося без змін
- ☐ Покращилося

8.5. Чи вважаєте Ви, що Ваші фізичні симптоми пов'язані з психологічним стресом?

- ☐ Так, впевнений/впевнена в цьому
- ☐ Так, ймовірно
- ☐ Важко сказати
- ☐ Ні, вважаю, що це окремі фізичні проблеми
- ☐ Ні, не вважаю, що це пов'язано

8.6. Наскільки оптимістично Ви дивитеся в майбутнє?

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

(1 = дуже песимістично, 10 = дуже оптимістично)

8.7. Оцініть рівень Вашого загального стресу в даний момент за шкалою від 1 до 10:

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

(1 = мінімальний стрес, 10 = максимальний стрес)

#### ДОДАТКОВІ КОМЕНТАРІ

Якщо Ви хочете додати щось, що не увійшло в анкету, але є важливим для розуміння Вашого стану, будь ласка, напишіть:

---

---

---

---

ДЯКУЄМО ЗА ВАШУ УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ!

Ваші відповіді є дуже цінними для розуміння впливу тривалого стресу на здоров'я людей в умовах війни. Якщо під час заповнення анкети Ви відчули потребу в психологічній підтримці, рекомендуємо звернутися до спеціалістів.

Дата заповнення: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 р.

Код анкети: \_\_\_\_\_