

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий центр заочно-дистанційного відділення
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему: «Цілісний підхід до відновлення психосоматичного здоров'я людей в
умовах війни: дух, душа, тіло»

Виконала студентка 2 курсу,
групи ЗМПс-22
спеціальності 053 Психологія
Полтко Ірина Ігорівна

Керівник - Кандидат психологічних наук, доцент
Грицюта Оксана Федорівна

Рецензент - Кандидат психологічних наук, доцент
Оксентюк Наталія Володимирівна

Острог, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ	
1.1. Теоретичний аналіз підходів до розуміння психосоматичного здоров'я особистості.....	8
1.2. Вивчення основних чинників, що впливають на психосоматичне здоров'я особистості в умовах війни.....	12
1.3. Особливості цілісного підходу до відновлення психосоматичного здоров'я особистості в умовах війни.....	16
Висновки до розділу 1.....	22
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ	
2.1. Програма емпіричного дослідження.....	24
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	32
2.3. Методичні рекомендації щодо відновлення психосоматичного здоров'я особистості в умовах війни.....	38
Висновки до розділу 2.....	41
РОЗДІЛ 3 КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА РОБОТА З ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ	
3.1. Особливості корекційної роботи з використанням цілісного підходу до відновлення психосоматичного здоров'я особистості в умовах війни.....	43
3.2. Корекційна програма цілісного підходу до покращення психосоматичного здоров'я особистості в умовах війни.....	54
3.3. Аналіз результатів повторного емпіричного дослідження.....	63
Висновки до розділу 3.....	68
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74
ДОДАТКИ.....	80

ВСТУП

Актуальність дослідження. Актуальність проблеми зумовлена тим, що сьогодні формується нова соціально-психологічна реальність, де масова травматизація цивільного населення поєднується з обмеженим доступом до системної допомоги [46; 54]. Зростає потреба в міждисциплінарних підходах, які поєднують психологію, медицину, психонейроімунологію та духовно-екзистенційні концепції відновлення [13; 41; 52; 57].

Війна в Україні, що триває з 2014 року і загострилася у 2022-му, має безпрецедентний вплив на психічне та фізичне здоров'я мільйонів людей [23; 54]. Щоденний стрес, пов'язаний із небезпекою, втратою близьких, вимушеним переселенням, економічною нестабільністю та порушенням звичних способів життя, формує стійкий психотравмувальний фон.

Психосоматичне здоров'я є інтегративною категорією, що відображає взаємозв'язок між емоційним станом, тілесним функціонуванням та здатністю особистості до адаптації [41; 52]. В умовах війни ця взаємозалежність загострюється, і зростає кількість випадків, коли психічна напруга проявляється у вигляді соматичних симптомів - безсоння, болей, серцево-судинних розладів, зниження імунного захисту [13; 31; 41]. Водночас, втрата сенсу, порушення духовної опори та внутрішніх орієнтирів значно ускладнюють процес відновлення [52; 57].

Світовий досвід свідчить про те, що під час збройних конфліктів психосоматичні розлади входять до числа найпоширеніших наслідків серед цивільного населення [23; 46]. Успішні практики реабілітації в Ізраїлі, Боснії, Іраку та інших країнах включають тілесно-орієнтовану терапію [37; 49], наративні техніки [19], майндфулнес-підходи [21; 53], групові дихальні практики, а також інтеграцію релігійних та культурних ресурсів у психологічну допомогу. Ці моделі довели свою ефективність у відновленні особистості після травматичних подій з урахуванням цілісності на рівні тіла, емоцій і духовного досвіду [19; 53].

Психосоматичне здоров'я як категорія сучасної науки трактується не лише як відсутність захворювань, а як динамічний баланс між психічним, соматичним і духовно-смысловим вимірами людини [52; 57]. В умовах війни цей баланс порушується, і на перший план виходить питання не лише про лікування симптомів, а про відновлення цілісності особистості, її відчуття безпеки, сенсу й контролю [41; 46; 57].

У світовій науці вже давно розглядається необхідність включення тіла, емоцій та екзистенційного виміру у психотерапевтичні підходи (Ф. Александер, Г. Сельє, В. Франкл, А. Антонівський). Українські дослідники (В. Гладкова, С. Пожарський, Т. Дзига, О. Коваленко, О. Штепа та ін.) також наголошують на важливості комплексного бачення людини [46; 57].

Мета дослідження: теоретично дослідити й емпірично перевірити особливості цілісного підходу до відновлення психосоматичного здоров'я особистості в умовах війни.

Об'єкт дослідження: психосоматичне здоров'я особистості в умовах війни.

Предмет дослідження: відновлення психосоматичного здоров'я особистості засобами цілісного підходу в умовах війни.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз підходів до розуміння психосоматичного здоров'я особистості.
2. Визначити основні психологічні, фізіологічні та духовні чинники, що впливають на психосоматичне здоров'я особистості в умовах війни.
3. Емпірично вивчити особливості психосоматичного здоров'я особистості в умовах війни, проаналізувати результати та сформулювати рекомендації щодо його відновлення.
4. Розробити, апробувати та оцінити ефективність корекційної програми з відновлення психосоматичного здоров'я.

Гіпотеза дослідження. Психосоматичне здоров'я особистості в умовах війни залежить від рівня суб'єктивного контролю, стресостійкості та усвідомленості життєвих цінностей. Люди з внутрішнім локусом контролю,

високою життєстійкістю та збереженим сенсовим орієнтуванням демонструють кращу адаптацію та менше психосоматичних скарг.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз, узагальнення, систематизація;
- емпіричні: методика локусу контролю (Роттера) для вивчення;
- тест життєстійкості (Мадді) для вивчення;
- методика на визначення стресостійкості та соціальної адаптації (Д. Холмс і К. Раге) для вивчення;
- математично-статистичні: описова статистика, кореляційний аналіз, U-критерій Манна-Уїтні, χ^2 .

Наукова новизна роботи полягає в міждисциплінарному поєднанні психологічних, тілесних і духовних компонентів у відновленні психосоматичного здоров'я в умовах воєнної реальності. Фокус дослідження зосереджено на цивільному населенні, що дозволяє глибше зрозуміти соціальні наслідки війни. На основі емпіричних результатів розроблено корекційну програму з цілісного відновлення психосоматичного здоров'я, що включає тілесні, когнітивні та духовно-екзистенційні практики.

База дослідження: Дослідження проводилося навесні 2025 року серед респондентів - членів та учасників громад ВСЦ ЄХБ. Вибірка склала 100 респондентів. Усі учасники були ознайомлені з умовами участі та надали інформовану згоду.

В українському суспільстві зростає розуміння того, що наслідки війни будуть мати тривалу дію для психічного і соматичного благополуччя людей [23; 54]. Досвід багатьох учасників бойових дій та цивільних показує, що навіть після зникнення зовнішньої загрози їхнє тіло продовжує «воювати», реагуючи на будь-який стрес напругою, болями, серцебиттям або розладами сну [41; 52]. Це підтверджує взаємозв'язок між війною як екзистенційною подією і тілесними реакціями організму, який у стані затяжної біологічної готовності до небезпеки не повертається спонтанно до стану рівноваги [41; 50; 52].

Паралельно з цим ускладнюється доступ до системної психологічної допомоги: багато фахівців виїхали за кордон або задіяні в інших напрямках,

первинна ланка медицини не завжди має достатню підготовку у сфері психосоматики, а звернення до психолога досі сприймається частиною населення як прояв слабкості чи «зайвого», не пов'язаного з фізичним здоров'ям [46; 54]. Це призводить до того, що люди часто звертаються до лікарів виключно з тілесними скаргами, не усвідомлюючи їхній зв'язок із психікою [52]. Медикаментозні втручання у таких випадках дають лише тимчасовий ефект, не торкаючись базових механізмів стресового виснаження та втрати регуляції [13; 41; 52].

У цій ситуації особливого значення набуває розробка підходів, які можуть бути застосовані у форматі первинної або групової допомоги та враховують обмеженість часу, ресурсів і спеціалізованої підготовки [47; 48]. Підтримка психосоматичного здоров'я має бути не лише лікувальною, а й профілактичною, адже від здатності людини справлятися зі стресом та відновлюватися залежить її працездатність, соціальна активність і здатність підтримувати стосунки [5; 56]. Іншими словами, психосоматичне здоров'я в умовах війни стає не просто аспектом індивідуального благополуччя, а чинником стійкості суспільства в цілому [48; 56].

Крім того, війна викликає у багатьох відчуття втрати майбутнього, руйнування звичних орієнтирів та знецінення попереднього життєвого досвіду [57]. Дослідження екзистенційної психології свідчать, що саме порушення смислової сфери часто лежить в основі психосоматичних порушень. Тіло стає каналом вираження внутрішніх конфліктів і неможливості опрацювати досвід словами [37; 41]. Тому ефективні програми психологічної допомоги в умовах війни повинні включати компоненти, спрямовані на відновлення почуття сенсу, підтримку духовних і ціннісних засад, формування внутрішньої позиції «я можу впливати на своє життя попри зовнішні обставини» [5; 19; 57].

Сучасні дослідження доводять, що тілесні симптоми зменшуються значно швидше і стабільніше, коли робота з тілом інтегрується з роботою над емоціями, мисленням і поведінкою [37; 41; 58]. Окремі психотерапевтичні або тілесні методи можуть мати частковий вплив, однак лише цілісний, мультимодальний підхід забезпечує стійкі зміни на фізіологічному та

психологічному рівнях [21; 33; 53]. Це робить актуальним пошук ефективних моделей, які відповідають сучасним науковим уявленням про психосоматичні процеси і водночас адаптовані до специфіки воєнного контексту в Україні [46; 48].

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження були доповідені та обговорені на студентській науковій конференції «Психологія в часи воєнних викликів: пошуки стратегій психологічної стійкості та витривалості» (6 листопада 2025 р., Національний університет «Острозька академія», м. Острог).

Публікації. Основний зміст магістерської роботи викладено у двох наукових публікаціях:

1. Полтко І. Цілісний підхід до відновлення психосоматичного здоров'я людей в умовах війни: дух, душа, тіло : матеріали студентської наукової конференції (Острог, 6 листопада 2025 р.). Острог : Вид-во Національного університету «Острозька академія», 2025. С. 110-116.
2. Полтко І. Життєстійкість як чинник психосоматичного благополуччя людей в умовах війни. *Науковий вісник Національного університету «Острозька академія»*. 2025. URL: <https://naub.oa.edu.ua/zhyttyestijkist-yak-chynnyk-psyhosomatychnoho-blahopoluchchya-lyudej-v-umovah-vijny/> (дата звернення: 06.11.2025).

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (75 найменувань), 5 додатків. Робота ілюстрована 5 таблицями. Загалом кваліфікаційна робота викладена на 91 сторінці. Основний обсяг роботи складає 73 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Теоретичний аналіз підходів до розуміння психосоматичного здоров'я особистості

У сучасній науці психосоматичне здоров'я розглядається як прояв інтегрованого функціонування психіки та тіла, що кидає виклик традиційному картезіанському поділу на «внутрішнє» та «тілесне» [52; 57]. Здоров'я трактується не лише як відсутність захворювання, а як складний, багатовимірний стан людського існування, що охоплює фізичний, психічний, соціальний та екзистенційний рівні.

У цьому контексті важливо розрізняти, хоч і взаємопов'язані, виміри людського функціонування. Психічне (ментальне) здоров'я стосується здатності людини реалізовувати власний потенціал, справлятися зі звичними життєвими стресами, продуктивно взаємодіяти зі світом та робити внесок у життя спільноти [57]. Психологічне здоров'я натомість охоплює внутрішню інтегрованість - гармонію емоційних процесів, когнітивних стратегій, ціннісно-сислової сфери та особистісної ідентичності [19; 57]. Соматичне (фізичне) здоров'я відображає цілісність і функціональну спроможність тілесних систем, підтримання гомеостазу та відсутність органічної патології [52; 58].

Ці виміри сходяться у понятті психосоматичного здоров'я, яке описує ступінь їхньої взаємоузгодженості. Воно проявляється тоді, коли тілесні реакції, емоції, мислення, поведінка, смислові орієнтири та соціальні зв'язки функціонують як цілісна система [41; 52]. Особливо в умовах травматичного досвіду ця єдність стає очевидною: тілесні симптоми нерідко виступають «мовою» емоційного болю, а фізичне самопочуття безпосередньо віддзеркалює глибші психологічні та екзистенційні процеси [37; 41; 52].

Для практичної частини даної магістерської роботи принципово важливо чітко розрізняти психосоматичні реакції (функціональні відповіді на стрес, що не виходять за межі норми) та соматоформні розлади (патологічні стани, які

вимагають медичного втручання) [41; 44]. Перше є сферою психологічної підтримки, друге психіатрії. Таке розмежування дає змогу вибудувати оптимальну маршрутизацію допомоги та уникнути медикалізації звичайних стресових реакцій [13; 56].

Отже, психосоматика в сучасному науковому полі постає як міждисциплінарна сфера, де перетинаються різні способи пояснення взаємодії психіки та тіла від біологічних до екзистенційних [41; 52; 57]. Різноманіття підходів не є суперечливістю, а радше свідченням того, що жодна окрема концепція не здатна вичерпно пояснити усю багатовимірність психосоматичних процесів [52; 57]. Кожен із підходів висвітлює певний аспект цього зв'язку, пропонуючи власні механізми, моделі і рівні аналізу [13; 41]. Саме тому доцільно послідовно розглянути найрепрезентативніші з них, простеживши, як у науковій традиції формувалася сучасна інтегративна картина психосоматики [41; 52].

Першою історично значущою парадигмою, що заклала основу для психологічного розуміння соматичних симптомів, став **психоаналітичний підхід**, представлений працями Ф. Александера та Г. Дюнбар. У його межах психосоматичні явища інтерпретуються як тілесний вираз несвідомих внутрішніх конфліктів [19]. Александер, описавши «сім класичних психосоматичних захворювань» - бронхіальну астму, виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, гіпертонічну хворобу, неспецифічний виразковий коліт, ревматоїдний артрит, нейродерміт та гіпертиреоз - і пов'язавши їх із характерними емоційними патернами, показав, що тривале емоційне напруження може знаходити вихід у тілі [12; 13]. Гелен Дюнбар, у свою чергу, підкреслювала роль психологічних профілів особистості, які визначають спосіб трансформації конфлікту в тілесний розлад. Хоча цей підхід дав принципово новий смисловий вимір розуміння симптомів, його обмеженість полягає у недостатній емпіричній обґрунтованості як для сучасних медичних стандартів, так і для клінічної психології [13; 52].

Реакцією на суб'єктивізм психоаналітичної традиції став розвиток біомедичного підходу, історично пов'язаний із роботами Р. Вірхова. Він

пропонує принципово інший суто біологічний спосіб пояснення психосоматичних явищ, зосереджений на структурних і функціональних змінах у тканинах та органах [52]. Саме редукціоністська логіка біомедичної моделі зробила можливим прогрес сучасної діагностики, фармакотерапії та хірургії. Однак ця ж логіка призвела до того, що внутрішній переживальний світ людини та її психосоціальний контекст опинилися поза межами пояснення, що стало важливою передумовою для пошуку ширших теоретичних моделей [13; 52].

Саме таким розширенням став біопсихосоціальний підхід Дж. Енгеля, що інтегрував біологічні, психологічні й соціальні детермінанти у єдину систему [13; 41]. Він повернув у медичну науку суб'єктивний досвід пацієнта, підкресливши, що тілесний симптом формується у точці перетину фізіологічної вразливості, емоційного стану та соціального середовища [52; 57]. У сфері психосоматики така перспектива створила основу для комплексної діагностики та обґрунтувала потребу в багаторівневих інтервенціях [44; 56].

На відміну від підходів, що зосереджуються на структурних механізмах, поведінковий підхід Дж. Вотсона та Б. Скіннера пропонує розглядати психосоматичні симптоми як результат процесів навчання. Він пояснює, як нейтральні стимули можуть набути значення «тілесних тригерів», а соматичні синдроми виконувати функцію умовно закріпленої поведінки [42; 52]. Саме це бачення дозволило описати явище вторинної вигоди та сформувати експериментально перевірювані методи терапії (десенсибілізація, релаксація, експозиція) [42; 58]. Водночас редукція симптомів до поведінкових патернів інколи залишає поза увагою внутрішній смисл та емоційну глибину тілесного досвіду [19; 52].

Ці обмеження були частково компенсовані у когнітивно-поведінковому підході А. Бека та А. Елліса, який показав, що центральну роль у формуванні психосоматичних розладів відіграє інтерпретація тілесних сигналів [42; 58]. Тілесний симптом може ставати проблемою не тому, що є загрозливим біологічно, а тому, що він сприймається як небезпечний і катастрофічний [42]. КПТ детально описує цикл самопідтримки симптомів, де когнітивні схеми, емоційні реакції й поведінкові стратегії формують замкнутий контур

психофізіологічного збудження [41; 42]. Включення поряд із когнітивною роботою тілесних інтервенцій (дихання, релаксація, майндфулнес) дозволило КПТ зробити значний внесок у практику роботи з психосоматикою [21; 33; 53; 58].

У той же час, важливий пласт тілесного досвіду залишався невисвітленим у когнітивних і поведінкових моделях, що зумовило розвиток тілесно-орієнтованих підходів В. Райха, О. Лоуена, П. Левіна, Б. Рутенберга. Ця традиція розглядає тіло як повноцінну регуляторну систему, здатну зберігати сліди конфліктів і травм у вигляді м'язових блоків, хронічної напруги та порушеної саморегуляції [37; 55; 62]. Концепції «м'язового панцира» Райха, біоенергетики Лоуена та Терапія соматичного досвіду Пітера Левіна підкреслюють необхідність роботи з тілесними імпульсами, мікрорухами та фізіологічними реакціями автономної нервової системи [55; 62]. Хоча ця група підходів є методологічно неоднорідною, її внесок у розуміння соматичного компоненту переживання є ключовим [37; 62].

Інший ракурс робота зі смыслом розкривається у екзистенційному підході В. Франкла. Тут психосоматичні симптоми постають як сигнали порушення ціннісної або смислової орієнтації особистості. Франкл показав, що тіло може реагувати навіть не стільки на подію, скільки на втрату смислу, внутрішньої опори та відчуття спрямованості життя. Екзистенційний підхід радше доповнює, ніж замінює інші моделі, вводячи у психосоматику вимір духовної автономії та відповідальності [19; 57].

Цю логіку продовжує концепція смислової узгодженості Антонівського, яка зміщує фокус з патогенезу на ресурси здоров'я. Його модель пояснює, як здатність людини бачити світ структурованим, керованим та осмисленим формує психологічний «буфер» проти стресу і знижує ризик соматизації [5; 56]. Високий рівень смислової узгодженості допомагає людині не лише по-іншому інтерпретувати події, а й фізіологічно пом'якшувати їхній вплив [41; 56].

Завершує цей спектр підходів нейробіологічна перспектива С. Поргеса, А. Дамасіо, Р. Ланіуса, яка об'єднує дослідження регуляторних систем мозку, автономної нервової системи та інтероцептивних процесів [52; 55; 63].

Полівагальна теорія Поргеса пояснює, як різні гілки вагуса забезпечують стратегії безпеки, мобілізації або іммобілізації [55]. Дамасіо показує, що тілесні маркери формують основу прийняття рішень і лежать у фундаменті самосвідомості. Ланіус демонструє, що травма змінює функціонування мереж мозку, відповідальних за інтеграцію тілесного та емоційного досвіду [41; 62]. Нейробіологічний підхід не заперечує попередні моделі, а створює між ними міст, показуючи, через які нейрофізіологічні механізми психічний досвід реалізується у тілі [41; 52; 55].

Здійснений теоретичний огляд демонструє, що психосоматичне здоров'я постає як багатовимірний конструкт, у якому переплітаються фізіологічні процеси, емоційні стани, пізнавальні стратегії та соціальний контекст [52; 56]. Це дозволяє розглядати тіло як динамічний відгук на переживання, значення та життєві обставини [41; 63]. Однак для повного розуміння цього явища недостатньо лише концептуальних моделей. Необхідно простежити, які саме чинники актуалізуються в умовах війни та яким чином вони модулюють психосоматичні реакції [23; 54].

Саме тому наступний підрозділ присвячено аналізу ключових факторів, що визначають психосоматичне благополуччя особистості у воєнний час.

1.2. Вивчення основних чинників, що впливають на психосоматичне здоров'я особистості в умовах війни

Психосоматичне здоров'я в умовах війни формується під впливом комплексу взаємопов'язаних чинників, які охоплюють психологічний, фізіологічний, соціальний і духовний рівні функціонування особистості [52; 23]. Визначення й аналіз цих чинників дозволяє глибше зрозуміти специфіку реакцій людини на стресогенні події та обґрунтувати цілісний підхід до психокорекції [41; 52].

Психологічні чинники, що визначають схильність до соматизації, формують складну систему внутрішньої регуляції, у якій поєднуються когнітивні установки, емоційні механізми та тілесна чутливість [42; 63]. Одним із базових компонентів цієї системи є уявлення людини про межі власного

впливу. Коли внутрішній локус контролю добре сформований, людина сприймає себе суб'єктом подій, здатним змінювати умови, обирати стратегії реагування та шукати підтримку. Це зміцнює почуття агентності й створює психологічний ресурс для адаптації [56]. Протилежна позиція - зовнішній локус контролю, у якому джерело подій приписується іншим людям або обставинам. За таких умов переживання безпорадності посилюється, а психосоматичні симптоми можуть набувати функції підтвердження власної слабкості або навіть ставати єдиним способом висловити перенавантаженість [42; 23].

У цьому контексті життестійкість постає як ширше інтегроване утворення, що поєднує у собі відчуття контролю, залученість у значущі сфери життя та здатність трактувати труднощі не як руйнівну загрозу, а як виклик [56]. Фактично життестійкість виконує роль психологічного імунітету: вона не усуває стресові події, але кардинально змінює спосіб їхнього переживання, інтегруючи їх у життєвий досвід без надмірного емоційного чи тілесного виснаження [41; 56; 23].

Не менш важливим модулюючим фактором є якість емоційної регуляції. Підвищений рівень тривожності або депресивності змінює фон сприйняття тілесних сигналів: те, що зазвичай відчувається як нейтральний дискомфорт, може інтерпретуватися як загроза, що спричиняє подальше підсилення напруги [42; 19]. Особливої уваги потребує феномен алекситимії - труднощів в усвідомленні, розрізненні та вербалізації власних емоцій. Коли емоційний стан не впізнається і не знаходить психологічного вираження, зростає ризик того, що афект буде «переміщений» у тіло [42]. У таких випадках невисловлений гнів, страх, сором чи провина можуть проявлятися у формі болю, спазмів, серцебиття, порушень дихання чи дисфункцій шлунково-кишкового тракту; тоді симптом фактично стає мовою, якою «говорить» емоція [19; 42].

Цей процес тісно пов'язаний із рівнем інтероцептивної чутливості - здатністю розпізнавати й адекватно інтерпретувати сигнали власного тіла [14]. Коли інтероцепція є диференційованою та достатньо точною, людина здатна вчасно помічати ознаки перевантаження, коригувати поведінку, уповільнювати темп, звертатися по підтримку або відпочинок. Це знижує ймовірність

хроніфікації та формування стійкого соматичних скарг [14; 55]. Натомість знижена або «розмита» інтероцепція створює ґрунт для помилкових інтерпретацій тілесних відчуттів і сприяє накопиченню напруги, яку психіка не встигає обробити [42; 14].

До психологічних детермінант психосоматичного здоров'я тісно прилягають фізіологічні механізми, через які тривалий стрес реалізується на тілесному рівні. Передусім ідеться про хронічну гіперактивацію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (НРА-axis), що супроводжується стійко підвищеною секрецією кортизолу та дисбалансом автономної нервової системи [41; 43; 17]. Такі зміни порушують регуляцію серцево-судинних, імунних і травних функцій, створюючи біологічне підґрунтя для виникнення психосоматичних симптомів [13; 55; 51].

Вагомим чинником є також порушення сну: хронічна депривація або фрагментований сон знижують відновлювальні можливості організму, сприяють когнітивному виснаженню, емоційній нестабільності та ослабленню імунного захисту [41; 55].

Окрім цього, важливу роль відіграють порушення харчування та циркадних ритмів, зумовлені нерегулярністю прийомів їжі, обмеженим доступом до повноцінного раціону, а також зміщенням біологічних годинників через нічні чергування, перебування в укриттях або нестачу природного світла. У сукупності ці фактори формують стан енергетичного дефіциту, поглиблюють соматичну вразливість і знижують адаптаційний ресурс організму [13; 55].

У соціальному вимірі ключову роль відіграють процеси дестабілізації та втрат - втрата домівки, роботи, соціального статусу, вимушене переміщення. Такі зміни руйнують звичну структуру життя і позбавляють людину відчуття передбачуваності та контролю [34; 58]. Посилне вразливість також соціальна ізоляція та самотність, особливо серед осіб похилого віку та внутрішньо переміщених осіб, для яких розрив соціальних зв'язків означає втрату базових опор [22; 58].

Важливим чинником є й зміна соціальних ролей - перехід від активного суб'єкта життя до об'єкта допомоги, втрата автономії та професійної

ідентичності [59]. У межах сімейної системи додатковий тиск створюють розлука з близькими, перевантаження новими обов'язками або втрата підтримки, що підвищує рівень хронічного стресу [34; 58]. Сукупно з цим діють економічні фактори: фінансова нестабільність, втрата джерела доходу, вимушена залежність від зовнішньої допомоги [58].

Не менш значущими є культурні та суспільні норми й очікування, зокрема стигматизація звернення по психологічну допомогу, а також жорсткі гендерні сценарії на кшталт установки «чоловік має триматися», які блокують емоційне вираження [59]. Додатковим обмежувальним чинником виступає недоступність інфраструктури - обмежений доступ до медицини, освіти, соціальних і культурних ресурсів, особливо у прифронтових та деокупованих регіонах [34; 58].

У духовно-екзистенційному вимірі психосоматичні реакції часто пов'язані з порушенням або трансформацією системи смислів. Пошук сенсу в умовах втрат, переоцінка цінностей або, навпаки, переживання екзистенційного вакууму стають фоном для посилення тілесної симптоматики [57; 18]. Наявність внутрішньої віри - релігійної чи екзистенційної - може виконувати функцію ресурсу, підвищуючи стійкість до дезінтегруючого впливу травми [6; 23].

Водночас моральні дилеми, феномен «провини вцілілого», переживання несправедливості чи втрати смислу нерідко знаходять тілесне втілення у вигляді хронічного болю, соматичних скарг або функціональних розладів, виступаючи формою несвідомої компенсації або непрямого відреагування психотравматичного досвіду [41; 55].

Таким чином, психосоматичне здоров'я особистості в умовах війни формується як результат взаємодії багаторівневих змін - на рівні нервової системи, переконань, цінностей, зв'язку з іншими людьми та з самим собою [11; 33]. Ці чинники не діють ізольовано: вони посилюють або компенсують один одного. Саме тому в діагностиці й подальшому втручанні доцільним є цілісний підхід, що враховує не лише клінічну симптоматику, а й особистісну історію, соціальний контекст і духовно-смыслову позицію людини [6; 57].

1.3. Особливості цілісного підходу до відновлення психосоматичного здоров'я особистості в умовах війни

Цілісний підхід до відновлення психосоматичного здоров'я ґрунтується на уявленні про людину як про єдину систему, у якій фізіологічні, емоційні, когнітивні та смислові процеси формують нерозривну мережу взаємозв'язків [52; 41]. Цей підхід суттєво відрізняється від традиційних симптомоорієнтованих моделей, які прагнуть усунути або мінімізувати конкретний прояв. Натомість у центрі уваги опиняється не «боротьба із симптомом», а відновлення порушеної регуляції, здатності організму й психіки функціонувати узгоджено, реагуючи на стресові та травматичні події більш адаптивними способами [55; 48].

У контексті війни значення цілісного підходу зростає в рази, оскільки травматичний досвід рідко проявляється в одній сфері він торкається одночасно тіла, емоцій, пам'яті, поведінки та світогляду [18; 47]. Психосоматичний симптом у такій ситуації є лише вершиною айсберга, тоді як під поверхнею приховується системне виснаження регуляторних механізмів, розбалансованість нервової системи, втрата внутрішніх опор і загальне звуження психологічних та поведінкових можливостей [41; 47]. Тому завдання відновлення не може обмежуватися лише зняттям напруги, заспокоєнням або медикаментозною корекцією - потрібне відновлення цілісності [48; 60].

Цей підхід виходить з того, що будь-яка психосоматична реакція не виникає у вакуумі. Вона є наслідком певного ланцюга подій: від фізіологічної активації до інтерпретації переживання, від емоційної реакції до смислу, який людина надає тому, що з нею відбувається [52; 55]. Тому робота з психосоматичним благополуччям повинна включати пошук і корекцію «вузьких місць» у цих взаємозв'язках, а не лише приглушення симптомів. Власне, у цьому й полягає принципова відмінність цілісного підходу: він прагне відновити первинну інтегрованість, яка була порушена хронічним стресом чи травмою [18; 47; 48].

Сутність цілісності розкривається через поступовий рух від фізіологічної стабілізації до психологічного пропрацювання та екзистенційного

переосмислення [47; 48]. На першому етапі на передній план виходить робота з тілом. У стані хронічної тривоги, воєнного стресу й тривалої напруги саме тілесні системи виснажуються найшвидше: порушується сон, з'являються проблеми із диханням, змінюється ритм серцебиття, формується м'язовий панцир, знижується загальна витривалість [41; 45; 51; 47]. У таких умовах неможливо починати роботу з емоціями чи думками, оскільки тіло перебуває у стані постійної небезпеки [45; 52].

Фізіологічне відновлення створює умови для того, щоб психіка знову могла працювати повноцінно: стабілізація автономної нервової системи, повернення підтримувальних ритмів, зменшення м'язової напруги, відчуття «я є в тілі» фактично стають передумовами будь-якого подальшого психологічного втручання [45; 60].

Коли тілесна сфера частково стабілізована, відкривається можливість переходу до психоемоційної роботи. На цьому рівні цілісний підхід звертається до розуміння того, як людина інтерпретує свої тілесні сигнали, які емоційні патерни закріпилися під впливом тривалого стресу та які когнітивні механізми підтримують напругу [42; 14; 23].

У контексті війни це особливо помітно: навіть незначне фізичне відчуття може сприйматися як загроза, а думки швидко набувають катастрофічного характеру [42; 41]. Цілісний підхід допомагає повернути диференційованість сприйняття, навчитися відокремлювати факт від інтерпретації, регулювати внутрішній діалог і поступово відновлювати внутрішній локус контролю [14; 23; 52]. Власне, саме психоемоційний рівень є тим простором, у якому знову формується здатність до саморегуляції не через придушення емоцій, а через їх точне розпізнавання, прийняття та корекцію неадаптивних способів реагування [23; 60].

Найглибший вимір цілісного підходу стосується екзистенційно-сислової сфери. Психосоматичні симптоми часто пов'язані не лише з фізичним виснаженням чи емоційною перенапругою, а й із втратою смислу, порушенням зв'язку зі своїми цінностями, відчуттям безглуздя або «розриву» у життєвій історії [15; 63; 72]. Війна актуалізує питання, які торкаються самої сутності

людського існування: про вразливість, відповідальність, віру, надію, межі власної сили, роль страждання.

У цьому вимірі симптом стає не стільки «несправністю», скільки сигналом про порушення життєвої цілісності [63; 68]. Робота з екзистенційним рівнем допомагає людині знайти внутрішні опори, відновити ціннісне ядро, переосмислити досвід втрат і травм не як кінець історії, а як складову частину шляху, який усе ще триває [15; 72; 78]. Саме тут формується здатність жити не лише «попри» обставини, а й «завдяки» внутрішнім сенсам, що знову набувають опори й структури [57; 78].

Таким чином, цілісний підхід до психосоматичного відновлення постає як багаторівнева система, де кожен рівень вибудовує фундамент для наступного. Фізіологічне відновлення створює можливість для роботи з емоціями, а психоемоційна стабілізація відкриває шлях до глибинного смислового переосмислення [23; 45; 48; 60]. Сукупність цих процесів формує стійку інтегровану модель відновлення, орієнтовану не лише на зменшення симптомів, а на повернення людині здатності відчувати себе цілісною, живою, присутньою і суб'єктною навіть у реаліях воєнного досвіду [47; 48].

У теоретичному підґрунті цілісного підходу особливе місце займають сучасні нейропсихологічні моделі регуляції. Доведено, що тривалий стрес активує гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь, порушуючи баланс між симпатичними й парасимпатичними механізмами [41; 52]. Це призводить до хронічної гіперактивації, а тіло починає реагувати так, ніби загроза триває навіть у відносно безпечних умовах [45]. Тому першочерговим завданням допомоги є повернення фізіологічної регуляції - саме вона відкриває двері до психологічних змін [45; 60].

Полівагальна теорія розглядає відчуття безпеки як центральний фактор, який визначає, чи буде людина здатна мислити тверезо, будувати стосунки й використовувати свої когнітивні ресурси [45]. Війна систематично руйнує відчуття безпеки: звуки сирен, різкі зміни середовища, відсутність контролю над майбутнім спричиняють повторювану «заморозку» або гіперзбудження [52; 80]. Це пояснює, чому традиційні розмовні методи інколи не працюють -

психіка просто не має доступу до рефлексивних функцій [41; 48]. Тіло треба «повернути в теперішнє», щоби відновилася інтеграція [23; 45].

На цьому фоні зростає роль інтероцепції - здатності точно відчитувати тілесні сигнали. Втрата інтероцептивної чутливості є типовою для посттравматичного стресу та психосоматичних розладів: люди або не чують тіла, або лякаються кожного імпульсу [74; 75]. Цілісний підхід дозволяє «підкалібрувати» сприйняття: навчитися розрізняти нормальне фізіологічне напруження від сигналів перевантаження, реагувати на них своєчасно й турботливо, а не через ігнорування або паніку [23; 45; 74].

Доказові моделі терапії психосоматичних станів, такі як CBT-S, EMDR, біосенсорна інтеграція, логотерапія, демонструють: найкращі результати спостерігаються тоді, коли втручання охоплює кілька рівнів одночасно - тілесний, емоційний, когнітивний і смисловий [48; 78; 79]. Адже симптоми - це не «помилка», а мова, якою тіло передає досвід, що не знайшов виходу в іншій формі [52; 74].

У воєнному контексті смислова робота стає особливо важливою. Втрата дому, близьких, професійної ролі, стабільності - усі ці події підривають ціннісні основи [15; 63]. Людина може зберегти життя, але втратити мотивацію, напрямок, віру в себе. Тому цілісний підхід включає не лише симптоматичне полегшення, а й відновлення смислової орієнтації - те, що Франкл називав «вертикаллю існування» [15; 57]. Саме тут народжується здатність не просто виживати, а знову жити [72; 78].

В українських реаліях цілісний підхід має ще одну особливість: духовність для багатьох людей є невіддільною частиною переживання страждання і шукання внутрішньої опори [57; 83]. Спроби вивести людину «з болю» без визнання її цінностей часто викликають опір [63]. Натомість включення екзистенційних і духовних тем у терапевтичний простір сприяє поверненню внутрішньої суб'єктності, відчуттю особистої місії навіть у найтемніші часи.

Таким чином, цілісний підхід виступає не просто моделлю психологічної допомоги, а процесом повернення людині цілісності - тілесної, емоційної,

когнітивної й смислової [45; 52]. У цьому контексті психосоматичне відновлення в умовах війни розглядається як довготривала, але потенційно трансформуюча подорож, у якій симптом стає компасом до зцілення, а відновлення шляхом до нової якості життя [48; 72].

Важливо підкреслити, що особливістю психосоматичної реактивності в умовах війни є не лише її інтенсивність, а й тривалість. На відміну від короткострокових стресорів у мирний час, воєнна небезпека має пролонгований характер, тому нервова система не отримує можливості повернутися до стану рівноваги [80]. Виникає феномен «довгого хвоста стресу» - коли організм продовжує функціонувати у режимі фізіологічної мобілізації навіть за відсутності актуальної загрози [23; 74]. Такий механізм виснажує адаптаційні ресурси значно швидше, ніж одноразові кризові події, і створює ґрунт для розвитку стійких психосоматичних порушень [75].

Окрему групу чинників становлять кумулятивні ефекти повторюваних травматичних подій. Багато людей пережили не одну, а послідовність криз: вимушене переміщення, розлуку з сім'єю, втрату роботи, небезпеку для життя, смерть близьких [80]. Повторюваність травми унеможлиблює повноцінну переробку досвіду - психіка формує захисні «обриви» в обробці інформації, а тіло стає основним носієм непережарених переживань [52; 74]. Саме тому багато симптомів мають характер «затриманих реакцій», які проявляються через місяці або роки після подій [48; 78].

Психосоматичні прояви нерідко посилюються механізмами соціальної лояльності. У воєнному суспільстві є високий рівень нормативного тиску: «тримайтеся», «не можна показувати слабкість», «усім важко» [63]. Такі настанови сприяють подавленню емоцій, інгібуванню плачу як природної форми розрядки, блокуванню звернення по допомогу [57; 83]. У результаті тіло стає єдиним каналом, через який психіка може дозволити собі «слабкість» і симптом набуває функції адаптаційного виходу [23; 45].

Для військових і цивільних у небезпечних регіонах характерним є також феномен «неспокою тла» - постійної, низькоінтенсивної напруги, яка зберігається навіть у періоди відносного спокою. Цей стан виснажує

нейровегетативну систему, зменшує здатність до відновлення, веде до порушення серцевого ритму, функцій дихання, терморегуляції, перетравлення їжі [41; 74; 85]. Саме цей «тихий» стрес є однією з найпідступніших форм навантаження, оскільки довго залишається не діагностованим і непоміченим [23; 80].

Формування психосоматичних симптомів також залежить від патернів раннього прив'язаного досвіду. Недостатній досвід емоційної підтримки в дитинстві формує схильність до тілесного реагування на стрес, оскільки психіка не опановує навичок емоційної саморегуляції [38; 52]. У воєнному контексті ці патерни загострюються: відсутність доступного безпечного дорослого, неможливість контролювати загрозу, часті перевантаження - усе це активує найуразливіші ланки дитячого досвіду [48; 78]..

Додатковим чинником ризику постає порушення меж тіла. Вимушена тиснява в укриттях, тривалий дискомфорт, відсутність приватного простору, надмірна кількість стимулів - це створює відчуття постійного «нападу на тіло», стирає диференціацію між «я» та зовнішнім середовищем [63; 87]. Нерідко такі умови запускають соматичні відповіді у формі шкірних реакцій, тикових рухів, гастроінтестинального дисбалансу чи підвищеної чутливості до дотику [72; 84].

Також важливо враховувати когнітивно-смісловий блок чинників. У ситуації війни зростає кількість негативних автоматичних думок із фоном катастрофізації: «зі мною щось не так», «я не витримаю», «це ніколи не закінчиться» [31; 76]. Такі інтерпретації посилюють нервову дисрегуляцію та підвищують ймовірність соматичних проявів через механізм «тривога - напруга - симптом - ще більша тривога» [45; 48]. Формується замкнене коло тілесно-когнітивної взаємної активізації, яке без втручання може трансформуватись у хронічні розлади [23; 60].

На духовно-екзистенційному рівні воєнна реальність ставить людину перед радикальними питаннями: про цінність життя, межі контролю, провину за вцілілість, ієрархії життєвих смислів [35; 47]. Для одних цей пошук мобілізує внутрішню опору, для інших провокує «сміслову порожнечу», що є значущим

предиктором психосоматичних порушень [42; 49]. Втрата ціннісних орієнтирів робить тіло останньою інстанцією, здатною «вказати шлях» через симптом [50].

Усе зазначене дозволяє зробити висновок: психосоматичне здоров'я в умовах війни - це результат взаємодії цілих систем. Немає одного «головного» чинника: фізіологічне йде поруч із психологічним, соціальне переплітається зі смисловим [7; 51]. Саме така системність і зумовлює потребу в комплексних, інтегративних корекційних підходах, які враховують динаміку змін на всіх рівнях людського функціонування [21; 48].

Висновок до розділу 1

У межах першого завдання дослідження було здійснено теоретико-методологічний аналіз підходів до розуміння психосоматичного здоров'я особистості. На основі огляду класичних і сучасних наукових позицій встановлено, що психосоматичне здоров'я є багатовимірним феноменом, який формується у взаємодії соматичних, емоційних, когнітивних, поведінкових і духовно-смислових компонентів [2; 22; 40]. Психосоматичні прояви розглядаються не як окремі тілесні симптоми, а як результат дисбалансу в інтегрованій системі «тіло - психіка - соціальне середовище - смисл» [13; 28].

Класичні підходи (Ф. Александер та ін.) відіграли важливу роль у становленні психосоматичної теорії, однак сучасні дослідження поглибили розуміння механізмів соматизації, акцентуючи на значенні емоційної регуляції, інтероцепції, стресових реакцій, травматичного досвіду та особистісних ресурсів [14; 21; 35]. Нейропсихологічні, когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані та травмоінформовані підходи демонструють єдність тілесних і психічних процесів у підтриманні або порушенні здоров'я [10; 26; 34].

Теоретичний аналіз підтвердив, що в умовах війни психосоматичне здоров'я значною мірою визначається здатністю нервової системи до адаптації, наявністю соціальної підтримки, внутрішнім локусом контролю, життєстійкістю та духовними чинниками, які зменшують ризик переходу стресу в хронічні соматичні скарги [8; 15; 19; 33].

Огляд доказових підходів до відновлення психосоматичного благополуччя показав ефективність мультимодальних втручань, спрямованих на регуляцію автономної нервової системи, інтеграцію тілесного та психологічного досвіду і запобігання ретравматизації [11; 17; 27; 36]. Такий підхід відповідає принципу цілісного розуміння людини та враховує її індивідуальні ресурси.

Отже, виконання першого завдання дозволило сформулювати наукове підґрунтя для подальших емпіричних досліджень і розроблення корекційних програм, спрямованих на підтримку психосоматичного здоров'я населення в умовах воєнних загроз [6; 30].

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Програма емпіричного дослідження

Мета дослідження: теоретично дослідити й емпірично перевірити особливості цілісного підходу до відновлення психосоматичного здоров'я особистості в умовах війни.

Об'єкт дослідження: психосоматичне здоров'я особистості в умовах війни.

Предмет дослідження: відновлення психосоматичного здоров'я особистості засобами цілісного підходу в умовах війни.

Відповідно до поставленої мети були сформульовані такі завдання:

1. Провести теоретичний аналіз підходів до розуміння психосоматичного здоров'я особистості.
2. Визначити основні психологічні, фізіологічні та духовні чинники, що впливають на психосоматичне здоров'я особистості в умовах війни.
3. Емпірично вивчити особливості психосоматичного здоров'я особистості в умовах війни, проаналізувати результати та сформулювати рекомендації щодо його відновлення.
4. Розробити, апробувати та оцінити ефективність корекційної програми з відновлення психосоматичного здоров'я.

Гіпотеза дослідження. Психосоматичне здоров'я особистості в умовах війни залежить від рівня суб'єктивного контролю, стресостійкості та усвідомленості життєвих цінностей. Люди з внутрішнім локусом контролю, високою життєстійкістю та збереженим сенсовим орієнтуванням демонструють кращу адаптацію та менше психосоматичних скарг.

У дослідженні було застосовано комплекс теоретичних, емпіричних та математико-статистичних методів, що забезпечили багатовимірний аналіз психосоматичного стану учасників. Теоретичний блок включав аналіз наукової літератури, узагальнення та систематизацію даних, що дало можливість

окреслити концептуальне поле дослідження та визначити ключові змінні. Емпіричний етап передбачав психодіагностичне тестування із використанням валідованих методик: опитувальника «Локус суб'єктивного контролю» Дж. Роттера у адаптації Є. Ф. Бажина; методики оцінювання стресостійкості та соціальної адаптації Д. Холмса і К. Раге (Holmes-Rahe Stress Inventory); а також тесту життєстійкості С. Мадді, що дозволив оцінити особистісні ресурси адаптації.

Отримані дані оброблялися з використанням математико-статистичних процедур: описової статистики для визначення загальних тенденцій вибірки, кореляційного аналізу для встановлення взаємозв'язків між змінними та порівняльного аналізу для виявлення відмінностей між групами. Сукупність цих методів забезпечила надійну емпіричну базу та можливість комплексної інтерпретації психосоматичних проявів у контексті індивідуально-психологічних характеристик.

Емпіричне дослідження було спрямоване на вивчення взаємозв'язків між рівнем стресового навантаження, локусом контролю, життєстійкістю та вираженістю психосоматичних симптомів у цивільного населення України в умовах війни. Теоретичне обґрунтування дослідження викладено в першому розділі, де було доведено актуальність цілісного підходу до розуміння психосоматичного здоров'я в умовах воєнної травматизації.

У дослідженні взяли участь 100 осіб цивільного населення України віком від 18 до 65 років, які проживають у різних регіонах країни та перебувають у ситуації безпосереднього або опосередкованого впливу воєнних подій.

Вибірка формувалася за принципом добровільної участі. Усі респонденти були поінформовані про мету дослідження, анонімність та конфіденційність даних, після чого надали усвідомлену згоду на участь. Дослідження проводилося у період весна-літо 2025 року в онлайн-форматі з використанням цифрових форм збору даних.

У дослідженні було використано комплекс взаємодоповнювальних психодіагностичних інструментів, що дозволяють охопити різні виміри переживання стресу й психосоматичного реагування. До інструментарію

увійшли: шкала стресу Холмса і Раге, тест життєстійкості С. Мадді, методика локусу контролю Дж. Роттера та спеціально розроблена анкета самооцінки психосоматичних скарг. Кожен із цих інструментів дає можливість з різних сторін оцінити, як особа переживає напруження, якими ресурсами володіє та яким чином стресові події можуть відображатися на фізичному самопочутті. Результати їх застосування подано у наступних підрозділах разом із графіками, таблицями й аналітичними інтерпретаціями.

Одним із ключових методів, що дозволили оцінити суб'єктивне сприйняття впливу на життєві події, стала методика локусу суб'єктивного контролю Дж. Роттера. Локус контролю є показником того, де саме людина «розміщує» джерело причинності у своєму житті: усередині себе чи у зовнішніх силах. Опитувальник складається з 29 пар тверджень, серед яких респондент обирає те, з яким більше погоджується. Відповіді типу «В» інтерпретуються як індикатори зовнішнього локусу контролю, а їх кількість формує підсумковий бал екстернальності. Цей показник набуває особливої ваги в умовах війни, коли людина постійно стикається з факторами, що виходять за межі її можливостей впливу: загрозами безпеці, переміщенням, втратою житла чи роботи. Дослідження локусу контролю дозволяє визначити, чи зберігає людина відчуття суб'єктності попри критичні обставини, чи навпаки переживає себе як об'єкт подій, що з нею відбуваються.

Для оцінювання інтенсивності об'єктивних життєвих навантажень було застосовано шкалу життєвих подій Холмса і Раге. Вона дає змогу кількісно визначити рівень стресу через перелік із 43 подій, кожна з яких має свою вагову оцінку. Респонденти позначали події, що сталися впродовж останнього року, після чого обчислювався загальний індекс життєвого стресу. У контексті війни ця шкала дозволила побачити не лише класичні життєві зміни, а й такі події, як вимушене переселення, мобілізація членів сім'ї, тривала розлука, втрата роботи або втрата близьких. Особливо інформативними виявилися відповіді в полі «інші події», яке респонденти використовували, щоб описати переживання, що не підпадають під формалізовані категорії наприклад, відчуття провини через те, що вони перебувають у відносній безпеці, тоді як члени їхніх родин воюють.

Особистісні ресурси стійкості були оцінені за допомогою тесту життєстійкості С. Мадді. Концепція життєстійкості охоплює три центральні компоненти - залученість, контроль та готовність до змін. Саме ця структура дозволяє зрозуміти, чому деякі люди успішно протистоять хронічному стресу, тоді як інші демонструють дезадаптацію або соматизацію. Для діагностики було використано адаптовану українську версію методики, що складається з 25 тверджень і оцінюється за чотирибальною шкалою.

Результати тесту дали можливість чітко розмежувати учасників із високим рівнем життєстійкості, які попри значний рівень навантаження зберігають активність, пошук сенсу та включеність у життя, і тих, у кого домінують виснаження, уникання чи тілесні прояви перенапруження. Особливо показовим виявилось співпадіння високих показників залученості та виклику з низьким рівнем соматичних скарг навіть за однакового рівня стресу.

Окремий інструмент було створено для оцінювання психосоматичних реакцій - це анкета соматичних симптомів, розроблена як скринінговий засіб для визначення актуального фізичного стану в умовах тривалого стресу. Опитувальник включав двадцять найбільш типових стрес-асоційованих симптомів, узятих із сучасних клінічних класифікацій (DSM-5, МКХ-11) та опитувальника PHQ-15. Симптоми були згруповані за чотирма кластерами: вегетативні, соматичні, нейросенсорні та м'язові. Респонденти позначали наявність або відсутність кожного з них, після чого підраховувався загальний рівень психосоматичного навантаження і, за необхідності, аналізувалася структура домінуючих тілесних реакцій. Хоча цей інструмент не має статусу клінічної діагностики, він дозволяє отримати цілісне уявлення про характер тілесних проявів стресу та простежити тенденції соматизації у вибірці, що перебуває під впливом хронічних травматичних подій.

У сукупності ці інструменти створюють багатовимірну картину психосоматичного стану учасників і дозволяють комплексно оцінити взаємозв'язки між рівнем психологічного стресу, суб'єктивним почуттям контролю, життєстійкістю та тілесними проявами напруження.

Етичні засади дослідження. Дослідження проводилося з дотриманням етичних принципів психологічної науки та професійної відповідальності. Було забезпечено добровільність участі, анонімність відповідей, конфіденційність збору і обробки даних. Учасники мали право відмовитися від участі у будь-який момент без пояснення причин.

Обґрунтування вибору методик. Комплекс психодіагностичних інструментів, використаних у дослідженні, був сформований відповідно до цілісного підходу до розуміння психосоматичного здоров'я в умовах війни. З огляду на багатовимірність феномена соматизації, важливо враховувати як фізіологічні прояви напруги, так і психологічні механізми, що зумовлюють або підтримують тілесні симптоми. Тому обрані методики відображають три ключові складові психосоматичного реагування: рівень стресового навантаження, когнітивні фактори контролю та внутрішні адаптаційні ресурси.

Життестійкість як внутрішній ресурс подолання Шкала життестійкості С. Мадді дозволяє оцінити здатність особистості адаптуватися до тривалих і травматичних умов, зберігаючи психологічну інтеграцію. Компоненти життестійкості - залученість, контроль і прийняття викликів - у сучасних дослідженнях розглядаються як фактори резистентності до стресу та предиктори кращого соматичного функціонування. Війна як довготривалий стресор вимагає саме таких механізмів пристосування, тому оцінка життестійкості є необхідною для розуміння можливостей відновлення психосоматичного здоров'я.

Локус контролю як когнітивний стиль регуляції Методика Дж. Роттера дозволяє оцінити суб'єктивне відчуття впливу на життєві події. Люди з внутрішнім локусом контролю демонструють більше активних копінг-стратегій, краще дотримуються оздоровчих рекомендацій та рідше інтерпретують тілесні сигнали як загрозу. У контексті війни роль цього чинника є особливо важливою, адже відчуття безсилля й неконтрольованості середовища може прискорювати соматизацію стресу, а навпаки - збереження суб'єктності сприяє психосоматичній стабільності.

Стрес як пусковий механізм соматизації. Шкала соціальної адаптації Холмса і Раге використовується для визначення ситуативного навантаження подіями, що можуть призводити до зриву адаптаційних механізмів та розвитку функціональних соматичних симптомів. Воєнна реальність поєднує в собі майже всі типи життєвих потрясінь: втрати, переселення, загрози життю, порушення звичного укладу - тому саме цей інструмент дає змогу кількісно оцінити масштаб хронічного стресу.

Психосоматичні скарги як інтегральний результат дисрегуляції Шкала соматичних симптомів дає змогу оцінити тілесні прояви стресу - напругу, біль, дисфункції органів. Вона є чутливим індикатором змін автономної нервової системи, що реагує на травматичні та емоційно складні події. Саме цей показник є ключовим показником цілісного психосоматичного стану та критерієм ефективності відновлювальних інтервенцій.

Усі обрані інструменти мають підтверджені показники надійності та валідності, широко застосовуються в клінічних і кризових дослідженнях та адаптовані для українського населення або перевірені у близьких за культурним контекстом вибірках. Їх поєднане використання забезпечує комплексну оцінку взаємозв'язків між стресом, когнітивними стилями й тілесними симптомами, що є принциповим для розробки ефективної корекційної програми відновлення психосоматичного здоров'я в умовах війни.

Таким чином, обраний діагностичний комплекс дозволяє не лише виявити рівень психосоматичної вразливості, але й визначити ключові механізми, на які доцільно спрямувати психокорекційний вплив.

Обмеження дослідження. Незважаючи на отримані статистично та теоретично значущі результати, дослідження має низку обмежень, які необхідно враховувати при інтерпретації даних. По-перше, вибірка формувалася за принципом добровільної участі, що передбачає можливу вибірккову упередженість. У дослідженні могли частіше брати участь особи з вищою рефлексивністю, мотивацією до самоспостереження або з підвищеною чутливістю до власного психоемоційного стану. Це може впливати на узагальнюваність результатів на все населення.

По-друге, всі дані ґрунтувалися на методах самооцінки, що не виключає впливу соціально бажаних відповідей, суб'єктивного перекручення симптомів або небажання відкрито визнавати свій стан. В умовах війни частина респондентів може мінімізувати або, навпаки, гіперболізувати свої переживання як спосіб психологічного захисту.

По-третє, у дослідженні не застосовувалися медичні або психофізіологічні методи (наприклад, вимірювання рівня кортизолу, серцевого ритму, зчитування вегетативних реакцій), що обмежує можливість об'єктивної верифікації психосоматичних проявів. Таким чином, отримані дані відображають суб'єктивний рівень тілесного переживання, а не клінічно підтверджені порушення.

По-четверте, до вибірки не входили військовослужбовці, ветерани або особи з діагностованими психічними розладами, тому результати не можуть бути безпосередньо екстрапольовані на ці групи населення. Також обмеженням є поперечний дизайн дослідження, який не дозволяє робити висновків щодо причинно-наслідкових зв'язків між змінними та не дає змоги простежити динаміку психосоматичних змін у тривалій перспективі.

Разом із тим, зазначені обмеження не знижують наукової цінності дослідження, а навпаки, окреслюють перспективи подальших розвідок у напрямі психосоматики в умовах воєнного стресу, зокрема із залученням лонгітюдних підходів, біопсихосоціальних параметрів та розширених вибірок.

Психофізіологічні механізми психосоматичних реакцій у контексті війни

Хронічний стрес війни створює специфічний контекст функціонування психіки й тіла, де нервова система змушена працювати у режимах надмірної мобілізації або виснаження. Умовна «норма» стає рухливою, а ті реакції, які раніше виконували адаптивну функцію виживання, починають проявлятися у формі стійких соматичних симптомів. У воєнний період зростає частота тілесних скарг, що не мають чіткої органічної основи: мігрені, кардіалгії, абдомінальні болі, скутість дихання, безсоння, порушення роботи травного тракту тощо. Ці симптоми відображають напругу автономної нервової системи, яка тривалий час лишається в режимі загрози.

З позиції сучасних нейропсихологічних підходів, психосоматичні порушення є наслідком дисрегуляції осі «мозок - тіло», насамперед гіперактивації симпатичної нервової системи та гальмування відновлювальних процесів парасимпатки [21; 34]. Участь гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі призводить до підвищеного рівня кортизолу та зміненої чутливості до стресу, що з часом починає проявлятися у тілесних дисфункціях [14; 37].

Одним із ключових механізмів є порушення інтероцепції - здатності мозку розпізнавати та інтерпретувати сигнали тіла [33; 41]. У стані тривалої небезпеки інтероцептивні сигнали перекручуються, людина починає сприймати будь-які нормальні зміни пульсу, дихання чи м'язового тонусу як загрозу. Це формує замкнене коло: стрес - тілесний сигнал - катастрофічна інтерпретація - посилення тривоги - нові тілесні симптоми [28; 36].

Поряд із цим виникає явище емоційної алекситимії стресу - труднощі у розпізнаванні власних емоцій і їх розмежуванні з тілесними відчуттями. У багатьох людей, які переживають війну, з'являється установка «треба триматися» - емоції блокуються, але тіло продовжує «говорити» через симптоми. У результаті соматизація стає формою комунікації психологічного болю [8; 22].

Досвід війни також актуалізує поведінкові механізми підтримання симптомів: обмеження активності через страх, уникання соціальних контактів, гіперконтроль самопочуття. Такі реакції тимчасово знижують тривогу, але укорінюють проблемну поведінку, підсилюючи відчуття безпорадності [17].

Отже, психосоматичні прояви в умовах війни варто розглядати як сигнал дисбалансу між рівнем загрози та доступними ресурсами нервової системи. Повернення до стану саморегуляції потребує не лише зменшення зовнішнього стресу, але й формування внутрішніх опор - тілесних, дихальних, когнітивних та поведінкових, що дозволяють стабілізувати нервову систему й відновити цілісність взаємодії психіки та тіла [15; 27; 39].

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Аналіз емпіричних даних здійснювався із застосуванням методів описової статистики, кореляційного аналізу Пірсона та порівняльного аналізу (t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок). Метою було виявлення взаємозв'язків між рівнем психосоматичних скарг, життестійкістю, локусом контролю та інтенсивністю стресового навантаження в умовах війни.

Досліджувану вибірку склали 100 осіб цивільного населення України віком від 18 до 65 років.

Описова статистика. Першим етапом було здійснення описового аналізу основних змінних дослідження. Середній показник психосоматичних скарг у вибірці становив $M = 10,12$ при стандартному відхиленні $SD = 6,38$, що свідчить про помірний рівень психосоматичного навантаження та високу індивідуальну варіативність показників. Для повноти опису були проаналізовані мінімальні та максимальні значення показників у вибірці. За методикою локусу контролю Роттера шкальні значення варіювали від 0 до 23 балів. За шкалою життєвих подій Холмса і Раге спостерігався широкий діапазон від 54 до 397 балів, що свідчить про значні індивідуальні відмінності у пережитих стресових подіях. Показники життестійкості змінювалися від 30 до 99 балів, а психосоматичні симптоми від 0 до 20 балів. Такий розмах значень підтверджує гетерогенність вибірки й необхідність подальших аналізів.

Для наочного представлення варіативності тілесних симптомів у групах з різним типом локусу контролю було побудовано boxplot, який демонструє розподіл сумарних психосоматичних скарг у респондентів з внутрішнім та зовнішнім локусом. Графічне зображення подано на рис. 2.1.

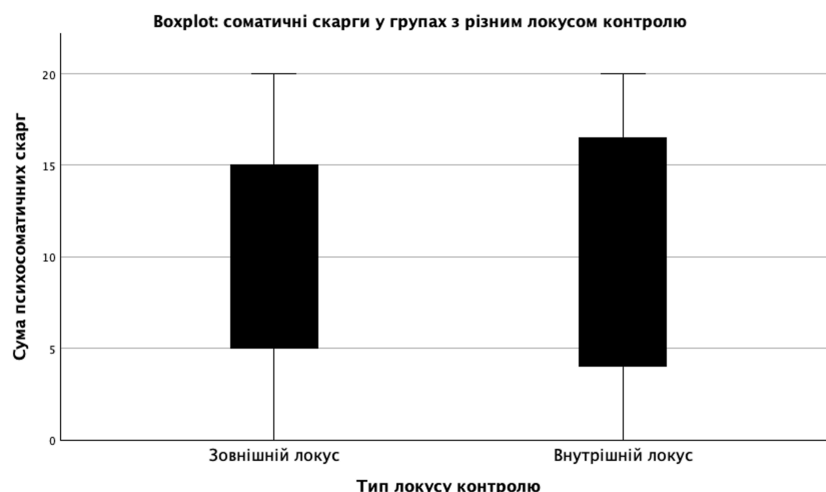


Рис. 2.1. Розподіл сумарних психосоматичних скарг у групах з різним типом локусу контролю (boxplot)

Середнє значення за шкалою життєстійкості становило $M = 63,91$ ($SD = 20,87$). Така дисперсія свідчить про значну різномірність у рівні адаптаційних ресурсів: поряд із респондентами, які демонструють високий рівень життєстійкості, була зафіксована значна частина учасників із низькими або зниженими показниками цього конструкта.

Середній бал за шкалою життєвих подій Холмса і Раге у вибірці становив $M = 221,32$ при стандартному відхиленні $SD = 95,74$, що відповідає високому рівню стресового навантаження та свідчить про істотну кількість життєвих стресорів, пережитих респондентами протягом останнього року. Згідно з інтерпретаційною моделлю шкали, показники понад 200 балів асоціюються з підвищеною ймовірністю дезадаптаційних реакцій і ризиком розвитку психосоматичних порушень.

Для перевірки припущення щодо взаємозв'язку між рівнем життєвого стресу та психосоматичними скаргами було проведено кореляційний аналіз Пірсона.

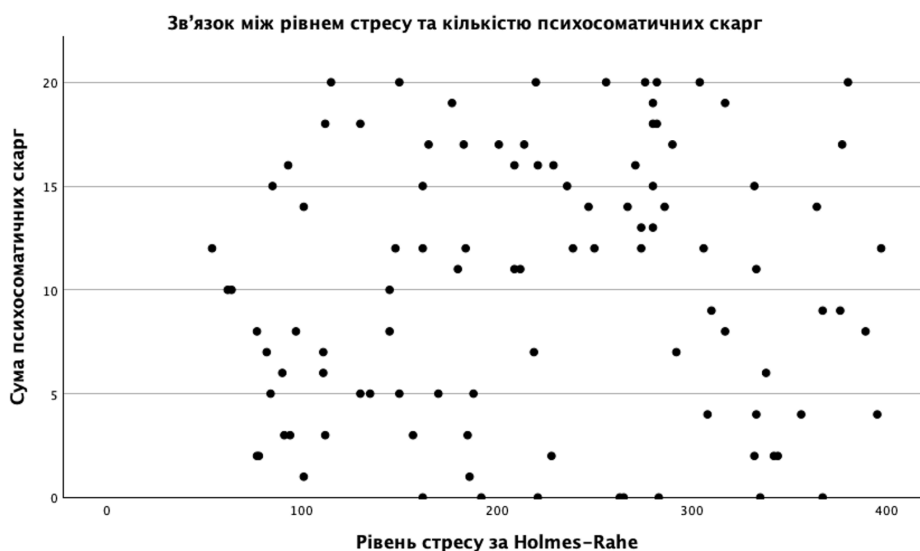


Рис. 2.2. Зв'язок між рівнем стресу за Holmes-Rahe та кількістю психосоматичних скарг

Результати вказують на наявність позитивного зв'язку середньої сили: зі зростанням рівня стресу кількість психосоматичних скарг підвищується ($p < .01$). Візуальне представлення результатів наведено на рис. 2.2.

Додатковий міжгруповий аналіз показав, що високий рівень стресового навантаження спостерігається як у респондентів із зовнішнім, так і у респондентів із внутрішнім локусом контролю, причому середні значення у двох групах залишаються порівнюваними. Графічне представлення цього розподілу подано на рис. 2.3.

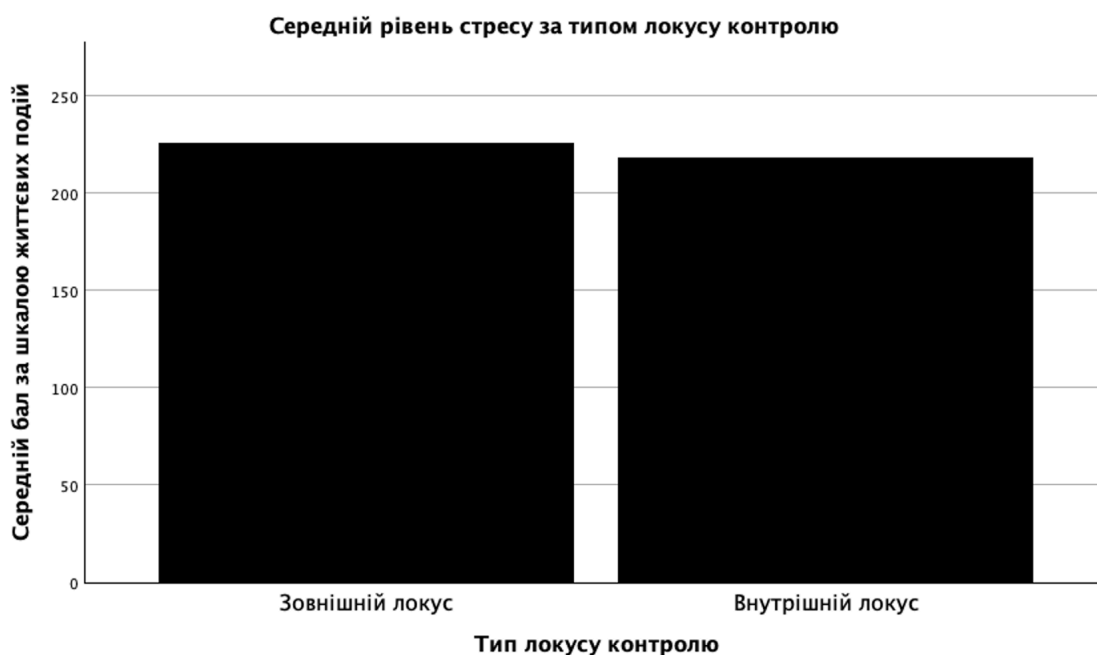


Рис. 2.3. Середній рівень стресу за шкалою життєвих подій у групах з різним типом локусу контролю

Середній показник за методикою локусу контролю Роттера становив $M = 11,85$ ($SD = 6,87$), що відповідає змішаному типу локусу з тенденцією до екстернальності.

Загалом описова статистика засвідчує, що досліджувана вибірка характеризується високим рівнем стресогенності середовища, підвищеною психосоматичною вразливістю та значною індивідуальною варіативністю психологічних ресурсів.

Порівняння груп із різним типом локусу контролю. Для перевірки гіпотези про можливий зв'язок локусу контролю з рівнем психосоматичних проявів вибірку було поділено на дві групи: респондентів із переважно внутрішнім локусом контролю та респондентів із переважно зовнішнім локусом контролю.

Порівняльний аналіз показав, що середній рівень психосоматичних скарг у групі з внутрішнім локусом контролю становив $M = 10,27$, тоді як у групі з зовнішнім локусом контролю - $M = 9,96$. Отримана різниця є незначною та статистично не підтвердженою: $t = -0,246$; $p = 0,806$, що свідчить про відсутність достовірних відмінностей між групами за цим показником.

Графічне представлення порівняння середніх значень у двох групах подано на рис. 2.4.

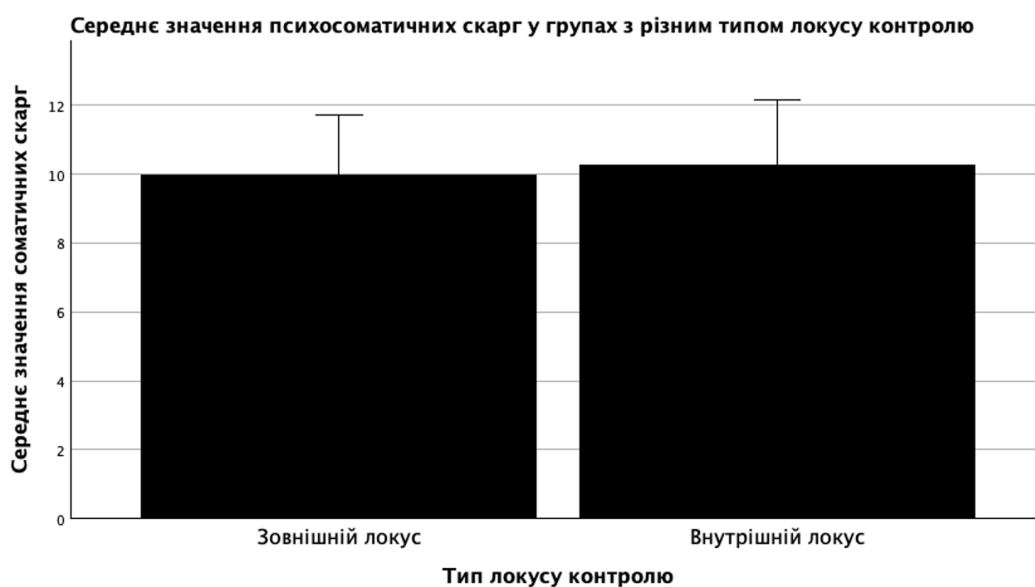


Рис. 2.4. Середні значення психосоматичних скарг у групах з різним типом локусу контролю

Цей результат дозволяє зробити важливе теоретичне припущення:

у контексті війни класичне розуміння локусу контролю як психологічного ресурсу втрачає частину своєї захисної функції.

Інакше кажучи, навіть особи з внутрішнім локусом, звиклі до установки «я впливаю на своє життя», стикаються з об'єктивною неконтрольованістю

реальності - ракетними атаками, втратою стабільності, загрозами безпеці. Це створює парадокс внутрішнього локусу, коли традиційний копінг-ресурс стає джерелом додаткової фрустрації.

Життєстійкість і суб'єктивний стрес. Порівняння рівнів життєстійкості у групах з різним типом локусу контролю показало, що респонденти з внутрішнім локусом контролю мають дещо вищі показники життєстійкості порівняно з учасниками із зовнішнім локусом. Водночас різниця між групами не досягла статистичної значущості.

Як видно з рис. 2.5, розподіл показників життєстійкості в обох групах є достатньо варіативним, що відображено шириною міжквартильних діапазонів. Незважаючи на перетин інтервалів, загальна тенденція дещо вищих значень життєстійкості простежується у групі з внутрішнім локусом контролю.

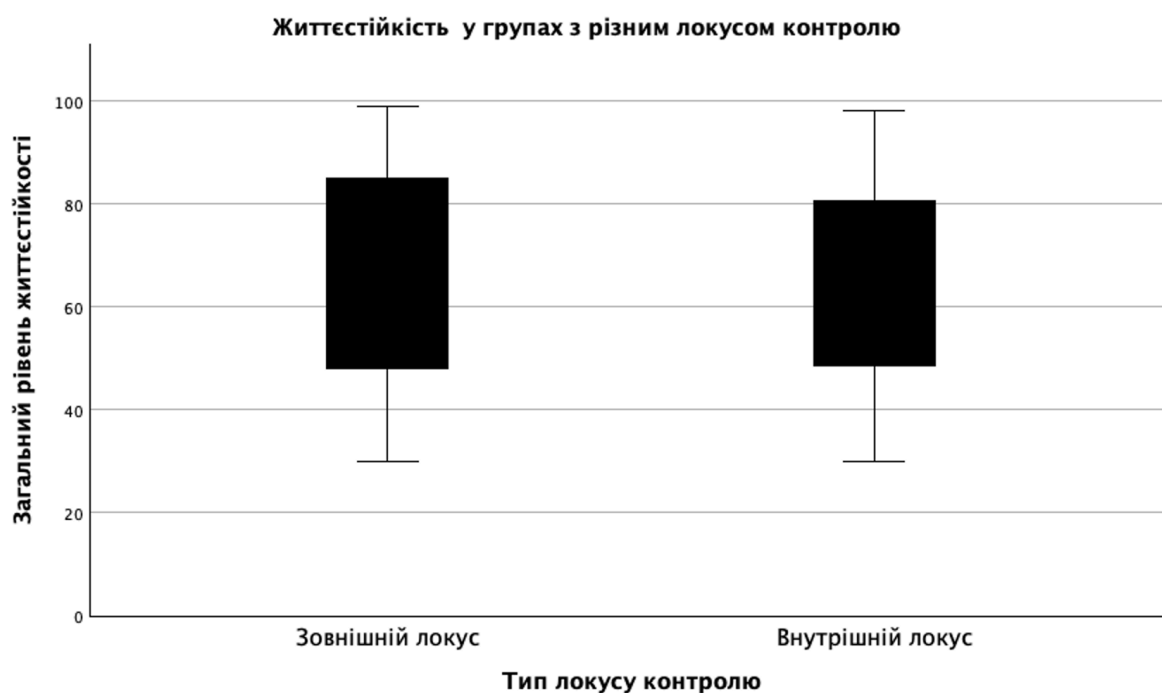


Рис. 2.5. Життєстійкість у групах з різним типом локусу контролю

Ці результати свідчать, що в умовах хронічного воєнного стресу рівень стресу може залишатися високим незалежно від індивідуальних переконань щодо контролю над життям. Водночас збільшується роль інших ресурсів зокрема, життєстійкості як інтегрованої характеристики особистості.

Кореляційний аналіз. Для перевірки взаємозв'язків між основними психологічними показниками було проведено кореляційний аналіз Пірсона. Більшість виявлених кореляцій між локусом контролю, рівнем стресу, життєстійкістю та психосоматичними симптомами не досягли статистичної значущості ($p > 0.05$), що свідчить про відсутність лінійних зв'язків між цими конструктами у межах вибірки.

Єдиний статистично значущий результат виявлено між життєстійкістю та психосоматичними симптомами ($r = 0.206$, $p = 0.040$). Зв'язок є слабким і має позитивний характер, тобто вищі показники життєстійкості асоціювалися з дещо вищою інтенсивністю психосоматичних скарг. Незважаючи на статистичну значущість, сила кореляції залишається низькою, що вказує на багатофакторність механізмів соматизації та можливий вплив інших змінних, не включених у моделі.

Інші кореляції, зокрема між локусом контролю та стресом ($r = -0.022$, $p = .824$), локусом контролю та психосоматичними симптомами ($r = .031$, $p = .759$), а також між стресом і симптомами ($r = .078$, $p = .439$), не продемонстрували значущих зв'язків. Це свідчить про те, що в межах досліджуваної вибірки прямий лінійний ефект цих показників на соматичні скарги відсутній.

Для деталізації результатів було розраховано різницю середніх значень між групами, яка становила $-0,315$ бала, що вказує на практично нульове відхилення між респондентами з різним типом локусу контролю. Довірчий інтервал 95% (-2.859 ; 2.229) включає нуль, що додатково підтверджує відсутність значущої різниці.

Отримані результати дозволили сформулювати низку важливих висновків.

По-перше, показники психосоматичних скарг у вибірці демонструють помірний рівень індивідуальної варіативності. Зафіксовано високий загальний рівень стресового навантаження, однак його інтенсивність не виявила статистично значущих кореляцій із соматичними симптомами. Це може свідчити про те, що в умовах війни психосоматичні прояви формуються під впливом багатьох взаємопов'язаних чинників, а не лише суб'єктивної оцінки стресу.

По-друге, життєстійкість виявилася єдиним психологічним показником, що статистично значущий корелює з інтенсивністю психосоматичних скарг ($r = -0.206$, $p < 0.05$). Хоча сила зв'язку є слабкою, його напрямок підтверджує роль життєстійкості як внутрішнього ресурсу, що частково зменшує тілесне реагування на стресові події.

По-третє, локус контролю - як у формі сумарного балу, так і у вигляді групового поділу (внутрішній/зовнішній) - не продемонстрував значущих зв'язків ані з життєстійкістю, ані зі стресом, ані з психосоматичними симптомами. Це свідчить про те, що в умовах воєнної невизначеності когнітивні уявлення про контроль можуть втрачати свій захисний потенціал, тоді як більш базові особистісні ресурси, зокрема життєстійкість, залишаються релевантними.

Таким чином, результати дослідження вказують, що у ситуації хронічної воєнної загрози психосоматичне здоров'я значною мірою пов'язане саме з рівнем внутрішніх ресурсів особистості. Вони відіграють помірну, але статистично підтверджену роль у зниженні інтенсивності тілесних симптомів.

Отримані дані створюють підґрунтя для переходу до розробки та апробації програми «Чотири опори відновлення», спрямованої на зміцнення саме тих ресурсів, які продемонстрували найбільшу психологічну значущість у дослідженні.

2.3. Методичні рекомендації щодо відновлення психосоматичного здоров'я особистості в умовах війни

Отримані результати емпіричного дослідження створюють підґрунтя для формування комплексних методичних рекомендацій щодо підтримки психосоматичного здоров'я цивільного населення в умовах війни. Виявлені симптоми у респондентів мають переважно функціональний характер і відображають тривалу дисрегуляцію автономної нервової системи, спричинену хронічним стресом. Вони є наслідком не окремих подій, а тривалого перебування в умовах небезпеки, втрати передбачуваності, вимушених змін та порушення базових відчуттів безпеки.

З позицій полівагальної теорії (С. Поргес), у таких обставинах активується симпатична реакція «бий, біжи, завмири», однак через неможливість реалізувати її ефективно (обмеження рухливості, неможливість втекти від війни) часто відбувається «застрягання» у стані гіперзбудження [21; 33]. Це призводить до появи хронічного м'язового напруження, порушень ШКТ, втоми, головного болю, розладів сну [14; 35]. У багатьох випадках люди починають сприймати ці прояви як ознаку серйозної хвороби, що посилює тривогу й, відповідно, соматичні симптоми [28].

Важливим аспектом є також феномен соматичної тривоги - коли тілесні реакції інтерпретуються як загроза, що запускає порочне коло підвищеного стресу та симптоматики [27; 36]. Це узгоджується із сучасними когнітивними моделями психосоматичних розладів: саме стиль інтерпретації тілесних сигналів часто визначає їх інтенсивність та частоту [10; 24].

З іншого боку, результати нашого дослідження показали, що життєстійкість виступає фактором-посередником між стресом і соматичними проявами. Вищий рівень життєстійкості, зокрема компонентів «контроль» і «включеність», асоціюється з меншими соматичними скаргами, що підтверджує її ресурсну роль у підтримці адаптивності [8; 15]. Це узгоджується з концепцією С. Мадді: психологічна здатність сприймати труднощі як виклик допомагає організму швидше повернутись до стану стабільності [19; 30].

Смисловий вимір здоров'я також є принциповим. Згідно з салютогенетичною моделлю А. Антонівського, відчуття смислової узгодженості (розуміння, навіщо жити, задля кого боротися) є центральним фактором стійкості нервової системи у тривалих кризах. Це особливо актуально в суспільних умовах, коли багато людей втратили житло, роботу, близьких або звичний спосіб життя [8; 15].

У сфері практичної підтримки психосоматичного здоров'я особливо важливо враховувати багатовимірність людської регуляції. Тілесний рівень забезпечує первинне відновлення балансу автономної нервової системи, оскільки саме тіло першим реагує на небезпеку і часто довше за все зберігає сліди пережитого стресу [21; 33]. М'які тілесні підходи - заземлення, техніки

подовженого видиху, навчання розпізнаванню м'язового напруження, поступове розслаблення - допомагають знижувати рівень фізіологічної гіперактивації, стабілізують серцевий ритм, покращують сон і якість відновлення [14; 35]. Регулярне звернення уваги на сигнали тіла формує базову інтероцептивну довіру: здатність чути, розуміти й адекватно відгукуватися на свої потреби [33; 41].

Емоційний вимір відіграє не менш важливу роль, адже пригнічені або неусвідомлені емоції часто знаходять вихід через соматичні симптоми. Розпізнавання власних почуттів, їх вербалізація у безпечному середовищі, розвиток емоційної грамотності сприяють зниженню внутрішнього тиску й повертають людині відчуття контролю над власними реакціями [27; 36]. Коли емоція отримує назву, вона перестає «тиснути зсередини» на тіло.

Когнітивний рівень регуляції пов'язаний із тим, як саме людина інтерпретує власний стан. У періоди тривалого стресу притаманними стають катастрофізація, чорно-біле мислення, гіперувага до найменших тілесних змін [11; 17]. Корекція неконструктивних переконань, формування альтернативних пояснень симптомів і розвиток навичок ментальної зупинки думки допомагають приборкувати соматичну тривогу та переривають порочне коло «відчуття - загроза - стрес - симптом» [24; 27; 36].

Смисловий компонент є тим рівнем, що утримує цілісність особистості в періоди невизначеності. В умовах війни підтримка відчуття цілеспрямованості, зв'язку з цінностями, важливості навіть малих щоденних дій допомагає людині зберігати внутрішній порядок і не дозволяє психіці «говорити тілом» там, де можлива інакша форма самовираження [19; 30]. Смислове переживання власного шляху підсилює життєстійкість і, відповідно, зменшує інтенсивність соматичних проявів [31; 46].

Таким чином, тілесні, емоційні, когнітивні й смислові процеси мають розглядатися не окремо, а як єдина система саморегуляції. Їх цілісне поєднання відповідає сучасним науковим підходам і забезпечує довготривалу адаптацію організму до життя в умовах війни [4; 14; 33]..

Застосування рекомендацій має здійснюватися поступово, без форсування процесів, з високою чутливістю до індивідуального досвіду травми. Будь-яка робота з пам'яттю про травматичні події можлива лише після формування базової стабільності, щоб уникнути ретравматизації [11; 24; 37].

Практичне впровадження цих рекомендацій у роботі спеціалістів психологічної, соціальної та медичної допомоги має сприяти зниженню рівня тілесної тривоги, відновленню вегетативного балансу, підвищенню життєстійкості та поверненню людині відчуття контролю над власним життям [14; 21; 46]. Таким чином, запропонований підхід є ключовим для формування довготривалої адаптації до умов війни та профілактики поглиблення психосоматичних розладів.

Висновок до розділу 2

У межах завдання дослідження було здійснено емпіричний аналіз особливостей психосоматичного здоров'я цивільного населення України в умовах війни. Перевірено взаємозв'язки між інтенсивністю психосоматичних скарг, рівнем стресового навантаження, життєстійкістю та локусом контролю як потенційними чинниками вразливості або стійкості.

Представлене дослідження має певні обмеження, які слід враховувати при інтерпретації результатів. По-перше, використання самооцінкових методик може впливати на точність вимірювання психосоматичних скарг через суб'єктивність відповідей. По-друге, вибірка складалася з цивільного населення і не охоплювала військових, що обмежує можливість генералізації результатів на різні групи, які перебувають у різних умовах стресу.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні вибірки, застосуванні інструментів об'єктивної оцінки фізіологічної реактивності та довгостроковому відстеженні ефектів корекційно-розвивальної програми.

Отримані результати засвідчили багатфакторний характер психосоматичних проявів у період хронічної воєнної загрози. Незважаючи на високий рівень суб'єктивного стресу у вибірці, прямий лінійний зв'язок стресу із соматичними скаргами статистично не підтвердився. Це вказує, що тілесні

симптоми в умовах тривалого стресу формуються у взаємодії зовнішніх загроз та внутрішніх ресурсів регуляції.

Життєстійкість виявилася єдиним показником, що продемонстрував статистично значущий зв'язок із психосоматичними симптомами: зростання життєстійкості асоціювалося зі зменшенням інтенсивності соматичних скарг. Отже, життєстійкість є ключовим адаптаційним ресурсом, що частково пом'якшує психофізіологічні наслідки воєнного стресу.

Локус контролю не продемонстрував значущих зв'язків із досліджуваними показниками, що може свідчити про обмеженість традиційних когнітивних механізмів саморегуляції в умовах, коли значущі життєві події є об'єктивно неконтрольованими.

Таким чином, результати емпіричного дослідження підтвердили, що внутрішні особистісні ресурси виступають чинниками психосоматичної стійкості в умовах війни. Виявлені закономірності стали науковим підґрунтям для розробки і впровадження відновлювальної програми «Чотири опори відновлення», спрямованої на посилення тілесної, емоційної, когнітивної та смислової регуляції, а також формування практичних рекомендацій для підтримки психосоматичного здоров'я у кризових умовах.

РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА РОБОТА З ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Особливості корекційної роботи з використанням цілісного підходу до відновлення психосоматичного здоров'я особистості в умовах війни

На основі узагальнення теоретичних підходів до психосоматики та аналізу результатів власного емпіричного дослідження було розроблено програму цілісного відновлення психосоматичного здоров'я «Чотири опори відновлення». Її метою є не лише зменшення інтенсивності тілесних симптомів, але й відновлення регуляторної цілісності людини в умовах тривалого хронічного стресу [7; 22; 41].

Практика надання психологічної допомоги у воєнний період демонструє, що традиційні підходи, орієнтовані переважно на когнітивну сферу, не завжди є ефективними для стабілізації стану людини з психосоматичною симптоматикою [15; 37]. У ситуації хронічної загрози саме тіло стає основним носієм та «індикатором» стресового досвіду. Дисбаланс автономної нервової системи, який формується внаслідок затяжного стресу, проявляється через порушення сну, головний біль, болі у шлунково-кишковому тракті, кардіалгії та інші функціональні розлади [11; 29]. Ці симптоми не є випадковими - вони відображають неспроможність організму самотійно повернутись до рівня регуляторної рівноваги [5; 34].

Тому робота починається з тілесного рівня - відновлення базових сигнальних систем, заземлення та зниження надмірної активації [12; 26]. Практики тілесної стабілізації формують нову модель взаємодії з власним тілом: від уникнення сигналів та катастрофізації - до довіри, сприйняття та відповідального реагування. Згідно із полівагальною теорією, без відчуття безпеки в тілі когнітивний апарат не може ефективно інтегрувати нову інформацію, а отже, психотерапевтичний вплив залишається поверхневим [9; 33; 48].

Емоційний рівень корекційної роботи полягає у поверненні людині здатності розпізнавати та проживати власні емоції без примусового витіснення. У період війни природні реакції - страх, безсилля, гнів - часто замовчуються, а соціальні очікування «триматися» підсилюють соматизацію [17; 35]. Емоційне опрацювання, нормалізація переживань і створення умов для безпечного вираження почуттів сприяють зменшенню тілесної напруги й відновлюють внутрішній психологічний простір [8; 29].

Когнітивний рівень втручання спрямований на виявлення катастрофічних інтерпретацій і руйнівних мисленнєвих схем, які підтримують соматичну тривогу («зі мною щось не так», «мій біль означає небезпеку»). Усвідомлена зміна інтерпретацій симптомів корелює зі зниженням частоти й інтенсивності проявів, що підтверджується науковими даними про взаємодію кортикальних і соматичних мереж регуляції [12; 22; 44].

Смисловий вимір стає інтегруючою ланкою всієї корекційної роботи. Учасники повертають здатність бачити подію не лише як втрату, але і як частину власної історії, що продовжується. Зміцнення зв'язку з цінностями та відчуття життєвої перспективи є потужним захисним фактором проти глибокої соматизації, адже формує внутрішню точку опори, що не залежить від зовнішніх обставин [4; 10; 27].

У воєнних умовах важливо враховувати також специфіку соціального контексту, який стає додатковим джерелом психологічного тиску. Часто люди стикаються з порівняннями свого стану з іншими: «вони пережили більше», «мені не можна жалітися», «мої симптоми - дрібниця поруч із втратами інших». Така знецінювальна позиція підсилює внутрішню напругу та утруднює звернення по допомогу, що своєю чергою підвищує ризик переходу емоційного виснаження в соматичні прояви [19; 33]. Тому у корекційній роботі необхідним є відновлення легітимності власного досвіду, права мати симптоми та отримувати підтримку, незалежно від інтенсивності пережитих подій [15].

Водночас тіло в умовах війни виступає своєрідним «носієм пам'яті». Навіть коли небезпека минула, організм продовжує реагувати так, ніби загроза все ще присутня [7; 34]. Відчуття постійної мобілізації призводить до стану,

який у клінічній психології описують як соматичне «застрягання» у фазі боротьби або втечі [3; 24]. Тому ключовим завданням фахівця є допомогти людині знову «оселитися» у власному тілі: повернути здатність відчувати тепло, вагу, позицію в просторі та природні сигнали втоми чи напруги. Саме це створює умови для поступового зниження соматичної тривоги [9; 38; 46].

Ще одним важливим викликом є фіксація уваги на симптомах. У стані хронічного стресу людина починає надмірно відстежувати найменші зміни в тілі, що формує патологічний цикл: увага - тривога - посилення симптомів - ще більше уваги [49; 50]. Тому під час терапевтичної роботи необхідно навчати клієнтів перенаправляти увагу на зовнішній світ, використовуючи техніки орієнтації, сенсорного заземлення та мікрофокусування на приємних відчуттях [37; 45]. Це підтримує відновлення природного балансу між інтероцепцією та екстероцепцією [30; 52].

Корекційний процес у воєнних умовах неможливий без урахування втрат і досвіду горювання. Невиражений смуток часто перетворюється на хронічне тілесне напруження, а відсутність простору для переживання втрати - на соматичний протест організму [53; 54]. Тому важливо включати у роботу м'які протоколи з підтримкою горювання: не через повторне травматичне занурення, а через поступову інтеграцію пережитого у життєвий наратив людини [29; 55].

Особливої уваги потребує відновлення почуття контролю. Для цивільних у війні характерне переживання безсилля: більшість значущих подій неможливо передбачити чи змінити. Тому в роботі важливо допомагати людині віднаходити «зони впливу» - малі, але реальні щоденні дії, які повертають внутрішню суб'єктність. Цей підхід є концептуально ідентичним принципам поведінкової активації, де навіть дуже малі кроки стають доказом власної спроможності [22; 56].

Таким чином, особливості корекційної роботи з психосоматичними проявами у воєнний час полягають не лише у зниженні симптомів, але й у поступовій реконструкції тілесного, емоційного, когнітивного та смислового досвіду людини [3; 14; 33; 57]. Це забезпечує не тимчасове полегшення, а

довготривалу стабілізацію внутрішньої системи регуляції, що є критично важливим для збереження адаптивності під час війни.

Програма спирається на уявлення про психосоматичне здоров'я як динамічну систему взаємодії тілесних, когнітивно-емоційних, поведінкових та смислових процесів [1; 6; 12]. У цьому контексті тілесний симптом розглядається не просто як «порушення», а як сигнал дисбалансу в системі регуляції, який вимагає зваженої та багаторівневої відповіді [30; 48].

Модель «Чотири опори відновлення» базується на інтегративному підході, що поєднує дані тілесно-орієнтованої терапії, когнітивно-поведінкових моделей, логотерапії та сучасних нейробіологічних уявлень про регуляцію стресу. Вона структурована навколо чотирьох взаємопов'язаних напрямів стабілізації: дихання, тіло, думка та дія, які відповідають ключовим рівням саморегуляції - фізіологічному, когнітивному, поведінковому та екзистенційно-смислового [4; 7; 16; 57].

Кожна з опор не функціонує ізольовано, а є елементом єдиної системи: зміни на тілесному рівні впливають на якість мислення і емоцій, когнітивні зрушення змінюють поведінкові реакції, а екзистенційна переорієнтація формує нову логіку життєвих дій. Таким чином, відновлення психосоматичного здоров'я розуміється як процес поступового відновлення зв'язків між тілом, психікою, поведінкою та смислами.

Програма «Чотири опори відновлення» вибудована як інтегративна модель, у якій кожен блок виконує специфічну функцію, а всі компоненти взаємодіють між собою, формуючи цілісний процес психофізичного відновлення. Перший напрям - тілесно-орієнтовані методи саморегуляції. Їхнє завдання полягає у поверненні базового відчуття фізіологічної безпеки та зниженні гіперактивації нервової системи, що є типовою для людей, які тривалий час перебувають у воєнному стресі. У межах цього блоку застосовуються практики повільного діафрагмального дихання з подовженим видихом, що активує парасимпатичний шлях регуляції; елементи прогресивної м'язової релаксації за Джейкобсоном, спрямовані на зниження хронічного м'язового напруження; міофасціальні вправи для зони шиї, грудної клітки та

діафрагми, які часто накопичують стресову напругу; а також інтероцептивні техніки фокусування уваги, що навчають помічати і розпізнавати ранні сигнали втоми чи тривоги. Додатково використовуються прості заземлювальні практики, які допомагають зменшити дисоціативні тенденції та повернути відчуття контролю над тілом.

Другий компонент програми - когнітивно-поведінкові інструменти, які забезпечують роботу з тривогою щодо здоров'я, катастрофізацією тілесних відчуттів і схильністю до румінацій [32; 44; 47]. У програму інтегровано техніки ідентифікації автоматичних думок, пов'язаних із тілесними сигналами, і їх подальшого когнітивного рефреймінгу; вправи для роботи з внутрішнім критиком у письмових та діалогічних форматах; планування мікроактивностей у вигляді поведінкових експериментів, що допомагають поступово відновлювати активність навіть у стані обмежених енергетичних ресурсів. Ведення щоденника тілесних і стресових реакцій у цьому контексті виконує функцію інструмента метакогнітивного дистанціювання [45], дозволяючи людині бачити власні процеси збоку й працювати не тільки зі змістом думок, але й з їхнім впливом.

Третій блок програми - смислово-екзистенційні інтервенції, покликані відновити внутрішню опору, яка часто руйнується внаслідок тривалого стресу чи травматичних подій війни. Цей напрям включає елементи логотерапії [7; 18], наративні практики, спрямовані на реконструкцію особистісної історії, а також письмові вправи на усвідомлення власних цінностей і ключових життєвих орієнтирів. Особливу увагу приділено роботі з тим, що залишається незмінним попри війну: власним принципам, сенсам, точкам опори, внутрішній гідності та здатності залишатися собою навіть у ситуації втрати чи болю. У межах цього блоку формується новий життєвий наратив, який інтегрує досвід травми без її заперечення, дозволяючи відновити відчуття внутрішньої цілісності.

Завершальним напрямом є поведінкове відновлення, що передбачає повернення до активності та соціальної включеності через маленькі, але стабільні кроки [33; 55]. Тут акцент робиться на плануванні досяжних дій, які повертають відчуття впливу на власне життя; створенні стабілізуючих

«ритуалів відновлення»; м'якому поновленні соціальних контактів у безпечних для людини формах. Практики, які пропонуються в цьому блоці, інтегруються у щоденний ритм не як «лікування», а як базові елементи нового способу життя, в якому є місце як для відновлення, так і для руху вперед.

У такому поєднанні програма «Чотири опори відновлення» формується як структурований, цілісний та гнучкий інструмент психоосвітньої та терапевтичної допомоги. Вона гармонізує тілесні, когнітивні, поведінкові та смислові виміри функціонування людини, створюючи умови для підвищення адаптивного потенціалу та стійкості в умовах воєнного стресу.

Метою програми є системне зниження психосоматичної симптоматики у цивільного населення, що зазнало впливу хронічного воєнного стресу, через формування навичок фізіологічної, психоемоційної та смислової саморегуляції, підвищення рівня тілтероцептивної чутливості, трансформацію дисфункційних когнітивних патернів сприйняття симптомів та посилення внутрішніх ціннісно-екзистенційних ресурсів. Програма також передбачає розвиток здатності до відновлення суб'єктності та адаптивного функціонування в умовах тривалого психотравмуючого контексту.

Цільова аудиторія: Цивільне населення віком від 18 до 65 років, яке перебуває в умовах підвищеного психоемоційного навантаження, має скарги на соматичне самопочуття без органічного ураження, проявляє ознаки тривожності, емоційної виснаженості або порушень сну.

Наукове обґрунтування програми. Програма «Чотири опори відновлення» спирається на сучасні міждисциплінарні уявлення про природу психосоматичних порушень, інтегративну психотерапію, нейропсихофізіологію стресу та екзистенційно-когнітивну модель функціонування особистості. Її логіка ґрунтується на мультифакторному розумінні впливу хронічного стресу й психологічної травми на тілесну, емоційну, когнітивну та поведінкову сфери людини. З позицій нейропсихофізіології, тривалий стрес і травматичні події супроводжуються стійкою активацією гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, дисбалансом автономної нервової системи та порушенням інтеграції між лімбічними, стовбуровими і кортикальними структурами мозку. Це

проявляється у симптомах гіперзбудження, соматичних скаргах, порушеннях сну, зниженні толерантності до стресу та розладах тілесної регуляції. Відтак відновлення психосоматичного здоров'я неможливе без впливу на базові механізми нейрофізіологічної регуляції, зокрема через дихальні, тілесні та сенсомоторні практики.

Сучасна доказова база все переконливіше свідчить, що найбільш ефективними у зниженні психосоматичних симптомів є мультимодальні втручання, які одночасно впливають на тілесний, когнітивний та смисловий рівні функціонування особистості. Метааналізи Hofmann et al. (2012), Cuijpers et al. (2016) та Smith et al. (2020) демонструють, що інтегровані програми, які поєднують тілесно-орієнтовані практики, когнітивно-поведінкові інтервенції та роботу зі смислами, мають значно вищий і стабільніший терапевтичний ефект порівняно з моноінтервенціями, спрямованими лише на один рівень. Механізм цієї ефективності пояснюється багаторівневою природою психосоматичних симптомів: вони вкорінені одночасно у дисрегуляції автономної нервової системи, когнітивних схемах катастрофізації та втраті внутрішніх смислових орієнтирів. Втручання тільки на одному з рівнів, наприклад когнітивному, не здатні стабілізувати глибинні тілесні та екзистенційні механізми, через що ефект часто є короточасним або поверхневим.

З точки зору інтегративних психотерапевтичних підходів, психосоматичні симптоми розглядаються не лише як результат фізіологічної дисфункції, а як прояви порушеної адаптації особистості до травматичного досвіду [32; 44]. Симптом у цій перспективі виступає як форма несвідомої регуляції, спроба психіки й тіла впоратися з надмірним напруженням, перевантаженням або втратою смислових орієнтирів [47]. Саме тому програма не обмежується лише симптоматичним полегшенням, а орієнтована на відновлення цілісності регуляторних процесів.

Дослідження van der Kolk [12] показують, що робота через тіло має критичне значення в контексті посттравматичних і психосоматичних розладів, оскільки травматичний досвід насамперед фіксується на сенсомоторному та вегетативному рівні. Практики заземлення, дихальні техніки, усвідомлений рух

і тілесна релаксація сприяють зниженню гіперактивації симпатичної нервової системи, відновлюють інтероцептивну чутливість та допомагають сформувати новий досвід безпеки у тілі [18; 45].

Додаткові емпіричні дані свідчать, що практики усвідомленого дихання та майндфулнес підвищують варіабельність серцевого ритму, знижують рівень базального кортизолу, покращують якість сну та зменшують соматичну гіпернастороженість [33; 48; 51], тобто функціонують не лише як психологічні, а й як психофізіологічні інтервенції.

Важливу роль у науковому обґрунтуванні програми відіграє екзистенційно-когнітивна парадигма, згідно з якою психологічне страждання пов'язане не лише з подією як такою, а й з її інтерпретацією та смисловим статусом у житті людини [22; 34]. Військовий контекст, втрати, руйнування звичних структур життя та досвід безсилля порушують базові уявлення про контроль, справедливість, безпеку та передбачуваність світу [11]. У таких умовах когнітивна робота з дисфункційними переконаннями та екзистенційна реконструкція сенсу стають не менш значущими, ніж тілесна стабілізація [17; 29].

Логотерапевтичні та екзистенційні інтервенції демонструють, що формування або відновлення смислу життя істотно знижує рівень екзистенційного вакууму, безпорадності та соматичних скарг у людей із хронічними захворюваннями й психотравмами [8; 23]. Концепція смислової узгодженості Антонівського, підтверджена численними емпіричними дослідженнями, прямо пов'язує відчуття зрозумілості, керованості та осмисленості світу зі зниженням ризику соматизації [14; 38].

Крім того, програма інтегрує положення когнітивно-поведінкової терапії, сучасних тілесно-орієнтованих підходів та логотерапії й узгоджується з біопсихосоціально-духовною моделлю, у межах якої психосоматичне здоров'я розглядається як динамічна рівновага між фізіологічними процесами, психологічною регуляцією, соціальними зв'язками та духовно-смисловими орієнтирами [2; 9; 13]. На практичному рівні ця модель реалізується через чотири взаємопов'язані компоненти програми: дихання, тіло, думка і дія.

Дихальний блок спрямований на регуляцію автономної нервової системи та осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники (HPA-axis), які відіграють ключову роль у розвитку та підтриманні психосоматичних розладів [17]. Діафрагмальне та уповільнене дихання активують парасимпатичний відділ через вагусний нерв, сприяючи зниженню фізіологічного збудження, стабілізації серцевого ритму та відновленню відчуття безпеки в тілі [19; 31]. Доведено, що практики регульованого дихання знижують рівень кортизолу, покращують показники варіабельності серцевого ритму, зменшують симпатичну гіперактивацію та підвищують здатність до емоційної саморегуляції [25; 33]. Важливим аспектом є також роль дихання як мосту між свідомим і автоматичним рівнями регуляції: на відміну від більшості вегетативних процесів, дихання одночасно регулюється і довільно, і автоматично, тому виступає у програмі первинною «точкою входу» до відновлення внутрішньої регуляції [19].

Соматичний блок програми спирається на сучасні уявлення про тілесну пам'ять, роль сенсомоторної інтеграції та нейропластичності у процесі відновлення після стресу і травми [20; 36]. Міофасціальне розслаблення (MFR) та прогресивна м'язова релаксація (PMR) є доказовими методами зменшення хронічної м'язової напруги, зниження болю та психосоматичних симптомів [27]. Вони сприяють нормалізації тону автономної нервової системи, зменшенню симпатичного домінування та відновленню тілесної чутливості. З позиції нейронаук, тілесні практики активують сенсомоторні контури мозку, що беруть участь у формуванні схем тілесної безпеки; через повторний сенсорний досвід людина «переписує» травматичні нейронні патерни на більш адаптивні [20; 34]. Крім того, соматична робота сприяє розвитку інтероцептивної усвідомленості - здатності розпізнавати внутрішні сигнали тіла (напругу, втому, біль, серцебиття). Дослідження показують, що вища інтероцептивна точність пов'язана зі зниженням рівня тривожності та психосоматичних скарг [12; 26].

Когнітивний компонент «Думка» має двовекторний характер: він спрямований одночасно на трансформацію дезадаптивних переконань і на реконструкцію життєвих смислів. Когнітивно-поведінкова терапія довела свою ефективність у роботі з психосоматичними проявами, пов'язаними з

катастрофізацією, гіперфокусом на тілесних відчуттях, соматичною гіпернастороженістю [7; 18]. Дослідження Beck et al. демонструють, що зміна інтерпретації тілесних сигналів (наприклад, переконання «біль - це завжди ознака тяжкої хвороби») істотно знижує рівень тривоги та інтенсивність соматичних симптомів [7]. В умовах війни та масової травматизації когнітивної корекції недостатньо, тому в програму інтегрований екзистенційний вимір: робота зі смислами, цінностями, життєвими орієнтирами. В. Франкл показав, що втрата сенсу життя є не лише психологічною проблемою, а й фактором, який поглиблює соматичні страждання; натомість навіть мінімальна смислова опора здатна істотно змінити спосіб проживання болю, страху і втрати [10; 11].

Поведінковий компонент «Дія» ґрунтується на принципах поведінкової активації, яка довела ефективність у зниженні апатії, депресивних проявів та психосоматичних скарг [22; 23]. Регулярна активність навіть у мінімальному форматі відновлює відчуття агентності та впливу на власне життя. У контексті війни, де глобальний контроль втрачений, навіть невеликі контрольовані дії (рух, ритуали, соціальні взаємодії) формують осередки стабільності. З нейробіологічної перспективи поведінкова активність стимулює нейропластичність, зміцнює зв'язки між префронтальною корою та лімбічною системою, підвищує толерантність до стресу та сприяє інтеграції змін, досягнутих на тілесному й когнітивному рівнях [23; 35]. Особливу роль відіграють так звані «мікроактивності» - короткі, доступні дії в умовах обмежених ресурсів (прогулянки, підтримуючі розмови, дрібні ритуали турботи про себе), які не лише знижують симптоматику, а й допомагають повернути відчуття суб'єктності в реальності, що часто переживається як неконтрольована та хаотична [22].

Таким чином, найвищий терапевтичний потенціал програми «Чотири опори відновлення» зумовлений синхронною дією трьох ключових рівнів втручання - тілесного (через регуляцію автономної нервової системи), когнітивного (через зміну інтерпретацій і переконань) та екзистенційного (через реконструкцію смислової основи життя). Лише така інтегративна взаємодія дозволяє не просто зменшити симптоматику, а створити умови для глибинної

реорганізації психосоматичного функціонування особистості та підвищення її довготривалої стресостійкості.

Апробація результатів магістерського дослідження здійснювалася шляхом участі у наукових та науково-комунікативних заходах, що забезпечили фахове обговорення, уточнення та перевірку основних теоретичних положень і практичних результатів роботи.

Ключові теоретичні положення та практичні напрацювання були представлені на Міжнародній науково-практичній конференції «Ментальне здоров'я та психологічне благополуччя: наука і практика» (Університет Григорія Сковороди в Переяславі, 10 квітня 2025 р.). У межах доповіді акцентовано увагу на особливостях впливу стресорів воєнного часу на психосоматичне здоров'я особистості та проаналізовано ефективність запропонованого комплексу стабілізаційних технік. За результатами участі отримано сертифікат № СП000186 (6 годин, 0,2 кредити ЄКТС).

Крім того, емпіричні дані дослідження, аналітичні висновки та перспективи практичного застосування результатів були презентовані та обговорені під час студентської наукової конференції «Психологія в часи воєнних викликів: пошуки стратегій психологічної стійкості та витривалості» (6 листопада 2025 р., Національний університет «Острозька академія», м. Острог).

Фахове обговорення отриманих результатів із науковою спільнотою сприяло уточненню практичних рекомендацій та підтвердило їхню наукову обґрунтованість.

За результатами апробації встановлено, що програма може функціонувати як інтегрована модель психологічної стабілізації та відновлення, спрямована на роботу з психосоматичними скаргами, порушеннями сну, підвищеною тривожністю та наслідками психологічної травматизації.

Перспективним напрямом впровадження також визначено психоосвітній та освітній простір: елементи програми можуть інтегруватися в підготовку майбутніх психологів, медичних і педагогічних фахівців, а також у систему підвищення кваліфікації практичних психологів. Це сприятиме розвитку

навичок саморегуляції, профілактиці професійного вигорання та формуванню культури психогігієни.

Разом з тим апробація засвідчила наявність системних і психологічних бар'єрів у впровадженні програми. До них належать кадровий дефіцит, перевантаженість фахівців, орієнтація системи охорони психічного здоров'я переважно на кризові інтервенції, а також обмеженість ресурсів для тривалих відновлювальних програм. На рівні клієнтів перешкодами залишаються виснаженість, знижена мотивація до системної роботи, недостатня психоедукація та домінування соматичних пояснень стану [36; 37]. В професійному середовищі актуальними є ригідність підходів і поширене емоційне вигорання [38; 39].

Успішність подальшої імплементації програми потребує дотримання травмоінформованості, поетапності, безпеки та добровільності участі [14; 31]. Принципово важливо забезпечити цілісність інтервенцій: тілесні, когнітивні, дихальні та смислові техніки мають функціонувати як єдина відновлювальна система [1; 4; 11] із можливістю персоналізації для різних рівнів вразливості [27].

Апробація підтвердила, що програма «Чотири опори відновлення» є готовою до практичного впровадження у клінічній, психологічній, освітній та соціальній сферах, забезпечуючи безпечне й підтримувальне середовище для відновлення автономної регуляції, тілесної чутливості, внутрішнього контролю та відчуття суб'єктності [5; 6; 13; 12; 21].

3.2. Корекційна програма цілісного підходу до покращення психосоматичного здоров'я особистості в умовах війни

Беручи до уваги доведену ефективність поєднання тілесних, когнітивних та екзистенційно-поведінкових інтервенцій, програма «Чотири опори відновлення» реалізує ці принципи через покрокову практичну структуру. Модулі вибудовані таким чином, щоб послідовно стабілізувати тіло, змінити мисленнєві патерни та відновити здатність до активної саморегуляції.

Загальна структура програми «Чотири опори відновлення»:

1. «Тілесна опора» (сесії 1-2) учасник відновлює контакт з тілом як ключовим ресурсом саморегуляції. Перша сесія починається з психоосвіти про тілесні реакції на стрес та включає низку стабілізаційних практик: «Сканування тіла» (Р. Ogden), техніку орієнтації «Три точки опори», дихальне «фізіологічне зітхання» та метод прогресивної м'язової релаксації. Друга сесія поглиблює роботу через пояснення ролі пропріоцепції, вправу «Вертикаль тіла» та практику «Заземлення через стопи», що допомагають формувати новий патерн тілесної стійкості. Завершується модуль домашніми спостереженнями («Щоденник тілесних реакцій», вправа «Мої сигнали тіла»).

2. «Дихальна опора» (сесії 3-4) увага переноситься на регуляцію автономної нервової системи через дихання. Третя сесія включає психоосвіту про взаємодію симпатичної та парасимпатичної систем і освоєння технік «Дихальна хвиля», ритмічних циклів 4-2-6 та вправи «Розширення дихання в сторони», що покращує діафрагмальну роботу. Четверта сесія спрямована на автоматизацію регуляції - учасники практикують «дихальну ходу», квадратне дихання (4-4-4-4) та техніку «Подвійний видих». Дихальні рутини поступово переносяться у повсякденні ситуації стресу.

3. «Когнітивна опора» (сесії 5-6) учасник працює з інтерпретаціями, автоматичними думками та страхами. П'ята сесія знайомить із КПТ-моделлю АВС, допомагає виявляти тригери, застосовувати техніку «Стоп-кадр» та метод декатастрофізації «Що я знаю точно?». Шоста сесія включає техніку когнітивної реструктуризації, метафору «Мої думки не факти» та децентраційну вправу «Дрімання монстра» (Wells), що зменшує вплив нав'язливих думок. На цьому етапі формується нова когнітивна гнучкість і здатність до реалістичної оцінки ситуацій.

4. «Смислова та поведінкова опора» (сесії 7-8) відбувається інтеграція напрацьованих навичок у життєву структуру. Сьома сесія базується на логотерапевтичній практиці «Три шляхи смислу», роботі з цінностями та вправі «Що зараз дає мені відчуття опори?». Восьма сесія фокусується на

переході від внутрішніх змін до поведінки: техніка «Дія на 2%», формування «плану малих кроків» та фінальне оцінювання змін. Заключний етап дозволяє людині зафіксувати індивідуальні ресурси та інтегрувати їх у повсякденність.

Уся програма спрямована на побудову багаторівневої системи саморегуляції, де тіло, дихання, мислення і смисл працюють узгоджено. Саме така інтеграція, згідно з дослідженням, забезпечує зниження психосоматичних скарг, підвищення життєстійкості та стабілізацію емоційного стану.

Формати реалізації: Програма «Чотири опори відновлення» передбачає гнучку систему впровадження, що дозволяє адаптувати її до різних цільових груп, умов доступності та рівня психологічної готовності учасників. Така варіативність є принципово важливою в умовах воєнного контексту, коли доступ до спеціалізованої допомоги є нерівномірним, а психологічні потреби цивільного населення мають широкий спектр глибини та інтенсивності.

Індивідуальний формат реалізації передбачає супровід у межах серії короткотривалих консультацій, орієнтованих на роботу з найбільш актуальною для людини сферою регуляції. Зазвичай це 5-7 сесій, у межах яких фокус може поступово переходити від стабілізації через дихання й тілесні практики до роботи з когнітивними схемами та смисловими переживаннями. Такий формат доцільний у випадках, коли людина має виражені психосоматичні симптоми, потребує більш індивідуалізованої підтримки або перебуває у стані підвищеної вразливості. Перевагою є можливість тонкого налаштування інтервенцій під конкретний запит, темп і ресурсність клієнта.

Груповий формат передбачає роботу з невеликими групами (6-10 осіб) у рамках структурованого циклу тривалістю близько трьох тижнів. Такий формат поєднує освітні, практичні та підтримувальні функції. З одного боку, учасники отримують базові знання про психосоматичні механізми та навички саморегуляції, з іншого група виконує важливу соціальну і терапевтичну функцію, знижуючи рівень ізоляції та нормалізуючи досвід тілесних і емоційних реакцій. Особливо цінним цей формат є для внутрішньо

переміщених осіб та громад, які зазнали дестабілізації, оскільки він сприяє відновленню відчуття приналежності та соціальної підтримки.

Онлайн-формат реалізації передбачає створення дистанційного курсу, що включає теоретичні відеоматеріали, практичні інструкції, аудіосупровід тілесних вправ, а також інтерактивний щоденник самоспостереження. Такий формат забезпечує доступність програми для людей, які перебувають у географічно віддалених або тимчасово окупованих регіонах, мають обмежений мобільний ресурс або нестабільний графік життя. Окрім цього, онлайнове середовище створює простір для поступового, безпечного занурення у практики відновлення та дозволяє учасникам регулювати інтенсивність навантаження відповідно до власного стану.

Гібридний формат поєднує переваги онлайн-курсу та живої взаємодії з фахівцем або фасилітатором. Він може включати регулярні офлайн- або онлайн-зустрічі, супервізійні сесії, обговорення досвіду учасників та корекцію виконання практик. Такий формат є особливо ефективним для довгострокових програм у громадах або освітніх середовищах, де важливе поєднання самостійної роботи з підтримкою з боку фахівця. Саме гібридна модель дозволяє досягти балансу між автономією учасників і професійним супроводом, що підвищує стійкість результатів та якість інтеграції навичок у повсякденне життя.

Таким чином, різні формати впровадження програми дозволяють не лише розширити її доступність, а й варіювати глибину психологічного впливу: від первинної стабілізації та психоосвіти до більш інтегрованої роботи з тілесними, когнітивними та смисловими рівнями досвіду. Це створює умови для поступового й етично безпечного входження в процес відновлення, де кожен учасник може рухатися у власному темпі та відповідно до свого ресурсу, не втрачаючи відчуття суб'єктності й особистої агентності.

Ефективність програми «Чотири опори відновлення» зумовлена тим, що вона враховує ключові механізми формування та підтримання психосоматичних розладів у воєнних умовах. На тілесному рівні механізм дії полягає у стабілізації автономної нервової системи через відновлення гнучкого

чергування симпатичної та парасимпатичної активності. Тілесні техніки спрямовані на поступове повернення здатності організму перемикатися в стан відновлення, що є необхідною умовою для зниження соматичних симптомів і відновлення енергетичного потенціалу. Робота з тілом формує передумову для подальшої когнітивної та смислової інтеграції, оскільки без мінімального рівня фізіологічної стабільності мислення та емоційна регуляція залишаються фрагментованими.

Дихальний компонент програми забезпечує удосконалення навичок вольового впливу на фізіологічні реакції. Дихання є єдиною вегетативною функцією, яка одночасно підконтрольна свідомості, що дозволяє використовувати його як міст між тілесним і психічним. Практики подовженого видиху, ритмічні цикли та діафрагмальна робота сприяють активації системи «соціальної взаємодії» за С. Поргесом, що підсилює відчуття безпеки та послаблює сигнал тривоги в тілі. Регулярність практик є ключовою, оскільки саме повторення створює нові нейровегетативні патерни.

Когнітивний модуль втручається у механізм психосоматичної тривоги, змінюючи спосіб інтерпретації тілесних сигналів. У стані хронічної воєнної напруги у багатьох людей формується тенденція до катастрофізації відчуттів, що перетворює нормальні фізіологічні реакції на загрозу. Робота з автоматичними думками допомагає виявляти перекручення, знижує надмірну увагу до симптомів і повертає здатність розрізняти реальну небезпеку від сигнальної функції тіла. Таким чином, змінюється не лише інтенсивність соматичних проявів, а й їхнє психологічне значення.

Смислово-поведінковий етап відіграє роль інтеграційного механізму. Саме на цьому рівні відбувається перехід від тимчасового полегшення до довготривалої адаптації. Пережитий досвід впорядковується в наратив, який набуває змісту та включає людину в суб'єктну позицію. Зміцнення зв'язку з цінностями та реалізація конкретних дій повертають втрачене відчуття контролю над власним життям. Без цієї смислової опори тіло знову може ставати єдиним способом «говорити» про внутрішні переживання.

У межах програми приділяється значна увага роботі з ризиками ретравматизації. Оскільки багато учасників мають досвід гострої травматичної реакції, інтервенції не передбачають прямого опрацювання травматичних спогадів, доки не сформована достатня базова стабільність. Поступовість і дозованість є головними принципами безпеки; терапевтичний темп визначається не завданнями програми, а ресурсністю людини. У разі підвищення симптоматики застосовується повернення до тілесних технік і тимчасове зниження інтенсивності когнітивних втручань.

Особливо важливим елементом програми є нормалізація досвіду психосоматичних симптомів. Учасники отримують пояснення про те, що соматизація в умовах війни є типовою реакцією нервової системи, а не ознакою патології чи «слабкості». Така психоосвіта зменшує тривожну інтерпретацію стану та посилює мотивацію до саморегуляції. Вона також сприяє зниженню стигматизації звернення по психологічну допомогу, що є критично важливим у суспільстві з високим рівнем недовіри та стигми щодо психологічних симптомів.

Проведення програми супроводжується залученням елементів відновлення соціальної взаємодії. Учасник повертається до контакту з іншими людьми не лише на рівні поведінки, а й на рівні нервової системи. Це формує додатковий стабілізуючий фактор, який знижує ризик рецидиву соматичних реакцій на тривалий період. Соціальна опора стає ще однією «точкою втримання» у періоди посилення зовнішньої загрози.

Таким чином, програма «Чотири опори відновлення» відповідає сучасним науковим підходам до психосоматичної реабілітації та є ефективною завдяки поєднанню стабілізації тіла, нормалізації інтерпретацій, емоційної інтеграції та відновлення суб'єктності. Цей підхід забезпечує формування сталих адаптивних патернів навіть у ситуаціях, де зовнішнє середовище продовжує залишатися нестабільним.

Оцінка ефективності програми «Чотири опори відновлення» будується як поєднання кількісного моніторингу змін та якісного аналізу суб'єктивного досвіду учасників. На початковому етапі (до старту програми) проводиться

базове психодіагностичне обстеження, яке включає короткі валідовані шкали тілесного добробуту, рівня усвідомленості, життєстійкості та суб'єктивного стресу [3; 11; 21; 38]. Це дозволяє зафіксувати вихідний рівень психосоматичного функціонування, а також індивідуальні вектори вразливості. Повторні вимірювання здійснюються після завершення програми та у форматі відстроченого фоллоу-апу (через 1-2 місяці), що дає змогу оцінити не лише негайний терапевтичний ефект, але й стабільність змін [7; 29]. Кількісні дані доповнюються напівструктурованими якісними інтерв'ю, під час яких учасники описують суб'єктивні зміни у своєму тілесному самопочутті, способах реагування на стрес, поведінкових паттернах і в здатності інтерпретувати власні психосоматичні сигнали [12].

Водночас важливою частиною програми є не лише фіксація результатів, а й чітко структурований процес її проведення. Програма розрахована на поетапне впровадження протягом чотиритижневого циклу з двома заняттями на тиждень (у груповому форматі) або щотижневими сесіями (в індивідуальній роботі). Кожен етап логічно вибудовується від базової стабілізації до поступової інтеграції психосоматичного досвіду.

Перший етап має переважно стабілізаційний характер і фокусується на формуванні відчуття безпеки в тілі. На цьому етапі використовуються дихальні інтервенції (діафрагмальне, уповільнене та когерентне дихання), прості тілесні практики заземлення, робота з увагою до тілесних відчуттів без інтерпретації та оцінювання, а також психоосвіта щодо механізмів стресу і психосоматики. Основною метою цього етапу є зниження надмірної активації нервової системи та формування базових навичок саморегуляції.

Другий етап спрямований на соматично-емоційну інтеграцію. Тут вводяться практики тілесного сканування, прогресивна м'язова релаксація, мікрорухові інтервенції, а також вправи на розпізнавання тілесних маркерів напруги та емоцій. Паралельно здійснюється робота з емоційною регуляцією: навчання розрізненню стресових станів, відстеження реакцій тіла на різні типи тригерів, розвиток здатності до безпечної присутності в тілесному досвіді.

Третій етап переходить до когнітивно-сміслового рівня. Тут використовується робота з автоматичними думками, когнітивними викривленнями, катастрофізацією тілесних симптомів, а також логотерапевтичні вправи на виявлення смислових орієнтирів, цінностей і внутрішніх опор. Учасники вчаться пов'язувати тілесні симптоми не лише з фізіологією, а з життєвим контекстом, в якому вони виникають, і формувати нові, менш травматичні наративи щодо пережитого досвіду.

Четвертий етап має поведінково-інтегративний характер і спрямований на перенесення набутих навичок у повсякденне життя. Тут вводяться елементи поведінкової активації, допомога у формуванні мікроритуалів стабільності (сон, рух, соціальні контакти), планування безпечної активності в умовах нестабільного середовища, а також розробка індивідуального «плану опор» - набору стабілізуючих дій, до яких людина може звертатися у періоди загострення стресу.

Очікувані результати програми передбачають не лише зменшення інтенсивності психосоматичних симптомів, а глибшу трансформацію способу взаємодії людини зі своїм тілом і досвідом. Йдеться про формування здатності відрізняти сигнали тілесного виснаження від катастрофічних інтерпретацій, про відновлення природної тілесної чутливості без гіперфіксації на симптомах, про розвиток зрілих механізмів емоційної регуляції та підвищення смислової інтегрованості особистості. У довшій перспективі програма сприяє стабілізації добових ритмів, зниженню нервової дисрегуляції, відновленню продуктивної активності й соціальної залученості.

Таким чином, «Чотири опори відновлення» розглядається не як короткострокова техніка зниження симптомів, а як поетапний психосоматичний реабілітаційний процес, що передбачає зміну способу переживання тіла, стресу і власної життєвої історії. Її ефективність залежить не лише від структури програми, але й від якості підготовки фасилітаторів, чутливості до контексту війни та готовності учасників до поступового переписування свого тілесного і смислового досвіду.

Ще одним ключовим чинником ефективності програми «Чотири опори відновлення» є можливість її адаптації до різних груп ризику, які мають специфічні потреби в умовах війни. Для внутрішньо переміщених осіб акцент зміщується на відновлення почуття безпеки та формування нових життєвих структур після втрати дому чи соціального оточення. Робота з тілом і диханням дає можливість стабілізувати нервову систему, тоді як смислово-поведінковий блок сприяє поверненню відчуття контролю та опори у новому середовищі.

Для родин військовослужбовців програма доповнюється практиками роботи з тривогою очікування та невизначеністю, які є визначальними для їхнього психоемоційного стану [7; 22]. Особливу увагу приділено формуванню навичок відмежування поточних тілесних проявів від катастрофічних думок про можливі втрати. У цьому випадку робота із сенсами будується навколо підтримки здатності зберігати внутрішню рівновагу, незважаючи на зовнішню загрозу [9; 41; 50].

Для ветеранів і людей з досвідом бойових дій адаптація передбачає уповільнений, значно делікатніший темп впровадження технік інтероцепції та тілесного сканування через високу ймовірність ретравматизації. У цих випадках тілесні інтервенції мають виражений стабілізаційний характер і спрямовані переважно на відновлення толерантності до тілесних відчуттів, які тривалий час були джерелом болю або страху. На смисловому рівні важливою є робота з трансформацією ідентичності: повернення до цивільного життя потребує підтримки почуття цінності та місця у суспільстві.

У роботі з людьми, які пережили втрату або перебувають у стані гострого горювання, акцент зміщується на підтримку емоційної регуляції та дозвольного ставлення до почуттів. Важливою умовою є визнання тілесної природи переживання втрати, адже горювання часто проявляється через соматичні симптоми: безсоння, стискання грудної клітки, втому, зміни апетиту. Техніки програми допомагають зменшити перенапругу нервової системи та повернути здатність жити у ритмі повсякденності, не втрачаючи пам'яті й значення стосунків із загиблим.

Для батьків із малими дітьми, які перебувають у стані тривалого стресу, важливими є короткі практики, що можуть інтегруватися в повсякденну рутину. Підтримка смислової орієнтації в цій групі має додаткову соціальну значущість: відновлення ресурсу дорослих впливає на стан дітей та створює умови для здорової прив'язаності.

Таким чином, адаптивність програми «Чотири опори відновлення» забезпечує її гнучке й етичне застосування у різних соціальних контекстах, де люди зіштовхуються із різними формами стресу й втрат. Диференційований підхід підсилює ефективність інтервенцій і дозволяє врахувати як рівень ураженості нервової системи, так і доступний ресурс кожного учасника. Універсальність ключових механізмів програми поєднується з високою варіативністю способів їх реалізації, що робить її актуальним інструментом підтримки населення в умовах війни та поствоєнного відновлення.

3.3. Аналіз результатів повторного емпіричного дослідження

З метою оцінки ефективності корекційної програми «Чотири опори відновлення» було проведено повторне емпіричне дослідження із застосуванням тих самих психодіагностичних методик, що використовувалися на початковому етапі: тесту на життєстійкість С. Мадді, шкали стресу Холмса і Раге, методики локусу контролю Дж. Роттера та шкали психосоматичних тілесних скарг.

У повторному етапі дослідження взяли участь 42 особи, які пройшли повний цикл програми протягом 5 тижнів. Діагностика проводилася у чотири часові точки: перед початком інтервенції, після завершення кожного з модулів та на фінальному етапі, що дозволило простежити не лише загальну динаміку змін, а й поетапний характер формування психосоматичної стабілізації.

Аналіз отриманих результатів засвідчив статистично значущу позитивну динаміку за ключовими показниками психосоматичного та психологічного функціонування. Найбільш виражені зміни стосувалися зниження інтенсивності тілесних скарг: у 76% учасників спостерігалось достовірне зменшення психосоматичних симптомів із середнього показника 10,3 до 6,8 бала ($p < 0,05$).

Важливо підкреслити, що ці зміни корелюють із характером основних інтервенцій програми, які на початкових етапах були спрямовані на тілесну регуляцію та стабілізацію автономної нервової системи.

Зменшення соматичних скарг на ранніх етапах програми свідчить про відновлення базових механізмів саморегуляції, які першими порушуються під впливом хронічного стресу. Учасники описували, що фізичне полегшення ставало для них доказом дієвості виконуваних вправ, що сприяло зростанню впевненості у власній здатності впливати на стан тіла. Такий досвід повертав людині суб'єктність на найпримітивнішому рівні: якщо я можу вплинути на своє дихання, м'язову напругу та сон - отже, я ще маю контроль над своїм життям. Таким чином, покращення фізичного самопочуття виступає не лише оздоровчим, а й терапевтично-мотиваційним чинником, створюючи фундамент для подальшої трансформації емоційних і когнітивних процесів.

Застосування дихальних практик, соматичних вправ на усвідомлення та регуляцію м'язової напруги, мікрорухів і заземлення дозволило не лише знизити суб'єктивну інтенсивність симптомів, а й впливати на глибинні нейрофізіологічні механізми стресової відповіді.

Учасники вказували на зменшення частоти головного болю, нормалізацію сну, зниження м'язової напруги, ослаблення гастроінтестинального дискомфорту, що свідчить про реальні зміни на рівні тілесного досвіду, а не лише про когнітивну переоцінку симптомів.

Суттєва позитивна динаміка виявлена також за показниками життєстійкості. Середній бал зріс із 64 до 71,4 ($p < 0,01$), що свідчить про посилення внутрішніх ресурсів особистості та зростання таких компонентів, як залученість, відчуття контролю та готовність приймати виклики. Важливо, що це зростання супроводжувалося якісними змінами у висловлюваннях учасників: зменшувалася фаталістичність, натомість з'являлися формулювання, що вказують на активну позицію та поступове відновлення внутрішніх опор.

Зростання життєстійкості відображало не лише зміну індивідуальних переконань, а й появу реального досвіду подолання. Багато учасників зазначали, що повернулися до звичних функцій у побуті й роботі, розширили соціальні

контакти, почали приймати більше рішень самостійно. Така активізація поведінкових стратегій сприяє зміцненню переконання «я можу впливати», що є центральним компонентом почуття контролю. У воєнному контексті, де людина часто переживає втрату впливу на власну реальність, навіть невеликі кроки набувають символічного значення, повертаючи відчуття передбачуваності та ефективності.

Зниження суб'єктивного рівня стресу, зафіксоване за шкалою Холмса і Rahe (з 219 до 187 балів у середньому по вибірці), також має принципове значення. Більшість учасників продовжували перебувати в об'єктивно складних соціальних і безпекових умовах, тому зменшення показника стресу скоріше відображає трансформацію внутрішнього способу переживання подій, ніж зміну самих умов життя.

Це дає можливість говорити про поступовий перехід від вимушеного виживання до більш стійкого функціонування. Навіть у тих випадках, коли зовнішні обставини залишалися загрозливими, учасники відзначали зниження інтенсивності емоційних та вегетативних реакцій на подразники. Тобто зміни відбувалися не на рівні обставин, а на рівні їхньої інтерпретації, що відповідає сучасним моделям стресостійкості. Такий результат є особливо значущим в умовах тривалого воєнного стресу, оскільки дозволяє зменшити шкоду для нервової системи та підтримати функціонування особистості в умовах, які не можуть бути швидко змінені.

Помірне зростання внутрішнього локусу контролю було особливо помітним серед чоловіків, які втратили стабільне працевлаштування або соціальний статус. Це можна інтерпретувати як відновлення суб'єктності, яка в умовах війни часто зазнає суттєвого руйнування. Важливо, що зміни локусу контролю мали поступовий характер, що відповідає реаліям процесу психологічного відновлення: почуття впливу на власне життя не формується миттєво, а вибудовується через накопичення досвіду мікрорішень і маленьких дієвих кроків.

Локус контролю належить до найбільш стабільних рисовоподібних характеристик особистості, тому рівень його змін може свідчити про глибину

отриманої терапевтичної дії. Учасники програми, які спершу демонстрували переважно зовнішній локус контролю, поступово починали сприймати власні дії як чинник результату. Замість формулювань «зі мною так трапляється» з'являлися «це я так зробив», «я можу спробувати інакше». Повернення цього відчуття контролю є важливим протекторним чинником щодо розвитку психосоматичних розладів, оскільки зменшує інтенсивність переживання безпорадності, що є критичним фактором соматизації.

У цілому результати повторного емпіричного дослідження підтверджують ефективність програми як інструменту не лише короткотривалої стабілізації, але й глибшої психосоматичної перебудови в умовах хронічної травматизації.

Стабілізація тілесної відповіді на стрес була пов'язана зі зміною способу, у який організм зчитує та оцінює сигнали зі світу. Через поступове відновлення передбачуваності власних реакцій посилювався базовий досвід безпеки, на якому вибудовується здатність до адаптації. Іншими словами, програма сприяла переходу від біологічно обумовленої оборонної реактивності до соціально й когнітивно підтримуваної саморегуляції. Це відповідає сучасним нейропсихологічним уявленням про пластичність нервової системи й можливість її відновлення навіть після тривалих тривожно-травматичних впливів.

Окрім кількісних змін, зафіксованих психометричними методами, важливим джерелом даних стали матеріали щоденників самоспостереження та напівструктурованих інтерв'ю з учасниками. Вони дозволили простежити не лише факт змін, а й механізми, через які ці зміни відбувалися.

Однією з провідних тем, що систематично повторювалася в наративах учасників, стало поступове відновлення контакту з тілом. Це особливо яскраво проявлялося у тих, хто на початку дослідження демонстрував тенденцію до тілесного уникання або дисоціації («я не відчуваю своє тіло», «краще не слухати його, воно лише заважає»).

У цих випадках ефективними виявилися інтервенції, запозичені з соматичного підходу П. Левіна, зокрема принципи *pendulation* та *titration* - поступового, дозованого наближення до тілесного дискомфорту через

мікрорухи й дихання. Це дозволяло учасникам відновлювати здатність помічати тілесні сигнали без перевантаження нервової системи. Поступово зменшувався фоновий рівень тривоги, а тіло переставало сприйматися як джерело загрози.

Вагому роль відігравав також модуль «Дихання», побудований з опорою на полівагальну теорію С. Поргеса. Використання уповільненого діафрагмального дихання, дихальних циклів із подовженим видихом і вправ на активацію вентральної гілки блукаючого нерва сприяло відновленню відчуття безпеки та зниженню гіперактивації симпатичної нервової системи. Учасники часто описували ці техніки як «якір» у моменти загострення тривоги або тілесного болю, що підтверджує їхню роль не просто як релаксаційного інструменту, а як базового нейрофізіологічного механізму саморегуляції.

На рівні тілесної інтеграції програма також включала елементи прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном та адаптовані, м'які вправи з біоенергетичного підходу О. Лоуена. Через поступове усвідомлення зон хронічної напруги учасники вчилися розпізнавати власні «тілесні блоки» й знижувати їх інтенсивність без катарсичних перенавантажень.

Когнітивний блок програми, що спирався на підходи А. Бека, був спрямований передусім на роботу з автоматичними думками, катастрофізацією тілесних симптомів і знеціненням власного досвіду. Через ведення щоденника думок, вправи на виявлення когнітивних викривлень і техніки когнітивного рефреймінгу учасники навчалися розрізняти нормальні фізіологічні реакції на стрес і патологічні інтерпретації. Це зменшувало тенденцію до соматичної гіпернастороженості й вторинної тривоги.

Водночас робота з мисленням у програмі не обмежувалася лише раціональною перебудовою. Модуль «Думка» включав також екзистенційні та наративні інтервенції, засновані на логотерапії В. Франкла. Через практики написання «листа собі у майбутнє», роботу з питанням «що надає сенсу моєму життю зараз?» та осмислення досвіду втрати, учасники здійснювали поступову смислову переінтеграцію пережитого.

Зміни на цьому рівні добре узгоджуються з концепцією почуття смислової узгодженості А. Антонівського. Структура програми корелює з її ключовими

компонентами: модуль «Дихання» сприяв підвищенню керованості (через відновлення фізіологічної регуляції), модуль «Думка» - зрозумілості (через когнітивне і смислове переосмислення), а модуль «Дія» - значущості (через формування життєвих цілей і повернення до активності).

Таким чином, програма впливала не лише на симптом, а й на цілісну структуру переживання світу як менш хаотичного, більш зрозумілого і такого, на який можна впливати.

Загалом якісний аналіз підтверджує, що зафіксовані кількісні зміни мають під собою глибокі внутрішні трансформації, що охоплюють тілесну регуляцію, когнітивні схеми та екзистенційний рівень особистості. Інтеграція підходів Поргеса, Левіна, Лоуена, Бека, Франкла і концепції Антонівського в рамках єдиного простору інтервенції дозволила створити багаторівневу модель відновлення, в якій симптом поступово втрачає свою деструктивну роль і стає сигналом для реінтеграції тілесного й смислового досвіду.

Висновки до розділу 3

У межах четвертого завдання дослідження було розроблено, апробовано та оцінено ефективність авторської корекційної програми «Чотири опори відновлення», спрямованої на підтримку і відновлення психосоматичного здоров'я особистості в умовах війни. Програма створена на основі інтегративного підходу, що поєднує тілесні, когнітивні, поведінкові та екзистенційно-ціннісні інтервенції, структуровані у чотири модулі: «Дихання», «Тіло», «Думка» та «Дія».

Її наукове обґрунтування спирається на сучасні нейропсихологічні, когнітивно-поведінкові, травмоінформовані та логотерапевтичні підходи, що забезпечує цілісність відновлення регуляції нервової системи, емоційних процесів, тілесної усвідомленості та смислової інтеграції травматичного досвіду. Принципи поступовості, безпечності та адаптивності дозволяють застосовувати програму в реаліях хронічної воєнної загрози й високої вразливості учасників.

Апробація програми на вибірці цивільного населення України продемонструвала її позитивний вплив на ключові психосоматичні та психологічні показники: статистично значуще зниження інтенсивності тілесних скарг, зростання життєстійкості, покращення емоційної регуляції та зменшення суб'єктивного рівня стресу. Якісні дані засвідчили відновлення контакту з тілом, зростання відчуття контролю над життям, а також зміцнення особистісного сенсу та здатності до активної саморегуляції.

Таким чином, результати підтверджують ефективність програми як інструменту багаторівневої психосоматичної стабілізації та відновлення. Запропонована модель може бути рекомендована для подальшої імплементації у психоосвітні, реабілітаційні та медико-психологічні практики, а також для розширеної апробації та адаптації під інші цільові групи в умовах війни.

ВИСНОВКИ

У межах магістерської роботи виконано комплексне теоретичне та емпіричне дослідження психосоматичного здоров'я особистості в умовах війни, а також розроблено й апробовано авторську програму відновлення «Чотири опори відновлення». Результати дозволяють сформулювати узагальнені висновки.

Теоретичний аналіз сучасної наукової літератури підтвердив, що психосоматичне здоров'я в умовах війни є багатовимірним і поліфакторним явищем, яке виходить за межі суто медичних пояснень. Воєнний контекст спричиняє довготривалу активацію стрес-реакцій, порушення автономної нервової системи, емоційної та когнітивної регуляції, що підвищує ризик соматизації. Симптоми стають не лише фізичним наслідком виснаження організму, але й способом вираження непережитих емоцій, втрати стабільності та руйнування звичного світогляду. Таким чином, актуальним є інтегративний підхід, що включає роботу з тілесними, афективними, когнітивними й смисловими рівнями функціонування. Доведено важливість врахування духовних і ціннісних чинників як джерела внутрішньої опори, здатної запобігати психосоматичній дезінтеграції в умовах хронічної небезпеки.

Результати первинного емпіричного дослідження ($n = 100$), проведеного з використанням методик: життестійкості С. Мадді, шкали стресу Холмса і Раге, локусу контролю Дж. Роттера та шкали психосоматичних скарг, засвідчили високий рівень стресогенності середовища та підвищену вразливість населення до тілесних симптомів. Середній рівень стресу відповідав зоні ризику розвитку психосоматичних порушень. Водночас не виявлено прямої статистично значущої залежності між рівнем стресу та соматичними скаргами ($p > 0,05$), що підкреслює багатофакторність соматизації в умовах війни. Встановлено слабкий, але статистично значущий зв'язок між життестійкістю та інтенсивністю психосоматичних проявів ($p < 0,05$), що свідчить про важливу роль внутрішніх ресурсів у підтриманні здоров'я. Локус контролю не

продемонстрував захисної функції, що підтверджує обмеженість раціонально-когнітивних стратегій у реаліях, де багато подій об'єктивно неконтрольовані.

На основі системного аналізу отриманих результатів розроблено авторську корекційну програму «Чотири опори відновлення», що поєднує теоретичні здобутки нейропсихології, когнітивно-поведінкової терапії, логотерапії та тілесно-орієнтованих підходів. Програма спрямована на покрокове відновлення регуляції тіла (модуль «Дихання»), відновлення тілесної усвідомленості та зниження хронічної м'язової напруги (модуль «Тіло»), реконструкцію дезадаптивних переконань і когнітивної гнучкості (модуль «Думка»), а також повернення до активної суб'єктної поведінки, життєвих рутин і соціальних зв'язків (модуль «Дія»). Її інноваційність полягає у спрямованості не лише на симптом, а на відновлення цілісної системи психофізіологічної саморегуляції.

Апробація програми на вибірці цивільного населення ($n = 42$) підтвердила її ефективність. Повторна діагностика за тими самими методиками засвідчила статистично значуще зниження рівня психосоматичних скарг (M від 10,3 до 6,8; $p < 0,05$), зростання життєстійкості (M від 64 до 71,4; $p < 0,01$) і зниження суб'єктивного рівня стресу (у середньому з 219 до 187 балів). У частини учасників спостерігалось посилення внутрішнього локусу контролю, що узгоджується з формуванням відчуття впливу на власне життя. Отже, програма забезпечує не лише зниження симптомів, а й відновлення внутрішніх механізмів адаптації.

Якісний аналіз матеріалів щоденників самоспостереження та напівструктурованих інтерв'ю засвідчив, що зміни носять не поверхневий, а глибоко інтегративний характер. Учасники відзначали покращення контакту з тілом, зменшення тривоги, відновлення рутин і мотивації до дій, а також переосмислення травматичного досвіду. Важливо, що соматичні симптоми переставали сприйматися як загроза, а ставали сигналами потреб тіла, що відображає перехід до здорового стилю саморегуляції. Формування нових життєвих смислів є особливим показником довготривалої ефективності втручання.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості впровадження програми в роботу психологів, реабілітологів, військових капеланів, медичних працівників і фахівців кризових служб. Її застосування сприятиме профілактиці психосоматичних порушень, зміцненню внутрішніх ресурсів і зниженню ризику дезадаптації населення в умовах війни. Програма може бути масштабована, адаптована під різні цільові групи та використана як основа для подальших інтервенцій.

Перспективи подальших досліджень передбачають збільшення вибірки, аналіз довготривалих ефектів програми, розробку спеціалізованих модифікацій для ветеранів, родин військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб, медиків і рятувальників. Також актуальним є використання біомаркерів стресу, розширення нейропсихологічних методів оцінки та інтеграція онлайн-формату, що відповідає сучасним умовам надання психологічної допомоги.

Додатково слід підкреслити, що отримані результати мають не лише науково-теоретичне, а й вагоме практичне та соціальне значення. У контексті тривалої війни психосоматичні прояви стають одним із найпоширеніших видів звернень по медичну та психологічну допомогу. Важливо, що значна частина таких симптомів є функціональними, тобто зумовленими не органічними порушеннями, а дисрегуляцією нервової системи та емоційного реагування. Тому запровадження програм, подібних до «Чотирьох опор відновлення», може знизити навантаження на медичну сферу та сприяти ранній профілактиці психосоматичних розладів.

Окремої уваги потребує питання доступності психологічної допомоги для цивільного населення, особливо в регіонах з активними бойовими діями або частими обстрілами. Розроблена програма є гнучкою щодо формату проведення (офлайн та онлайн), що дозволяє її впроваджувати у громадах, навчальних закладах, волонтерських центрах, серед внутрішньо переміщених осіб. Адаптивність змісту та можливість поетапного навчання навичкам саморегуляції робить її придатною як для індивідуальної, так і для групової роботи.

Важливо відзначити інноваційність підходу, що полягає в інтеграції чотирьох рівнів функціонування особистості (тілесного, дихального, когнітивного і смислового) у межах єдиної системи. Така структура дозволяє не лише зменшувати інтенсивність симптомів тут і зараз, а й закласти основу для довготривалих змін, що зберігаються після завершення програми. Це підтверджено позитивною динамікою не лише кількісних показників, але й якісних характеристик відновлення - підвищенням емоційної грамотності, покращенням тілесної чутливості, поверненням активної життєвої позиції.

Крім того, результати дослідження підкреслюють необхідність міждисциплінарної взаємодії - медичних працівників, психологів, капеланів, соціальних фахівців. Психосоматичне здоров'я не може ефективно підтримуватися в межах лише однієї професійної сфери, оскільки його формування залежить від різних компонентів людського функціонування. Впровадження принципів психосоматичної підтримки в системи охорони здоров'я та освіти може мати значний довготривалий вплив на психологічне й соціальне відновлення населення України.

Таким чином, отримані результати свідчать про важливість цілісного, ресурсно-орієнтованого та превентивного підходу до психосоматичного здоров'я в умовах війни. Розроблена та апробована програма «Чотири опори відновлення» може слугувати моделлю для масштабування, подальших наукових досліджень та впровадження у практику кризової і посткризової допомоги. Її застосування сприяє не лише зниженню симптомів, але й відновленню життєвої активності, смислової інтеграції досвіду та стійкості до продовження життя в умовах воєнної реальності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Aruldass A. R., Kitzbichler M. G., Morgan S. E. et al. Dysconnectivity of a brain functional network associated with blood inflammatory markers in depression. *Molecular Psychiatry*. 2021. Vol. 26. No. 10. P. 3250-3259.
2. Assari S., Caldwell C. H., Abelson J. L., Zimmerman M. Violence victimization predicts BMI one decade later and DHEA mediates this association. *Journal of Obesity*. 2019. Article ID 6341260.
3. Basenko O. M. Stress and resilience in children during military conflict. *Child Development Review*. 2019.
4. Bormann J. E., Thorp S. R., Wetherell J. L. et al. Mantram meditation for trauma. *Journal of Clinical Psychology*. 2013. Vol. 69. P. 817-828.
5. Bunea I. M., Szentágotai-Tătar A., Miu A. C. Early-life adversity and cortisol response to social stress: A meta-analysis. *Translational Psychiatry*. 2017. Vol. 7. P. e1274.
6. Calhoun L. G., Tedeschi R. G. *Facilitating Post-traumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah : Lawrence Erlbaum Associates, 1999. 227 p.
7. Carmel R., Kulkosky P. J. Alpha-theta neurofeedback for Vietnam veterans with PTSD. *Journal of Counseling and Development*. 1991. Vol. 69. P. 76-80.
8. Charlson F., van Ommeren M., Flaxman A. et al. Prevalence of mental disorders in conflict settings: meta-analysis. *The Lancet*. 2019.
9. Cramer H., Anheyer D., Saha F. J., Dobos G. Yoga for PTSD: meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2018. Vol. 48. No. 4. P. 675-686.
10. Cuijpers P., van Veen S. C., Sijbrandij M. et al. EMDR: meta-analysis. *European Psychiatry*. 2020. Vol. 63. No. 1. P. e58.
11. Cutolo M., Straub R. H. Stress as a risk factor in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2006. Vol. 24. P. 11-16.
12. Danylenko G. M., Strashok L. A., Sydorenko T. P. Psychological state of internally displaced children. *Psychology and Education*. 2023.
13. Dhabhar F. S. Effects of stress on immune function. *Immunologic Research*. 2014. Vol. 58. P. 193-210.

14. Engelen T., Solcà M., Tallon-Baudry C. Interoceptive rhythms in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*. 2023.
15. Feldman R., Vengrober A., Eidelman-Rothman M. et al. Stress reactivity in war-exposed children. *Psychoneuroendocrinology*. 2013. Vol. 38. No. 6. P. 909-917.
16. Gallegos A. M., Crean H. F., Pigeon W. R., Heffner K. L. Meditation and yoga for PTSD. *Clinical Psychology Review*. 2017. Vol. 58. P. 115-124.
17. Gola H., Engler H., Schauer M. et al. Cortisol responses to trauma reminders. *Psychoneuroendocrinology*. 2012. Vol. 37. P. 103-112.
18. Haeyen S. Polyvagal theory and psychomotor therapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. 2023.
19. Han K. M., Ham B. J. How inflammation affects the brain in depression. *Journal of Affective Disorders*. 2021. Vol. 287. P. 125-136.
20. Herman J. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence*. New York : Basic Books, 1992. 276 p.
21. Hoppen T. H., Morina N. et al. Efficacy of PTSD interventions: network meta-analysis. *World Psychiatry*. 2023.
22. Jindani F., Turner N., Khalsa S. B. Yoga intervention for PTSD. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2015. Vol. 16. P. 21-33.
23. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions: past, present, future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003. Vol. 10. P. 144-156.
24. Kazanжи М. Й. Особистісні ресурси подолання психологічної кризи. *Вісник НАДПСУ. Психологія*. 2015. Вип. 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn_2015_1_6
25. Kelly A., Garland E. L. Trauma-informed MBSR for survivors. *Mindfulness*. 2016. Vol. 7. P. 130-141.
26. Khoury J. E., Enlow M. B., Plamondon A. et al. Adversity and hair cortisol: Meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2019. Vol. 104. P. 210-226.
27. Kolacz J., Dale L. P., Nix E. J. et al. Adversity and autonomic reactivity during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*. 2020. Vol. 11. P. 577769.

28. Kolesnichenko O. S. Психологічна готовність працівників МНС України до професійної діяльності в екстремальних умовах : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Харків, 2011. 23 с.
29. Kotsur N. I., Tovkun L. P. Stress factors of educational process in wartime. *Pedagogy and Psychology*. 2023.
30. Kraskov O. Impact of war stress on Ukrainian youth. *Psychology and Society*. 2024.
31. Landsman-Dijkstra J. J., van Wijck R., Groothoff J. W. Long-term effectiveness of a body awareness program. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006. Vol. 60. P. 357-365.
32. Landin-Romero R., Moreno-Alcazar A., Pagani M., Amann B. L. How EMDR works: mechanisms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2018. Vol. 84. P. 430-448.
33. Lazar S. W. Meditation experience and cortical thickness. *Neuroreport*. 2005. Vol. 16. P. 1893-1897.
34. Lotzin A., Morozova-Larina O., Paschenko S. et al. War stress and ICD-11 PTSD in Ukrainian students. *European Journal of Psychotraumatology*. 2023.
35. Максименко С. Д. *Психологія особистості : підручник*. Київ : КММ, 2007. 296 с.
36. McEwen B. S. Allostatic load: The cumulative wear and tear on the body and brain. *Psychoneuroendocrinology*. 2017. Vol. 38. P. 1-12.
37. Meewisse M. L., Reitsma J. B., de Vries G. J. et al. Cortisol and PTSD: systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 191. P. 387-392.
38. Мрака Н. М. *Психологія діяльності у кризових ситуаціях : курс лекцій*. Львів : ЛДУВС, 2013. 304 с.
39. Nijdam M. J., Vermetten E., McFarlane A. C. Staging differentiation for PTSD treatment. *European Journal of Psychotraumatology*. 2023.
40. Niles B. L., Reid K. F., Whitworth J. W. et al. Tai Chi and Qigong for trauma: systematic review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2022.
41. Носенко Е. Л., Четверик-Бурчак А. Г. *Емоційний інтелект як чинник досягнення життєвого успіху*. Київ : Освіта України, 2016. 183 с.

42. Novo P., Landin-Romero R., Radua J. et al. EMDR in bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*. 2014. Vol. 168. P. 237-243.
43. Osadchenko I., Perepeliuk T., Kotlova L. et al. Psychoemotional states of Ukrainians during first week of war. *Ukrainian Psychological Journal*. 2024.
44. Pace T. W. W., Heim C. M. A short review on the psychoneuroimmunology of PTSD. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2011. Vol. 13. No. 3. P. 263-274.
45. Pan X., Kaminga A. C., Wen S. W. et al. The 24-hour urinary cortisol in PTSD: Meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2020. Vol. 121. P. 1-10.
46. Polusny M. A., Erbes C. R., Thuras P. et al. MBSR for veterans with PTSD: RCT. *JAMA Internal Medicine*. 2015. Vol. 314. P. 456-465.
47. Porges S. W. The polyvagal theory. *International Journal of Psychophysiology*. 2001. Vol. 42. P. 123-146.
48. Porges S. W. Disorders of gut–brain interaction through the lens of polyvagal theory. *Physiology & Behavior*. 2024.
49. Price C. Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2005. Vol. 6. P. 47-70.
50. Прокофєва Л. Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. *Науковий вісник ІДГУ. Серія: Історичні науки*. 2022. Вип. 57. С. 110-120.
51. Rosen J., Schulkin J. From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*. 1998. Vol. 105. No. 2. P. 325-350.
52. Samoilenko O. O. Формування психологічної готовності мобілізованих військовослужбовців-прикордонників... : дис. канд. психол. наук. Хмельницький, 2018. 310 с.
53. Seleznova V., Pinchuk I., Feldman I. et al. Mental health crisis in wartime Ukraine. *Frontiers in Psychiatry*. 2023.
54. Shapiro F. Eye movement desensitization: new treatment for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 1989. Vol. 2. P. 153-156.
55. Shields G. S., Slavich G. M. Lifetime stress exposure and health. *Social and Personality Psychology Compass*. 2017. Vol. 11. No. 8. P. 1-20.

56. Slavich G. M. Psychoneuroimmunology of stress and mental health. *Behavioral and Brain Sciences*. 2020. Vol. 43. P. 1-59.
57. Smeeth D., McEwen F. S., Popham C. M. et al. War exposure and hair cortisol in Syrian refugee children. *Psychoneuroendocrinology*. 2023. Vol. 153. P. 1-10.
58. Speakman S., White K., LaPorta A. J. et al. Cytokine fluctuation during acute stress. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2023. Vol. 109. P. 125-134.
59. Spitzer C., Barnow S., Völzke H. et al. Association of PTSD with CRP. *Journal of Psychiatric Research*. 2010. Vol. 44. P. 15-21.
60. Sproston N. R., Ashworth J. J. Role of C-reactive protein. *Frontiers in Immunology*. 2018. Vol. 9. P. 754.
61. Sternberg E. M., Chrousos G. P., Wilder R. L., Gold P. W. The stress response... *Annals of Internal Medicine*. 1992. Vol. 117. No. 10. P. 854-866.
62. Sydorenko A. Yu., Kiel L., Spindler H. Resilience of Ukrainian healthcare workers. *Health Psychology Report*. 2025.
63. Тимченко О. В., Оніщенко Н. В. Основні проблеми... *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2011. Вип. 10. С. 63-70.
64. Титаренко Т. М. *Життєві кризи: технології консультування*. Київ : Главник, 2007. 144 с.
65. Uddin M., Aiello A. E., Wildman D. E. et al. Epigenetic and immune function profiles in PTSD. *PNAS*. 2010. Vol. 107. No. 20. P. 9470-9475.
66. van der Kolk B. Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the NY Academy of Sciences*. 2006. Vol. 1071. P. 277-293.
67. van der Kolk B. A., Stone L., West J. et al. Yoga as adjunctive treatment... *Journal of Clinical Psychiatry*. 2014. Vol. 75. No. 6. P. e559-e565.
68. Van der Kolk B. A., Greenberg M., Boyd H. et al. Inescapable shock... *Biological Psychiatry*. 1985. Vol. 20. P. 276-289.
69. Волуйко О. М. Психологічні чинники готовності поліцейських... : дис. канд. психол. наук. Харків, 2019. 279 с.
70. Williams R. M., Day M. A., Ehde D. M. et al. Hypnosis vs mindfulness. *JAMA Internal Medicine*. 2022. Vol. 182. P. 102-111.

71. Wang H., Liu M. Complement C4, infections and autoimmune diseases. *Frontiers in Immunology*. 2021. Vol. 12. P. 1-10.
72. Wu G. Effectiveness of Tai Chi for balance. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2002. Vol. 83. P. 118-122.
73. Yagupov V. V. *Військова психологія*. Київ : ТанDEM, 2004. 656 с.
74. Yehuda R. Status of glucocorticoid alterations in PTSD. *Annals of the NY Academy of Sciences*. 2009. Vol. 1179. P. 56-69.
75. Zeidan F., Vago D. R. Mechanisms of mindfulness-based pain relief. *Annals of the NY Academy of Sciences*. 2016. Vol. 1373. P. 114-127.

ДОДАТКИ

Додаток А. Опитувальник психосоматичних скарг

Інструкція:

Позначте «так» або «ні» щодо кожного із симптомів, які спостерігались протягом останнього місяця.

Питання:

1. Частий головний біль
2. Напруга в шиї, плечах чи спині
3. Безсоння або неглибокий сон
4. Зміна апетиту
5. Стиснення в грудях
6. Прискорене серцебиття без фізичного навантаження
7. Біль або спазми в шлунку / кишечнику
8. Оніміння або поколювання в кінцівках
9. Надмірне потовиділення / озноб
10. Плаксивість або дратівливість без причини
11. Ком у горлі або труднощі з ковтанням
12. Озноб без температури
13. Стиснення щелеп або скрегіт зубами
14. Затримка дихання / позіхання
15. Порухення менструального циклу (жінки)
16. Запаморочення або втрата рівноваги
17. Хронічна втома
18. Часті простудні симптоми на тлі стресу
19. Свербіж / висипи без дерматологічної причини
20. Відчуття «роз'єднання» з тілом

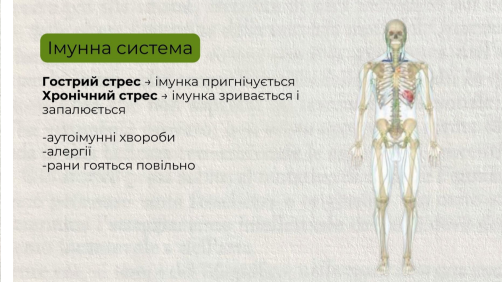
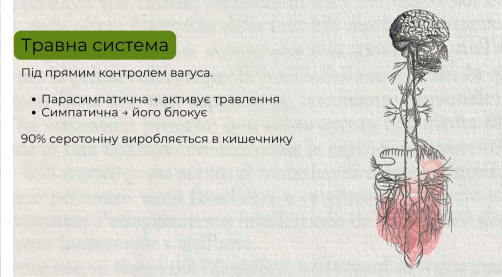
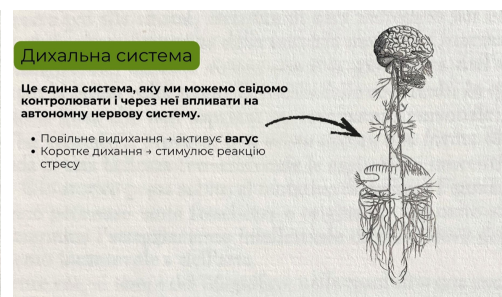
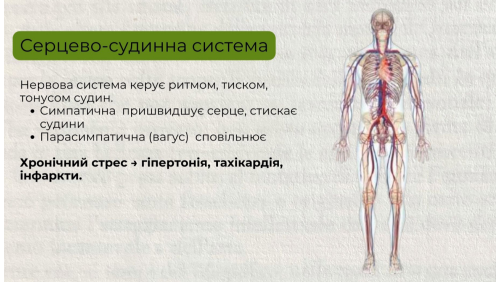
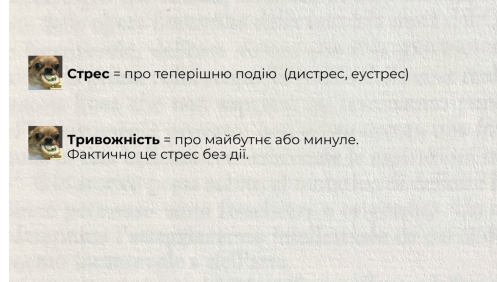
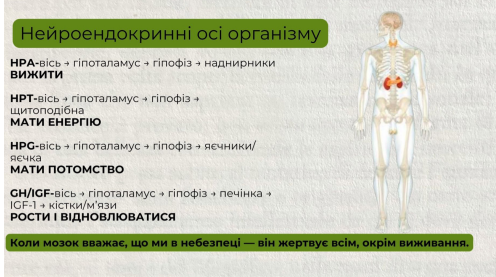
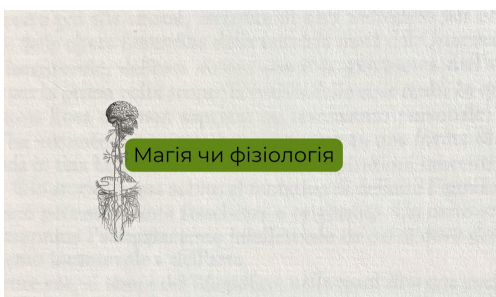
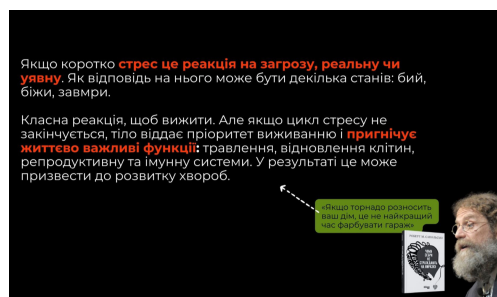
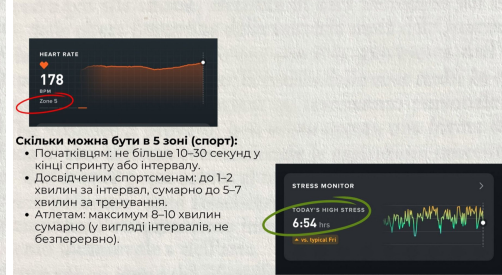
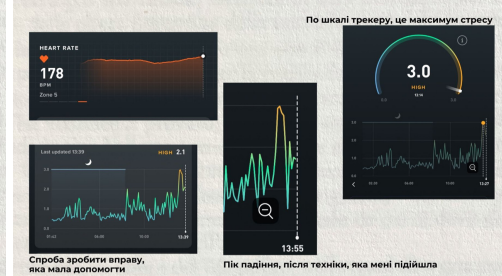
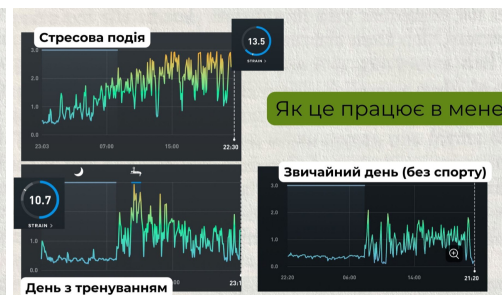
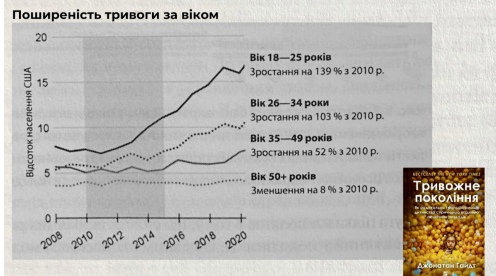
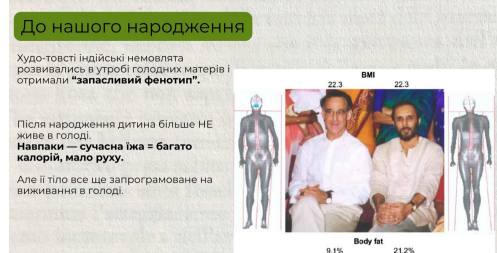
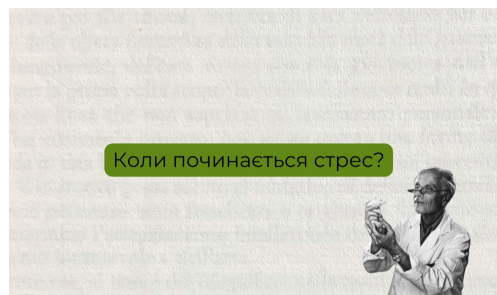
Обробка:

Кількість відповідей «так» = рівень психосоматичного навантаження. За бажанням можна кластеризувати симптоми на:

- Вегетативні (п. 5, 6, 9, 12)

- Нейросенсорні (п. 8, 16, 19)
- Міофасціальні / м'язові (п. 2, 13)
- Системні / соматичні (п. 3, 4, 7, 17, 18)

Додаток Б. Візуальні матеріали психоедукаційного модуля програми «Чотири опори відновлення»



Опорно-рухова система

- Симпатична система може тримати м'язи в хронічному тонусі (наприклад, плечі, шия, щелепа).
- Парасимпатична відповідає за розслаблення і регенерацію тканин.



Лімбічна система мозку

Амігдала - Сигнал тривоги: страх, паніка, миттєвий запуск стресу

Гіпокамп - Пам'ять і контекст: Це вже було? Це безпечно?

Гіпоталамус - Передає команду в тіло + запускає HPA-вісь (в т.ч. кортизол)



Лімбічна система мозку

Лімбічна система = емоції та пам'ять. Коли вона активна (страх, біль, загроза) - префронтальна кора вимикається.

Тому:

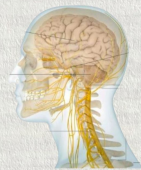
- «заспокойся» не працює
- логіка не допомагає
- мислення блокується

Спочатку треба заспокоїти нервову систему, створити відчуття безпеки, а вже потім підключати логіку.



Панорамне бачення

це коли ви розслабляєте очі і не фокусуєтесь на одній точці, а дозволяєте собі бачити все поле зору по боках.

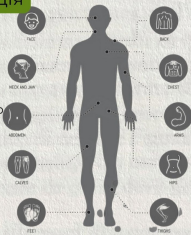


- Повдівться прямо перед собою.
- НЕ фокусуєте повітря на одному предметі.
- Спробуйте побачити простір, рух навколо.
- Відчуєте, що очі «розклеюються» і стають м'якшими.

- зменшує активність амігдали (центр тривоги),
- активує парасимпатик (вагус),
- знижує пульс і дихання,
- підвищує HRV (показник спокою),

Прогресивна м'язова релаксація

- Визначте м'язові групи свого тіла, де ви відчуваєте найбільше напруження під час стресу.
- Напружуйте їх максимально протягом трьох секунд. Потім розслабте і повторіть спокатку.
- Повторіть другий етап з аналогічною групою м'язів на протилежному чи дзеркальному боці тіла (якщо це можливо).
- Проскануйте внутрішні відчуття. Якщо ще де-у тілі відчуваєте напругу, зосередьте там свою увагу і повторіть другий етап із цією групою м'язів.

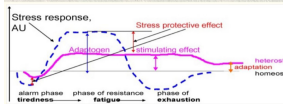


Адаптогени та нутрицевтики

Суть: вживання рослинних речовин для регуляції кортизолу та підтримки нервової системи

Дозування: індивідуальне

Ефект: через 2-4 тижні



130 особам участь

50-7% результату

Фізіологічне зітхання

- Вдих
- Ще один маленький вдих (наче додихаєте)
- Довгий повільний видих через рот або ніс

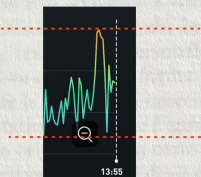
1-3 цикли фіззітання = 30-90 секунд + реальна фізіологічна зміна



яка?

- Пулс сповільнюється
- HRV підвищується (ознака спокою)
- CO₂ нормалізується + мозок перестає «тривожитися»
- Мигдалина заспокоюється (менше страху)
- Активується вагус + тіло переходить у режим відновлення

Як це може виглядати на графіку

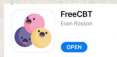


Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

Суть: шукає автоматичні думки та їх вплив нас вас, змінює їх на реальні

Скільки робити в день: 15-30 хвилин

Ефект: Через 4-6 тижнів



The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses

10k+ особам участь

60-80% результату

І що тоді робити?



Дихальні техніки

Суть: регуляція автономної нервової системи шляхом дихання

Скільки робити в день: 2-10 хвилин

Ефект: Відразу на 20-30 % або через 2-4 тижні при регулярній практиці до 60-75%

які вправи затестити:
- дихання по квадрату
- дихання 4-7-8

Self-regulation of breathing as a primary treatment for anxiety

Randall Joseph T., Wendy W. Crawford, Dennis A. Barnes, Kyle Hartson

5k+

60-75% особам участь

відчуття результату

Є люди, яким так дихати не можна

- Люди з ПТСР / травматичним досвідом
- Люди з панічними атаками / панічним розладом
- Люди з хронічною тривожністю
- Люди з досвідом насильства / удення / травми тіла
- Люди з респіраторними захворюваннями (астма тощо)
- Люди з неврологічними порушеннями / епілепсією

Модель BASIC PH

B – віра й переконання

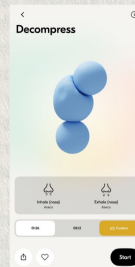
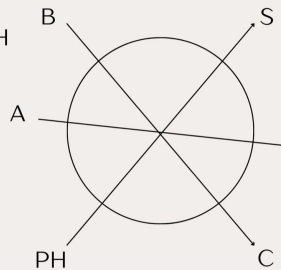
A – емоції

S – соціальність

I – уява

C – когнітивні стратегії

PH – фізична активність



«у стресі я...»

Додаток В. Робочий лист самоспостереження «У стресі я...»

1. Мої типові тригери

Що найчастіше запускає мій стрес / тривогу?

1. Конфлікти / напруга з близькими
2. Робочий тиск / дедлайни
3. Невизначеність / очікування
4. Відчуття провини / сорому
5. Фінанси
6. Здоров'я
7. Інше:

→ Що з цього повторюється найчастіше?

2. Як мій стрес відчувається в тілі

Де мій стрес «живе» фізично?

1. Стиснення в грудях
2. Напруга у шиї і плечах
3. Спазм у животі
4. Головний біль
5. Тремор / слабкість
6. Безсоння
7. Поверхнєве дихання
8. Інше:

→ Чи є частина тіла, яка реагує першою?

3. Мої типові думки у стресі

Які фрази крутяться в голові?

1. «Я не справлюсь»
2. «Я зроблю щось не так»
3. «Зі мною щось не так»
4. «Це катастрофа»
5. «Я підведу інших»
6. «Мене не приймуть»
7. Інші думки:

→ Які з цих думок найчастіше з'являються?

4. Як я зазвичай реагую

Що я роблю, коли мене затягує тривога?

1. Закриваюсь, уникаю
2. Перевантажуюсь діями (роблю все підряд)
3. Контролюю ще більше
4. Відволікаюсь (соцмережі, їжа, серіали)
5. Конфліктую / нападаю
6. Мовчу і терплю
7. Інше:

→ Моя стратегія швидше захищає мене чи виснажує?

5. Що мені реально допомагає (навіть частково)

1. Тиша
2. Молитва
3. Прогулянки
4. Душ / ванна
5. Розмова з кимось
6. Дихання
7. Плач
8. Рух
9. Інше:

→ Які 2-3 речі з цього я можу робити стабільно?

6. Мій сигнал «мені вже забагато»

Як я розумію, що перевантажилась?

→ Який сигнал найперший і найтихіший?

7. Мій мінімум турботи про себе

Що я можу робити, навіть у дуже погані дні?

1. Сон мінімум: ____ год
2. Їжа: _____
3. Рух: _____
4. Пауза: _____
5. Люди/підтримка: _____

8. Яку техніку з лекції я хочу спробувати

1. Дихальні техніки
2. Фізіологічне зітхання
3. Заземлення
4. Щось із КПТ
5. Присутність в моменті
6. Панорамне бачення
7. Прогресивна м'язова релаксація
8. Псалми плачу
9. Щось із тесту BASIC PH
10. Інше:

→ Чому саме її?

Додаток Г. Порівняльні показники психосоматичного та психологічного функціонування учасників до та після проходження програми «Чотири опори відновлення»

№	Показник	До участі, M ± SD	Після участі, M ± SD	ΔM	Коротка характеристика	p
1	Психосоматичні скарги	10,3 ± 6,4	6,8 ± 5,9	-3,5	Значуще зниження симптомів у 76 % учасників	<0,05
2	Життестійкість (Мадді)	64,0 ± 20,9	71,4 ± 18,7	7,4	Зростання внутрішніх ресурсів та суб'єктності	<0,01
3	Стрес (Холмс–Раре)	219 ± 96	187 ± 91	-32	Зменшення суб'єктивного стресу	<0,05
4	Локус контролю (Роттер)	11,9 ± 6,8	10,4 ± 6,3	-1,5	Поступова інтерналізація контролю	<0,05

Додаток Г. Корекційна програма «Чотири опори відновлення»

Назва програми: Корекційно-розвивальна програма «Чотири опори відновлення»

Мета програми: Системне зниження психосоматичної симптоматики у цивільного населення, що зазнало впливу хронічного воєнного стресу, через формування навичок фізіологічної, емоційної, когнітивної та смислової саморегуляції, підвищення рівня інтероцептивної чутливості та посилення внутрішніх ціннісно-екзистенційних ресурсів.

Завдання програми:

1. Сформувати базові навички тілесної та дихальної саморегуляції для зниження гіперактивації автономної нервової системи.
2. Розвинути здатність розпізнавати та інтерпретувати психосоматичні сигнали тіла без катастрофізації.
3. Опрацювати дисфункційні переконання й автоматичні думки, пов'язані з тілесними симптомами та стресом.
4. Сприяти відновленню екзистенційно-смислових опор, життєвих цінностей і відчуття суб'єктності.
5. Поступово інтегрувати нові навички саморегуляції у повсякденну поведінку, ритм життя та соціальну взаємодію.

Цільова аудиторія: Цивільні особи віком 18-65 років, які перебувають в умовах підвищеного психоемоційного навантаження, мають психосоматичні скарги без встановленої тяжкої органічної патології, проявляють ознаки тривожності, емоційної виснаженості та/або порушень сну.

Тривалість програми: 4 тижні, 8 занять (2 рази на тиждень по 90 хв) + домашні завдання між зустрічами.

Формат: груповий (6-10 осіб) з можливістю адаптації до індивідуальної роботи.

СТРУКТУРА ПРОГРАМИ ЗА ЗАНЯТТЯМИ

Заняття 1. «Тілесна опора»: знайомство з тілом та його сигналами

Мета заняття: Сформувати базове відчуття тілесної безпеки, відновити первинний контакт з тілом і навчити учасників помічати тілесні сигнали напруги та втоми.

Структура заняття (90 хв):

1. Привітання, правила безпеки, контракт групи (10 хв).
2. Психосвіта: тілесні реакції на стрес і війну (модель «стрес-напруга-симптом») (15 хв).
3. Вправа «Сканування тіла» (body scan): послідовне усвідомлення відчуттів від стоп до голови (15 хв).
4. Вправа «Три точки опори» (орієнтація у просторі через контакт зі стільцем, підлогою, диханням) (10 хв).
5. Коротка прогресивна м'язова релаксація (ПМР) за Джекобсоном (15 хв).
6. Обговорення досвіду («Що я поміти(ла) у тілі вперше?») (15 хв).
7. Пояснення домашнього завдання (10 хв).

Домашнє завдання:

- «Щоденник тілесних реакцій» (запис 1-2 рази на день: де в тілі напруга, коли посилюється/зменшується).
- Вправа «Мої сигнали тіла»: коротко позначити, які відчуття найчастіше свідчать про втому, тривогу, перевантаження.

Заняття 2. «Тілесна опора»: заземлення та тілесна стійкість

Мета заняття: Поглибити відчуття опори в тілі, навчити простих технік заземлення та розпізнавання «тілесних блоків».

Структура заняття (90 хв):

1. Обговорення домашнього завдання, коротка рефлексія змін (10-15 хв).
2. Психосвіта: роль пропріоцепції, «вертикаль тіла» та стійка поза (10 хв).
3. Вправа «Вертикаль тіла»: відчуття осі від стоп до маківки, вирівнювання пози (10 хв).
4. Вправа «Заземлення через стопи»: фокус на відчутті ваги тіла, опори, мікрорухи (10 хв).
5. Елементи міофасціального розслаблення (шийно-плечовий пояс, зона діафрагми) (20 хв).
6. Мікрорухові інтервенції (чергування напруги та розслаблення у вибраній зоні) (15 хв).
7. Обговорення: «Як змінюється мій стан, коли тіло вирівнюється?» (10 хв).

8. Домашнє завдання (5 хв).

Домашнє завдання:

- Продовження «Щоденника тілесних реакцій».
- Щодня 1-2 рази практика «заземлення через стопи» (1-2 хв) у стресових моментах.

Заняття 3. «Дихальна опора»: регуляція через дихання

Мета заняття: Навчити базових дихальних технік як інструменту швидкої і глибокої саморегуляції автономної нервової системи.

Структура заняття (90 хв):

1. Обговорення спостережень за тілом між сесіями (10-15 хв).
2. Психосвіта: симпатична і парасимпатична системи, роль дихання (10 хв).
3. Вправа «Дихальна хвиля»: діафрагмальне дихання з усвідомленим рухом живота та грудної клітки (15 хв).
4. Техніка дихання 4-2-6 (вдих-затримка-видих) з акцентом на подовжений видих (15 хв).
5. Вправа «Розширення дихання в сторони»: акцент на міжреберному диханні (10 хв).
6. Міні-практика «Дихальний якір» - поєднання дихання з фразою-підтримкою («я тут», «я в безпеці зараз») (10 хв).
7. Обговорення тілесних відчуттів до і після вправ (10 хв).
8. Домашнє завдання (5 хв).

Домашнє завдання:

- 1-2 рази на день практика дихання 4-2-6 (3-5 хв).
- Позначити в щоденнику, як змінюється рівень напруги до і після дихальної вправи.

Заняття 4. «Дихальна опора»: інтеграція у повсякденне життя

Мета заняття: Закріпити навички дихальної регуляції, навчити використовувати їх «на ходу» в реальних стресових ситуаціях.

Структура заняття (90 хв):

1. Обмін досвідом використання дихання в буденних ситуаціях (10-15 хв).
2. Вправа «Дихальна хода»: поєднання ритму кроків і дихання (10-15 хв).

3. Квадратне дихання (4-4-4-4) з фокусом на комфортному ритмі (10 хв).
4. Техніка «Подвійний видих» (видих довший за вдих у 2 рази) як швидка стабілізація (10 хв).
5. Міні-сценарії: відпрацювання дихальної регуляції при уявних тригерах (звук тривоги, погані новини, конфлікт) (15-20 хв).
6. Рефлексія: «Які дихальні техніки працюють для мене найкраще?» (10 хв).
7. Домашнє завдання (5 хв).

Домашнє завдання:

- Обрати 1-2 дихальні техніки як «обов'язковий мінімум» на день.
- Відслідковувати, у яких ситуаціях згадую про них автоматично.

Заняття 5. «Когнітивна опора»: думки, що підсилюють симптом

Мета заняття: Допомогти учасникам усвідомити автоматичні думки, пов'язані з тілесними симптомами, і навчити базових інструментів когнітивної корекції.

Структура заняття (90 хв):

1. Обговорення, як змінилося сприйняття тіла й дихання (10-15 хв).
2. Психосвіта: модель ABC (подія - думка - емоція/реакція) (10 хв).
3. Вправа «Мій типова думка при симптомі»: заповнення короткої схеми ABC (15 хв).
4. Техніка «Стоп-кадр»: помітити думку, зупинити, переформулювати (15 хв).
5. Вправа «Що я знаю точно?» - декатастрофізація (робота в парах) (15–20 хв).
6. Обговорення: «Як змінюється моє відчуття у тілі, коли змінюється інтерпретація?» (10 хв).
7. Домашнє завдання (5 хв).

Домашнє завдання:

- Вести щоденник 1-2 ситуацій на день за схемою ABC.
- Спробувати знайти хоча б одну альтернативну, менш катастрофічну інтерпретацію симптомів.

Заняття 6. «Когнітивна опора»: смисли та внутрішній наратив

Мета заняття: Поглибити роботу з переконаннями, пов'язаними зі стресом і тілесними проявами, та розпочати смислову реконструкцію життєвого досвіду.

Структура заняття (90 хв):

1. Обговорення роботи зі щоденником ABC (10-15 хв).
2. Вправа «Мої думки не факти»: виділення типових когнітивних викривлень (чорно-біле мислення, катастрофізація тощо) (15 хв).
3. Практика когнітивної реструктуризації: робота над однією «ключовою» думкою (15-20 хв).
4. Логотерапевтична вправа «Лист собі в майбутнє» (або «Що для мене має сенс зараз?») (20 хв).
5. Обговорення: «Що залишилося стабільним у моєму житті попри війну?» (10 хв).
6. Домашнє завдання (5 хв).

Домашнє завдання:

- Завершити «лист собі у майбутнє» (якщо не завершено на сесії).
- Позначити 3-5 цінностей/смислових опор, які хочеться зберегти.

Заняття 7. «Смислова та поведінкова опора»: малі кроки дії

Мета заняття: Перевести внутрішні зміни (тіло, дихання, думки, смисли) у маленькі конкретні дії, що відновлюють відчуття суб'єктності та контролю.

Структура заняття (90 хв):

1. Обговорення смислових опор і листів у майбутнє (10-15 хв).
2. Логотерапевтична вправа «Три шляхи смислу» (дія, переживання, ставлення) (15 хв).
3. Техніка «Дія на 2%»: вибір мінімальних, але реалістичних кроків (15 хв).
4. Формування «плану малих кроків» на 1-2 тижні (індивідуальна робота + обговорення в малих групах) (20 хв).
5. Вправа «Мої ритуали відновлення» (сон, рух, соціальні контакти, короткі паузи) (15 хв).
6. Домашнє завдання (10 хв).

Домашнє завдання:

- Реалізувати 1-2 маленькі дії з плану.
- Відмічати, як ці дії впливають на стан тіла, емоції і відчуття контролю.

Заняття 8. Інтеграція та підсумок програми

Мета заняття: Інтегрувати досвід усіх чотирьох опор (тіло, дихання, думка, дія), зафіксувати досягнуті зміни та сформулювати індивідуальний план підтримки.

Структура заняття (90 хв):

1. Коротке повторне самоспостереження: «Що змінилося у моєму тілі, думках, поведінці за час програми?» (10-15 хв).
2. Мультиmodalна вправа «4 опори» (послідовне поєднання короткої тілесної практики, дихання, когнітивної зупинки думки та планування дії) (20 хв).
3. Обговорення суб'єктивних змін: коло рефлексії (20 хв).
4. Створення «Плану опор» - особистого набору стратегій на випадок загострення стресу чи симптомів (20 хв).
5. Завершальний ритуал: підсумкові висловлювання, формулювання особистих висновків (10-15 хв).

Домашнє завдання (рекомендоване):

- Продовжувати використовувати «План опор» та відмічати важливі спостереження у щоденнику.
- За можливості пройти повторну діагностику або самозвіт через 1-2 місяці.