

ПСИХОСОМАТИЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ: ПСИХОДІАГНОСТИЧНИЙ, ПСИХІАТРИЧНИЙ І ПСИХОКОРЕКЦІЙНИЙ ВИМІРИ

Дзюбас Н. А.

методист обласного навчально-методичного
центру психологічної служби системи освіти
КЗ «Кіровоградський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти
імені Василя Сухомлинського»
ORCID ID: 0009-0005-9674-7161

Молчанова О. М.

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології, соціології та педагогіки
Донецького державного університету внутрішніх справ
ORCID ID: 0000-0002-1234-5678

Унгурян Н. В.

кандидат психологічних наук,
старший викладач кафедри психології, соціології та педагогіки
Донецького державного університету внутрішніх справ
ORCID ID: 0009-0003-9162-2699

У статті здійснено теоретичний аналіз проблеми психосоматичного здоров'я особистості в умовах повномасштабної війни, вимушеної міграції, економічної нестабільності, інформаційного перевантаження та віддалених наслідків пандемії COVID-19. Показано, що тривала дія хронічних стресогенних чинників порушує взаємозв'язок психічних і соматичних процесів, зумовлюючи зростання поширеності функціональних, конверсійних і психогенно зумовлених соматичних розладів серед різних вікових і соціальних груп населення України. Обґрунтовано доцільність розгляду психосоматичного здоров'я особистості як цілісного феномена в трьох взаємопов'язаних вимірах: психодіагностичному, психіатричному та психокорекційному. У межах психодіагностичного виміру проаналізовано можливості й обмеження наявного психодіагностичного інструментарію для виявлення алекситимії, дезадаптивних копінг-стратегій і ранніх ознак психосоматичного неблагополуччя, зокрема, у діяльності практичних психологів. Психіатричний вимір розкрито через аналіз клінічних досліджень психосоматичних наслідків воєнної психотравми у військовослужбовців, цивільного населення, дітей і підлітків; обґрунтовано необхідність міждисциплінарної взаємодії психолога та лікаря-психіатра, розмежування компетенцій і своєчасного маршрутування осіб групи ризику. У межах психокорекційного виміру систематизовано підходи до відновлення психосоматичної рівноваги особистості – тілесно орієнтовані, когнітивно-поведінкові, ресурсні та психоедукаційні техніки, а також обґрунтовано роль курсів підвищення кваліфікації практичних психологів у формуванні їхньої готовності до надання комплексної психологічної підтримки. Зроблено висновок про необхідність інтегративної моделі психологічного супроводу психосоматичного здоров'я особистості, яка поєднує діагностичний, клінічний і корекційний складники. Матеріали статті можуть бути використані в практичній діяльності психологів, а також у системі підвищення кваліфікації педагогічних працівників.

Ключові слова: психосоматичне здоров'я, глобальні виклики, психодіагностика, психіатрична допомога, психокорекція, посттравматичний стресовий розлад, психологічна стійкість, практичний психолог.

Dziubas N. A., Molchanova O. M., Unhurian N. V. Psychosomatic Health Of The Individual Under War Conditions: Psychodiagnostic, Psychiatric And Psychocorrectional Dimensions

The article presents a theoretical analysis of the individual's psychosomatic health under contemporary global challenges – full-scale war, forced migration, economic instability, information overload and the long-term consequences of the COVID-19 pandemic. It is shown that prolonged exposure to chronic stressors disrupts the interrelation between mental and somatic processes, increasing the prevalence of functional, conversion

and psychogenic somatic disorders among various age and social groups of the Ukrainian population. The expediency of considering the individual's psychosomatic health as a holistic phenomenon in three interrelated dimensions—psychodiagnostic, psychiatric and psychocorrectional—is substantiated. Within the psychodiagnostic dimension, the possibilities and limitations of existing diagnostic tools for detecting alexithymia, maladaptive coping strategies and early signs of psychosomatic distress are analysed, particularly in the work of practical psychologists. The psychiatric dimension is disclosed through an analysis of clinical studies on the psychosomatic consequences of war-related psychotrauma among servicemen, civilians, children and adolescents; the necessity of interdisciplinary cooperation between psychologists and psychiatrists, delineation of competencies and timely routing of at-risk individuals is substantiated. Within the psychocorrectional dimension, approaches to restoring the individual's psychosomatic balance are systematised – body-oriented, cognitive-behavioural, resource-based and psychoeducational techniques – and the role of in-service training courses for practical psychologists in building their readiness to provide comprehensive psychological support is substantiated. It is concluded that an integrative model of psychological support for the individual's psychosomatic health is needed, combining diagnostic, clinical and corrective components. The findings can be used in the practical work of psychologists and in the system of in-service training of educators.

Keywords: *psychosomatic health; global challenges; psychodiagnostics; psychiatric care; psychocorrection; post-traumatic stress disorder; psychological resilience; practical psychologist.*

Вступ. Початок XXI століття позначений безпрецедентним нагромадженням глобальних викликів, що одночасно й кумулятивно впливають на психічне та фізичне благополуччя особистості: пандемія COVID-19 і її віддалені медико-психологічні наслідки, повномасштабна збройна агресія проти України, спричинена нею вимушена внутрішня та зовнішня міграція мільйонів людей, руйнування звичного укладу життя, економічна нестабільність, безпекова невизначеність, а також хронічне інформаційне перевантаження, притаманне цифровому суспільству. Кожен із цих чинників окремо є потужним стресогенним фактором, а їх одночасна й тривала дія формує якісно новий тип хронічного, кумулятивного стресу, який суттєво відрізняється від поодиноких травматичних подій, притаманних попереднім історичним періодам.

Всесвітня організація охорони здоров'я традиційно визначає здоров'я не лише як відсутність хвороби, а як стан повного фізичного, психічного й соціального благополуччя, що передбачає нерозривну єдність тілесного та психічного вимірів людського існування [8]. Саме в межах цієї єдності й розгортається проблема психосоматичного здоров'я, здатності особистості підтримувати гармонійну взаємодію психічних і фізіологічних процесів навіть в умовах хронічного стресового навантаження. Коли адаптаційні ресурси особистості вичерпуються, тривале психоемоційне напруження реалізується через тіло: порушення сну, розлади

шлунково-кишкового тракту, серцево-судинні симптоми, хронічний больовий синдром, зниження імунної реактивності. За даними сучасних клінічних досліджень, Україна нині посідає одне з перших місць у Європі за показниками поширеності тривожних, депресивних і посттравматичних розладів, значна частка яких супроводжується вираженою соматичною симптоматикою [7].

Особливої гостроти проблема психосоматичного здоров'я набуває для дітей, підлітків і дорослих, які прямо чи опосередковано зазнають дії воєнного стресу: обстрілів, вимушеного переміщення, втрати близьких, розлуки з батьками, тривалого перебування в укриттях. Водночас практичні психологи, які щодня працюють із цими категоріями, часто не мають достатнього методичного забезпечення для ранньої діагностики психосоматичних проявів дистресу й розмежування випадків, що потребують психологічного супроводу, від випадків, які потребують обов'язкової психіатричної консультації. Це зумовлює потребу в комплексному теоретичному осмисленні психосоматичного здоров'я особистості одночасно у трьох взаємопов'язаних площинах – психодіагностичній, психіатричній і психокорекційній, що й визначає актуальність статті.

Окремим глобальним викликом, що суттєво впливає на психосоматичне здоров'я особистості, є цифровізація повсякденного життя та пов'язане з нею інформаційне перевантаження. Постійний доступ до тривожних новин, зокрема воєнних зведень, ефект

«нескінченного скролінгу» та розмивання меж між робочим і особистим часом формують стан хронічної фонові тривоги навіть у людей, які безпосередньо не перебувають у зоні бойових дій. Додатковим чинником ризику є економічна нестабільність, утрата стабільного доходу чи житла, що для багатьох українських родин стало реальністю після 2022 року, а також екологічні наслідки війни, які створюють додаткове підґрунтя для тривоги за майбутнє. Сукупна дія цих чинників формує специфічний для сучасної України профіль хронічного стресу, що відрізняється від класичних моделей поодинокі травматичної події й потребує особливого наукового осмислення.

Теоретико-методологічні засади дослідження психічного та психосоматичного здоров'я особистості закладено в працях С. Д. Максименка, Я. В. Руденко, А. М. Кушнерьової та В. М. Невмержицького, які розглядають психічне здоров'я як інтегративну характеристику особистості, що забезпечує її цілісність, саморегуляцію та здатність до продуктивної адаптації в мінливих соціальних умовах [4].

Сучасний стан наукового осмислення психосоматичних розладів системно представлено в роботі В. Й. Бочелюка, М. С. Панова та Л. В. Спицької, які узагальнили класичні й сучасні підходи до розуміння психосоматики, розмежували поняття психосоматичного розладу, соматоформного розладу та психосоматичної реакції, а також окреслили основні напрями діагностики й корекції зазначених станів [1]. Історико-теоретичний аналіз становлення психосоматичного напрямку, представлений у працях Ф. Александера, В. Райха, Г. Гродека, Н. МакВільямс та інших класиків психосоматичної медицини, узагальнено й адаптовано до вітчизняного наукового контексту в дослідженні Л. Г. Перетятко та М. М. Тесленко, присвяченому сучасному стану проблеми психосоматичних розладів [6].

Клінічний вимір проблеми, безпосередньо пов'язаний із наслідками війни, розкрито в роботі Н. В. Коляденко, Н. О. Бачуріної, Х. С. Живаго, М. М. Шопші й О. Л. Шопші, які на основі клінічного дослідження осіб із наслідками воєнної психотравми встановили

специфічні психосоматичні співвідношення, що виникають унаслідок зниження адаптаційних можливостей людини під впливом надпотужної екстремальної події, якою є війна [3]. Дитячий і підлітковий вимір проблеми послідовно розкрито в дослідженні М. В. Маркової, О. Ю. Белоусової, Т. А. Алієвої, О. В. Піонтовської, А. Р. Маркова та К. А. Косенко, які довели, що в умовах повномасштабної війни суттєво зростає ризик розвитку функціональних розладів шлунково-кишкового тракту в дітей, спричинених психосоціальним дистресом, зміною сімейної структури й умов життя, а також показали провідну роль хронічного психоемоційного стресу в реалізації нейроендокринних та імунізапальних механізмів психосоматичної дисфункції [5].

Методологічним підґрунтям сучасних досліджень психосоматичного здоров'я слугують класичні концепції загального адаптаційного синдрому та біопсихосоціальна модель здоров'я і хвороби, яка розглядає будь-який стан людини як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. У межах цієї парадигми психосоматичний розлад не зводиться ані до суто «тілесної», ані до суто «психологічної» проблеми, а розуміється як системний наслідок тривалої розбалансованості адаптаційних механізмів особистості. Саме такий системний погляд покладено в основу пропонованого в статті трикомпонентного підходу до аналізу психосоматичного здоров'я особистості.

Попри значний доробок у зазначеному напрямі, недостатньо дослідженою залишається проблема інтеграції психодіагностичного, психіатричного та психокорекційного вимірів психосоматичного здоров'я особистості в єдину практично орієнтовану модель, придатну для використання практичними психологами, які працюють в умовах обмеженого доступу до спеціалізованої психіатричної допомоги, особливо в сільській місцевості й на деокупованих територіях. Саме це визначає новизну та практичне спрямування пропонованої статті.

Варто також зауважити, що проблема психосоматичного здоров'я не обмежується виключно воєнною тематикою, хоча саме вона є найгострішою для сучасної України. До гло-

бальних викликів належать і кліматичні зміни з пов'язаною з ними екологічною тривогою, і демографічні трансформації, і трансформація ринку праці під впливом автоматизації, і глобальні пандемічні загрози, продемонстровані досвідом COVID-19. Кожен із цих чинників має власний психосоматичний «слід», проте їхня спільна риса – це підрив базового відчуття передбачуваності й контролюваності світу, яке є фундаментальною психологічною потребою людини. Саме втрата цього відчуття, а не сам по собі стресогенний чинник, найчастіше лежить в основі хронізації психосоматичних порушень, що робить тему статті актуальною далеко за межами суто українського контексту.

Аналіз наведених джерел засвідчує, що вітчизняна наукова спільнота приділяє значну увагу як загальнотеоретичному осмисленню психічного та психосоматичного здоров'я особистості, так і вивченню специфічних клінічних проявів психосоматичних порушень у різних категоріях населення, що зазнали впливу воєнного стресу, від військовослужбовців до дітей дошкільного й молодшого шкільного віку. Водночас більшість наявних досліджень має або суто теоретико-методологічний, або суто клінічний характер, тоді як прикладний, практико орієнтований синтез цих напрямів у форматі, доступному й корисному саме для практичного психолога, залишається представленим фрагментарно. Це зумовлює потребу в такому теоретичному узагальненні, яке б органічно поєднувало здобутки психодіагностики, клінічної психіатрії та практичної психокорекції в єдину, придатну до використання в щоденній роботі модель.

Мета статті – здійснити теоретичний аналіз феномена психосоматичного здоров'я особистості в умовах війни в трьох взаємопов'язаних вимірах – психодіагностичному, психіатричному та психокорекційному, а також окреслити практичні орієнтири для діяльності практичних психологів щодо раннього виявлення психосоматичного неблагополуччя, міждисциплінарної взаємодії з медичними фахівцями та побудови програм психологічної підтримки оточення.

Методи та методики дослідження. Дослідження має теоретичний характер і ґрунту-

ється на застосуванні комплексу загальнонаукових методів. Метод теоретичного аналізу й синтезу наукових джерел використано для узагальнення сучасних вітчизняних і зарубіжних напрацювань щодо психосоматичного здоров'я особистості, класифікації психосоматичних станів і механізмів їх формування. Метод систематизації застосовано для впорядкування наявного психодіагностичного інструментарію (шкал виявлення алекситимії, опитувальників копінг-стратегій, шкал тривожності й депресії) та підходів до психокорекційної роботи (тілесно орієнтованих, когнітивно-поведінкових, ресурсних і психоедукаційних технік).

Порівняльний аналіз використано для зіставлення клінічних досліджень психосоматичних наслідків воєнної психотравми в різних вікових і соціальних групах (військовослужбовців, цивільного населення, дітей і підлітків) з метою виявлення спільних закономірностей і специфічних відмінностей психосоматичного реагування. Структурно-функціональний підхід покладено в основу виокремлення трьох взаємопов'язаних вимірів психосоматичного здоров'я особистості – психодіагностичного, психіатричного та психокорекційного, що дало змогу розглянути проблему як цілісну систему, а не як сукупність розрізнених аспектів. Метод узагальнення застосовано для формулювання практичних рекомендацій щодо вдосконалення підготовки практичних психологів у системі післядипломної освіти.

Результати. Психосоматичне здоров'я особистості доцільно розглядати не як статичну характеристику, а як динамічну рівновагу між психічними, соматичними й соціальними чинниками функціонування людини, яка може порушуватися під впливом хронічного стресу й відновлюватися за умови адекватної діагностичної, клінічної та психокорекційної підтримки. Спираючись на це розуміння, розглянемо послідовно три взаємопов'язані виміри проблеми.

1. Психодіагностичний вимір. Психодіагностичний вимір психосоматичного здоров'я передбачає своєчасне виявлення ознак порушення взаємозв'язку психічного й соматичного функціонування ще на етапі,

коли ці порушення мають переважно функціональний, оборотний характер. Класична психосоматична теорія виокремлює декілька груп станів: конверсійні симптоми, що є символічним «переведенням» психічного конфлікту в тілесний прояв; функціональні синдроми без органічного підґрунтя, пов'язані з дисфункцією вегетативної нервової системи; психосоматичні захворювання у вузькому розумінні, що мають чітке органічне підґрунтя, але провокуються й підтримуються психогенними чинниками, а також соматопсихічні реакції, за яких первинним є соматичне захворювання, що вторинно спричиняє зміни психічного стану особистості [1; 6].

Ключовим психологічним конструктом, що традиційно пов'язують із підвищеним ризиком психосоматичних розладів, є алекситимія – утруднення в розпізнаванні та вербалізації власних емоційних станів, що призводить до їхньої соматизації. Практичному психологу важливо володіти інструментарієм, який дає змогу виявити ознаки алекситимічного реагування, дезадаптивних копінг-стратегій (зокрема уникання, заперечення, надмірного самозвинувачення) і ранніх соматичних еквівалентів емоційного напруження в дітей і дорослих. Водночас українська психодіагностична практика й нині значною мірою спирається на перекладні, не завжди повністю адаптовані до вітчизняного соціокультурного контексту методики, тоді як розроблення та стандартизація власне українського психодіагностичного інструментарію залишається одним із пріоритетних завдань вітчизняної психометрії, особливо в умовах, коли досвід переживання війни є специфічним і не завжди коректно відображається зарубіжними шкалами, розробленими для інших типів травматичних подій.

У практиці роботи практичного психолога психодіагностичний етап має включати не лише традиційні опитувальникові методики, а й спостереження за поведінковими, тілесними та мовленнєвими маркерами дистресу: скарги на невизначені болі без органічної причини, часті звернення до медичного пункту, порушення харчової поведінки, розлади сну, підвищену стомлюваність, а також невербальні прояви – м'язове напруження, зміну постави,

уникання зорового контакту. Важливо, щоб діагностичний висновок психолога чітко розрізняв стани, що піддаються психологічній корекції в межах компетенції, і стани, які потребують обов'язкового направлення до лікаря-психіатра або сімейного лікаря; саме це розмежування є точкою перетину психодіагностичного та психіатричного вимірів проблеми.

Значну роль у формуванні психодіагностичного виміру психосоматичного здоров'я відіграє диференціація рівнів реагування особистості на стрес. На фізіологічному рівні хронічний стрес виявляється через стійку активацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, що зумовлює порушення сну, апетиту, імунної реактивності. На емоційному рівні – через підвищену тривожність, дратівливість, емоційну лабільність або, навпаки, емоційне сплюснення. На поведінковому рівні – через уникнення соціальних контактів, зниження навчальної чи професійної продуктивності, появу шкідливих звичок як спосіб «самолікування». Практичний психолог, який володіє цією трирівневою моделлю, здатний побудувати цілісну діагностичну картину, а не обмежуватися фіксацією окремих, зовні не пов'язаних між собою скарг. Варто зауважити, що нездатність особистості інтегрувати й регулювати інтенсивні афекти, на чому наголошує психоаналітична теорія організації особистості, є одним із чинників, що підвищують уразливість до соматизації емоційного напруження, особливо за використання примітивних психологічних захистів, як-от: заперечення чи розщеплення [2].

Окремої методичної уваги потребує вікова специфіка психосоматичного реагування. У дітей дошкільного та молодшого шкільного віку психічний дистрес найчастіше виявляється саме через тіло; болі в животі, головний біль, енурез, заїкання, оскільки вербалізація емоційних переживань у цьому віці ще недостатньо сформована. У підлітків до тілесних проявів додаються порушення харчової поведінки, самопошкоджувальна поведінка та ризикована поведінка як спосіб регуляції нестерпного емоційного стану. У дорослих хронічний стрес часто маскується під синдром професійного вигорання, що також має

виражений психосоматичний компонент; хронічну втому, м'язове напруження, порушення сну та зниження імунітету. Урахування цієї вікової специфіки має бути обов'язковим елементом підготовки практичних психологів до діагностичної роботи з різними категоріями суспільства.

У практиці психодіагностики психосоматичного неблагополуччя традиційно застосовують кілька груп методик: шкали для виявлення алекситимії (зокрема Торонтську алекситимічну шкалу), опитувальники копінг-стратегій (методики Р. Лазаруса, Дж. Амірхана), шкали оцінки рівня тривожності та депресії, а також проєктивні методики для роботи з дітьми дошкільного й молодшого шкільного віку, які ще не здатні достатньою мірою вербалізувати свій емоційний стан. Водночас застосування будь-якої із цих методик у роботі з дітьми та дорослими, які пережили воєнний досвід, потребує від психолога додаткової обережності: питання, сформульовані для «мирного» контексту, можуть провокувати ретравматизацію, якщо не супроводжуються попередньою стабілізацією стану дитини й установленням довірливого контакту.

2. Психіатричний вимір. Психіатричний вимір психосоматичного здоров'я особистості розкриває клінічні механізми та наслідки тривалого стресового навантаження, яке виходить за межі адаптаційних можливостей людини й потребує медичного втручання. Дослідження Н. В. Коляденко зі співавторами переконливо демонструє, що війна як надпотужна екстремальна подія спричиняє зниження здатності до адаптації, а специфіка воєнної психотравми полягає у формуванні стійких психосоматичних співвідношень, які виявляються задовго до того, як особа звертається по спеціалізовану допомогу [3]. Це підкреслює важливість ранньої взаємодії психологічної та психіатричної служб. Практичний психолог, який першим помічає ознаки дезадаптації в дитини чи дорослого, має чітко розуміти межі власної компетенції та алгоритм направлення до фахівця психіатричного профілю.

Особливої уваги в межах психіатричного виміру потребує дитячий і підлітковий контингент. Дослідження М. В. Маркової та спів-

авторів установило, що в умовах повномасштабної війни значно зростає ризик розвитку саме функціональних розладів шлунково-кишкового тракту в дітей, спричинених психосоціальним дистресом, змінами сімейної структури й умов життя, при цьому хронічний психоемоційний стрес реалізується через нейроендокринні та імунзапальні механізми дисфункції [5]. Це свідчить про те, що психосоматичні прояви в дітей не є «вигаданими» чи «демонстративними», а мають цілком реальне фізіологічне підґрунтя, а отже, потребують уважного, недискредитуючого ставлення з боку навколишніх.

Комплексний посттравматичний стресовий розлад, що дедалі частіше діагностується в осіб, які тривалий час перебувають в умовах хронічної психотравматизації (військовослужбовців, ветеранів, внутрішньо переміщених осіб, дітей із родин, що постраждали від бойових дій), характеризується не лише класичною тріадою симптомів (повторне переживання, уникання, гіперзбудження), а й вираженими порушеннями регуляції афекту, самосприйняття та міжособистісних стосунків, які часто супроводжуються стійкою соматичною симптоматикою. Для практичного психолога це означає необхідність постійної професійної пильності щодо ознак ускладненого горя, дисоціативних реакцій і прихованої соматизації, а також налагодження сталої співпраці з психіатрами, сімейними лікарями та центрами психічного здоров'я на місцевому рівні. Міждисциплінарна модель супроводу, за якої психолог виконує функції первинного скринінгу й психологічної підтримки, а лікар-психіатр – функції клінічної діагностики та за потреби медикаментозного лікування, є єдино адекватною відповіддю на масштаб проблеми психосоматичного здоров'я в умовах війни.

Важливим аспектом психіатричного виміру є подолання стигматизації звернення по психіатричну допомогу, яка й нині залишається поширеною в українському суспільстві. Батьки часто відмовляються від направлення дитини до дитячого психіатра, побоюючись «постановки на облік» чи соціального осуду, а самі дорослі уникають звернення по допомогу через страх професійної стигматизації. Практичний психолог у такій ситуації виконує не

лише діагностичну, а й просвітницьку функцію, пояснює різницю між психіатричним діагнозом і тимчасовою кризовою реакцією, наголошує на конфіденційності звернення й на тому, що своєчасна консультація фахівця є ознакою турботи про дитину, а не стигматизувальною процедурою.

Не менш важливим є питання розмежування нормативної гострої стресової реакції, яка є природною відповіддю психіки на надзвичайну подію і здебільшого минає самостійно за підтримки найближчого оточення, від патологічного стану, що потребує клінічного втручання. Критеріями, що вказують на потребу в психіатричній консультації, є тривалість симптомів понад місяць, виражене порушення повсякденного функціонування (навчання, самообслуговування, стосунків), поява суїцидальних думок чи самопошкоджувальної поведінки, а також у край виражена соматична симптоматика, яка не піддається поясненню звичайною стресовою реакцією. Володіння цими орієнтирами дає змогу практичному психологу діяти виважено, не вдаючись до надмірної психіатризації нормативних реакцій, але й не залишаючи поза увагою випадки, що потребують невідкладної спеціалізованої допомоги.

У сучасних класифікаційних системах, зокрема в Міжнародній класифікації хвороб, психосоматичні стани представлені в межах рубрик соматоформних і пов'язаних зі стресом розладів, що підкреслює їхню окрему клінічну специфіку порівняно як із суто психічними, так і з суто соматичними захворюваннями. Практичному психологу важливо розуміти логіку цієї класифікації не для встановлення діагнозу, що є виключною прерогативою лікаря, а для формування спільної професійної мови з медичними фахівцями під час міждисциплінарних консультацій і для коректного оформлення документів про направлення дитини чи дорослого до профільного спеціаліста.

3. Психокорекційний вимір. Психокорекційний вимір передбачає систему заходів, спрямованих на відновлення порушеної рівноваги між психічним і соматичним функціонуванням особистості в межах компетенції практичного психолога, тобто без застосування

медикаментозних засобів. С. Д. Максименко зі співавторами наголошують, що психічне здоров'я особистості забезпечується не відсутністю проблем як таких, а сформованістю ефективних механізмів саморегуляції та здатністю особистості мобілізувати внутрішні ресурси для подолання складних життєвих обставин [4]. Відповідно до цього, психокорекційна робота з психосоматичним неблагополуччям має бути спрямована передусім на розвиток емоційної грамотності, навичок розпізнавання й безпечного проживання емоцій, зниження рівня фізіологічного збудження та відновлення відчуття контролю над власним тілом і життєвою ситуацією.

Серед ефективних напрямів психокорекційної роботи із психосоматичними проявами дистресу варто виокремити тілесно орієнтовані техніки (усвідомлене дихання, прогресивну м'язову релаксацію, вправи на заземлення), які допомагають людині відновити зв'язок із власним тілом і знизити рівень фізіологічного напруження; когнітивно-поведінкові техніки, спрямовані на виявлення й корекцію дезадаптивних переконань щодо загрози, безпеки та контролю, а також ресурсні й психоедукаційні підходи, що формують у дитини чи дорослого розуміння природи стресової реакції організму та знімають додаткову тривогу з приводу незрозумілих тілесних симптомів. Особливого значення в умовах війни набуває групова психокорекційна робота: підтримувальні групи для дітей із родин учасників бойових дій, для педагогічних працівників, що зазнають професійного вигорання на тлі постійного стресу, для внутрішньо переміщених родин, яка одночасно виконує функції психологічної підтримки та профілактики соціальної ізоляції.

Ефективність психокорекційної роботи практичного психолога прямо залежить від рівня його фахової підготовки, зокрема обізнаності з психосоматичною проблематикою, сучасними доказовими техніками стабілізації стану й алгоритмами міжвідомчої взаємодії. Так, проведення комплексних курсів підвищення кваліфікації для практичних психологів, присвячених питанням комплексної психологічної підтримки, дає змогу системно поєднати теоретичну підготовку з відпрацю-

ванням практичних навичок психодіагностики, кризового консультування та психокорекційної роботи. Формування в практичних психологів цілісного розуміння трьох вимірів психосоматичного здоров'я особистості – психодіагностичного, психіатричного та психокорекційного – має стати обов'язковим складником програм підвищення кваліфікації, оскільки саме такий інтегративний підхід дає змогу вчасно розпізнавати межу між нормативною стресовою реакцією, станом, що потребує психологічної корекції, і станом, що потребує медичної допомоги.

Практика показує, що психокорекційна робота з психосоматичними проявами дистресу є найбільш ефективною, коли вона реалізується не як разова інтервенція, а як послідовна програма, розрахована на кілька тижнів чи місяців регулярних зустрічей. Типова структура такої програми передбачає початковий етап стабілізації стану (навчання технік саморегуляції, установлення відчуття базової безпеки), основний етап опрацювання травматичного досвіду й дезадаптивних патернів мислення (за умови готовності особи до цього етапу) і завершальний етап закріплення нових навичок і побудови перспективи на майбутнє. Практичний психолог має особливо уважно ставитися до темпу проходження цих етапів, оскільки форсування другого етапу без належної стабілізації може призвести до ретравматизації замість очікуваного покращення. У випадках виражених дезадаптивних патернів реагування психокорекційна робота може спиратися на принципи структурної діагностики особистості, які дають змогу оцінити не лише симптом, а й загальний рівень організації особистості та відповідно дібрати темп і глибину психологічного втручання [2].

Окремим напрямом психокорекційної роботи є профілактика вторинної травматизації самих фахівців, які регулярно контактують із травматичним досвідом оточення. Синдром співчутливої втоми (compassion fatigue) та професійне вигорання суттєво знижують ефективність психологічної допомоги, яку фахівець спроможний надати іншим, а отже, система супервізії, інтервізійних груп і психогігієни праці самого психолога має розглядатися як невіддільний складник забезпечення

психосоматичного здоров'я, а не як другорядне питання.

Отримані результати узгоджуються з висновками Н. В. Коляденко зі співавторами [3] та М. В. Маркової зі співавторами [5] щодо стійкості психосоматичних співвідношень, зумовлених воєнною психотравмою, і водночас доповнюють їх практико орієнтованою моделлю, придатною для використання практичними психологами системи освіти, які не мають клінічної підготовки, але щодня стикаються з першими проявами психосоматичного неблагополуччя. На відміну від досліджень, зосереджених переважно на одній із трьох площин проблеми (діагностичній, клінічній або корекційній), запропонований підхід дає змогу розглядати ці площини в їхньому взаємозв'язку, що відповідає біопсихосоціальній моделі здоров'я і хвороби й узгоджується з позицією С. Д. Максименка зі співавторами щодо цілісного розуміння психічного здоров'я особистості [4].

Висновки. Теоретичний аналіз засвідчує, що психосоматичне здоров'я особистості в умовах війни, вимушеної міграції, економічної нестабільності й інформаційного переважання є складним, багаторівневим феноменом, який доцільно розглядати в єдності трьох взаємопов'язаних вимірів. Психодіагностичний вимір забезпечує раннє виявлення ознак психосоматичного неблагополуччя та розмежування станів, що потребують психологічної корекції, від станів, що потребують медичного втручання. Психіатричний вимір розкриває клінічні механізми й наслідки тривалої психотравматизації, зокрема воєнної, та обґрунтовує необхідність міждисциплінарної взаємодії психологічної та медичної служб. Психокорекційний вимір об'єднує комплекс тілесно орієнтованих, когнітивно-поведінкових, ресурсних і групових технік, спрямованих на відновлення психосоматичної рівноваги особистості.

З аналізу випливає низка практичних рекомендацій. По-перше, у програми підвищення кваліфікації практичних психологів доцільно системно включати модуль, присвячений психосоматичному здоров'ю особистості, що поєднує теоретичну підготовку з відпрацюванням практичних навичок первинної

діагностики, стабілізаційних технік та алгоритмів міждисциплінарного направлення. По-друге, на регіональному рівні необхідно розробити чіткі маршрути взаємодії психологічної служби з психіатричною службою охорони здоров'я, які враховують специфіку сільських і деокупованих територій з обмеженим доступом до спеціалізованої допомоги. По-третє, важливо продовжити роботу над адаптацією та стандартизацією психодіагностичного інструментарію, що враховує специфіку воєнного досвіду українських дітей і дорослих, оскільки використання неадаптованих зарубіжних методик знижує точність діагностики й може призводити до хибних висновків.

Практичне значення запропонованої трикомпонентної моделі полягає в тому, що вона може бути покладена в основу програм під-

вищення кваліфікації практичних психологів, забезпечуючи формування в них цілісного, а не фрагментарного розуміння психосоматичної проблематики. Перспективи подальших наукових розвідок убачаємо в емпіричній апробації запропонованої моделі, розробленні та стандартизації вітчизняного психодіагностичного інструментарію, адаптованого до умов воєнного й повоєнного часу, а також у вивченні довгострокової ефективності психокорекційних програм, реалізованих у роботі практичного психолога.

Використання штучного інтелекту. Під час підготовки статті інструменти штучного інтелекту використовувалися виключно для мовного редагування, перевірки граматики, перекладу або інших допоміжних завдань, без використання згенерованих ними об'єктів як результатів академічної діяльності.

Список використаних джерел

1. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Спицька Л. В. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. Перспективи та інновації науки. 2022. № 7(12). С. 542–552.
2. Кернберг О. Тяжкі розлади особистості. Психотерапевтичні стратегії / пер. з англ. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2025. 568 с.
3. Коляденко Н. В., Бачуріна Н. О., Живаго Х. С., Шопша М. М., Шопша О. Л. Психосоматичні прояви військової психотравми. Клінічна та профілактична медицина. 2023. № 8. С. 30–38. DOI: <https://doi.org/10.31612/2616-4868.8.2023.03>.
4. Максименко С. Д., Руденко Я. В., Кушнерьова А. М., Невмержицький В. М. Психічне здоров'я особистості : підручник для вищих навчальних закладів. Київ : Людмила, 2021. 438 с.
5. Маркова М. В., Белоусова О. Ю., Алієва Т. А., Піонтовська О. В., Марков А. Р., Косенко К. А. Психосоматичні кореляти дистресу війни у дітей та підлітків. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2025. Т. 12, № 4(30). С. 472–489. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-30-04>.
6. Перетятко Л. Г., Тесленко М. М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. Актуальні питання сучасної психології : збірник наук. праць. Рига : Baltija Publishing, 2023.
7. Черненко І. О. Комплексний ПТСР: аналіз психотравматичних факторів та їхні наслідки для військовослужбовців. Здоров'я України. 2024. URL: <https://health-ua.com> (дата звернення: 10.07.2026).
8. Constitution of the World Health Organization. Geneva : WHO, 1946 (зі змінами).

References

1. Bocheliuk, V. Y., Panov, M. S., Splytska, L. V. (2022). Psykhosomatychni rozlady: suchasnyi stan problemy [Psychosomatic disorders: current state of the problem]. *Perspektyvy ta innovatsii nauky – Prospects and Innovations of Science*, 7(12), 542–552 [in Ukrainian].
2. Kernberg, O. (2025). *Tiazhki rozlady osobystosti. Psykhoterapevtychni stratehii* [Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies] (transl. from English). Kyiv: Vydavnytstvo Rostyslava Burlaky, 568 p. [in Ukrainian].
3. Koliadenko, N. V., Bachurina, N. O., Zhyvaho, Kh. S., Shopsha, M. M., Shopsha, O. L. (2023). Psykhosomatychni proiavy viiskovoi psykhotravmy [Psychosomatic manifestations of military psychotrauma]. *Klinichna ta profilaktychna medytsyna – Clinical and Preventive Medicine*, (8), 30–38. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.8.2023.03> [in Ukrainian].
4. Maksymenko, S. D., Rudenko, Ya. V., Kushnierova, A. M., Nevmerzhytskyi, V. M. (2021). *Psykhichne zdorovia osobystosti* [Mental health of the personality]. Kyiv: Vydavnytstvo Liudmyla, 438 p. [in Ukrainian].
5. Markova, M. V., Bielousova, O. Yu., Aliieva, T. A., Piontkovska, O. V., Markov, A. R., Kosenko, K. A. (2025). Psykhosomatychni koreliaty dystresu viiny u ditei ta pidlitkiv [Psychosomatic correlates of war distress in children]

- and adolescents]. *Psykhiiatriia, nevrolohiia ta medychna psykhologhiia – Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*, 12(4(30)), 472–489. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-30-04> [in Ukrainian].
6. Peretiatko, L. H., Teslenko, M. M. (2023). Psykhosomatychni rozlady: suchasnyi stan problemy [Psychosomatic disorders: current state of the problem]. *Aktualni pytannia suchasnoi psykhologii – Current Issues of Modern Psychology: coll. of scientific works*. Riga: Baltija Publishing [in Ukrainian].
7. Chernenko, I. O. (2024). Kompleksnyi PTSR: analiz psykhotravmuvalnykh faktoriv ta yikhni naslidky dlia viiskovosluzhbovtiv [Complex PTSD: analysis of psychotraumatic factors and their consequences for servicemen]. *Zdorovia Ukrainy – Health of Ukraine*. Retrieved from: <https://health-ua.com> [in Ukrainian].
8. World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO [in English].

Дата першого надходження статті до видання: 02.08.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 27.08.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 14.10.2026