

ТІЛЕСНА ДИСОЦІАЦІЯ В УМОВАХ ВІЙНИ: НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНА МОДЕЛЬ І КЛІНІЧНІ ПРОФІЛІ

Лазорко Ольга

Волинський національний університет імені Лесі Українки

Луцьк, Україна

Lazorko.olha@vnu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8427-5049>

Мета. Здійснити теоретико-методологічний аналіз нейропсихологічних механізмів тілесної дисоціації у контексті порушення безпеки особистості та обґрунтувати інтегративну модель її пояснення в умовах тривалого травматичного стресу.

Методи. Використано методи теоретичного аналізу та синтезу наукової літератури, порівняльно-аналітичний підхід і метод систематизації клінічних даних. Концептуальну основу дослідження становлять нейропсихологічна модель інтероцепції, модель предиктивного кодування, полівагальна теорія) та структурна теорія дисоціації особистості. Залучено сучасні емпіричні дослідження у галузі нейронауки, психофізіології та психології травми.

Результати. Запропоновано інтегративну нейропсихологічну модель тілесної дисоціації, що поєднує три рівні аналізу: інтероцептивний (обробка внутрішніх сигналів), предиктивний (їх інтерпретація в межах внутрішніх моделей) і вегетативний (автономна регуляція фізіологічних станів). Показано, що в умовах хронічної загрози формується стійка система порушень, у якій зниження точності тілесних сигналів, викривлення їх інтерпретації та домінування захисних реакцій взаємно підсилюють одне одного. Описано типові варіанти клінічних проявів, що відображають різні конфігурації цих механізмів у структурі досвіду. Показано, що тілесна дисоціація в умовах хронічної загрози набуває системного характеру та функціонує як самопідтримуваний процес, у якому порушення обробки тілесних сигналів, їх інтерпретації та регуляції взаємно підсилюють одне одного.

Висновки. Тілесна дисоціація постає як системний нейропсихологічний феномен, що формується внаслідок порушення інтеграції інтероцептивних, предиктивних і вегетативних процесів у структурі досвіду. В умовах тривалого травматичного стресу вона набуває стійкого характеру та визначає особливості переживання і саморегуляції. Запропонована інтегративна модель дозволяє уточнити механізми її виникнення та підтримання і створює концептуальну основу для подальших емпіричних досліджень у цій сфері.

Ключові слова: безпека особистості, інтероцепція, предиктивне кодування, полівагальна теорія, травматичний стрес, варіабельність серцевого ритму.

Olha Lazorko. Somatic Dissociation in Conditions of War: A Neuropsychological Model and Clinical Profiles

Purpose. The study aims to conduct a theoretical and methodological analysis of the neuropsychological mechanisms underlying somatic dissociation in the context of disrupted personal safety and to substantiate an integrative model explaining this phenomenon under conditions of prolonged traumatic stress.

Methods. The research is based on theoretical analysis and synthesis of scientific literature, a comparative-analytical approach, and the systematization of clinical data. The conceptual framework integrates the neuropsychological model of interoception, predictive coding theory, polyvagal theory, and the structural dissociation theory of personality. Contemporary empirical findings in neuroscience, psychophysiology, and trauma psychology were also incorporated.

Results. An integrative neuropsychological model of somatic dissociation is proposed, combining three levels of analysis: interoceptive (processing of internal bodily signals), predictive (interpretation of these signals within internal models), and autonomic (physiological state regulation). It is demonstrated that under conditions of chronic threat, a stable system of dysfunction emerges in which reduced interoceptive accuracy, distorted interpretation of bodily signals, and dominance of defensive autonomic responses mutually reinforce each other. Typical patterns of clinical manifestations are described, reflecting different configurations of these mechanisms within the structure of individual experience. Somatic dissociation is shown to acquire a systemic and self-sustaining character under prolonged stress, functioning as a process in which disruptions in signal processing, interpretation, and regulation form a closed feedback loop.

Conclusions. Somatic dissociation can be conceptualized as a systemic neuropsychological phenomenon resulting from disrupted integration of interoceptive, predictive, and autonomic processes. Under prolonged traumatic stress, it becomes a stable condition that shapes subjective experience and self-regulation. The proposed integrative model clarifies the mechanisms underlying the emergence and maintenance of somatic dissociation and provides a conceptual foundation for further empirical research in this field.

Keywords: personal security; interoception; predictive coding; polyvagal theory; traumatic stress; heart rate variability.

Вступ. У сучасній клінічній психології спостерігається феномен, який є одночасно поширеним і майже невидимим. Тілесна дисоціація, визначена як порушення інтеграції соматосенсорного досвіду у суб'єктивну картину «Я», виявляється у структурі багатьох психічних розладів, проте рідко ідентифікується як окремий клінічний феномен. Часто вона маскується під діагнози соматоформних розладів, тривоги, депресії, адикцій, а також під особистісні риси, культурні норми або адаптивну стійкість. Однак сучасні нейронаукові

дослідження свідчать, що за цим клінічним «мовчанням» стоїть специфічний і добре описаний нейробіологічний механізм, який піддається цілеспрямованому терапевтичному впливу. Зокрема, систематичні огляди підтверджують трансдіагностичну роль інтероцептивної дисфункції у широкому спектрі психічних розладів — від тривоги і депресії до ПТСР і дисоціативних станів (Khalsa et al., 2018; Nord & Garfinkel, 2022; Greenwood & Garfinkel, 2025; Herrera, E., García, A. M., Baez, S., & Ibáñez, A., 2025). Дослідження взаємозв'язку між інтероцептивною усвідомленістю та посттравматичними симптомами підкреслюють центральну роль тілесного досвіду у формуванні та підтриманні травматичної патології (Leech et al., 2024; Woelk & Garfinkel, 2025; Putica et al., 2024).

Проблема тілесної дисоціації особливо загострюється в умовах повномасштабної війни в Україні. З лютого 2022 року мільйони громадян України перебувають у стані хронічної небезпеки, вимушеного переміщення, постійної невизначеності та накопичених втрат (Kurapov & Danyliuk, 2024). Сучасні нейронаукові уявлення вказують, що ці умови створюють оптимальне середовище для формування стійкої тілесної дисоціації: нервова система поступово знижує прогностичну вагу тілесних сигналів, а дорсальний вагусний комплекс переходить у стан хронічної захисної імобілізації. Особи, які продовжують функціонувати в умовах тривалого стресу, часто демонструють ознаки тілесної дисоціації, які суспільство може помилково інтерпретувати як прояви витривалості. У цьому контексті клінічна психологія стикається з подвійним викликом: необхідністю ідентифікувати явища, що маскуються під норму, та здійснювати це за умов обмежених психодіагностичних ресурсів.

Теоретична рамка, в якій розглядається тілесна дисоціація, безпосередньо пов'язана з поняттям безпеки особистості. У сучасній психологічній науці безпека особистості визначається як інтегральна характеристика, що включає переживання захищеності, передбачуваності та цілісності власного існування (Steele, Boon, & Van der Hart, 2017). Тілесний вимір безпеки — здатність відчувати власне тіло як надійний, зрозумілий і «свій» простір — є фундаментальною передумовою як психологічного здоров'я, так і ефективною терапевтичної роботи. Порушення цього виміру через інтероцептивну дисфункцію виступає не лише клінічним симптомом,

а й структурним чинником, що ускладнює подальше відновлення особистості. Саме ця концептуальна рамка — безпека особистості як мета і тілесна дисоціація як її порушення — визначає теоретичну позицію цієї статті.

Стан наукової розробленості проблеми в Україні залишається недостатнім. Попри наявність окремих досліджень у сфері інтероцепції, посттравматичного стресу та дисоціативних процесів, у науковій літературі бракує інтегративних моделей, що пояснюють тілесну дисоціацію як системний нейропсихологічний феномен, особливо в умовах воєнного стресу. Відсутність таких моделей ускладнює як діагностику, так і розробку ефективних терапевтичних інтервенцій.

Міжнародні дослідження з цієї тематики зазвичай базуються на досвіді роботи з постконфліктними популяціями, тобто з особами, для яких загроза вже минула. Українська клінічна реальність суттєво відрізняється: дослідження тілесної дисоціації здійснюється в умовах триваючої травматичної ситуації, що вимагає окремого теоретичного аналізу та адаптації практичних підходів.

Метою дослідження є розробка інтегративної нейропсихологічної моделі тілесної дисоціації в умовах хронічного воєнного стресу та систематизація її клінічних проявів.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати сучасні нейронаукові та клінічні підходи до розуміння тілесної дисоціації.
2. Інтегрувати ключові теоретичні моделі (інтероцептивну, предиктивну та вегетативну) у єдину концептуальну рамку.
3. Розробити інтегративну нейропсихологічну модель тілесної дисоціації.
4. Описати основні клінічні профілі тілесної дисоціації в умовах воєнного стресу.

Методи дослідження. Дослідження має теоретико-аналітичний характер і ґрунтується на інтегративному підході до узагальнення сучасних наукових уявлень про тілесну дисоціацію. Дизайн дослідження відповідає формату наративного огляду з елементами концептуального моделювання.

Для досягнення мети було здійснено систематизований пошук і аналіз наукових джерел у міжнародних наукометричних базах даних,

зокрема *Scopus*, *Web of Science* та *PubMed*, а також у відкритих електронних ресурсах. Пошук здійснювався за ключовими словами: *interoception*, *somatic dissociation*, *body dissociation*, *predictive processing*, *polyvagal theory*, *PTSD*, *chronic stress*, а також відповідними українськими еквівалентами.

Критеріями включення джерел у дослідження були: публікації у рецензованих наукових журналах; відповідність тематиці тілесної дисоціації, інтероцепції, посттравматичного стресу та нейропсихологічних механізмів регуляції; наявність емпіричних або теоретичних даних, релевантних до поставленої мети; публікації українською та англійською мовами; часовий діапазон — переважно останні 5–7 років, із залученням класичних праць, що мають фундаментальне значення для розуміння проблеми.

Критеріями виключення були: нереконзовані публікації; джерела, що не мають безпосереднього зв'язку з досліджуваною проблематикою; дублювання результатів у різних публікаціях.

Методологічну основу дослідження становили такі підходи: теоретичний аналіз і синтез — для узагальнення сучасних концепцій тілесної дисоціації; порівняльний аналіз — для зіставлення різних наукових підходів (інтероцептивного, предиктивного, вегетативного); системний підхід — для розгляду тілесної дисоціації як багаторівневого феномену; концептуальне моделювання — для побудови інтегративної нейропсихологічної моделі.

Додатково було використано узагальнення клінічних спостережень, представлених у науковій літературі, а також узагальнений практичний досвід роботи з клієнтами, які мають симптоми тілесної дисоціації в умовах хронічного стресу. Зазначений матеріал має ілюстративний характер і не розглядається як емпіричні дані у строгому дослідницькому сенсі.

Отримані результати аналізу були використані для розробки інтегративної нейропсихологічної моделі тілесної дисоціації та систематизації її клінічних проявів.

Обговорення результатів

Тілесна дисоціація і безпека особистості: концептуальна рамка. Поняття безпеки особистості у сучасній психологічній науці є багатовимірним конструктом, що охоплює переживання захищеності, передбачуваності, автономії та цілісності власного існування. Феномен безпеки у соціально-психологічному знанні розглядається

як міждисциплінарний конструкт, що набуває нових смислів в умовах постмодерної невизначеності (Lazorko et al., 2022). У контексті психології травми безпека особистості традиційно розглядається насамперед у соціальному та міжособистісному вимірах: безпека як відсутність зовнішньої загрози, безпека як надійні стосунки, безпека як передбачуване середовище (Herman, 1992; Steele, Boon, & Van der Hart, 2017). Проте цей перелік є неповним без урахування виміру, який залишається найменш дослідженим і водночас найбільш фундаментальним, — тілесного виміру безпеки особистості.

Тілесна безпека особистості може бути визначена як здатність особи переживати власне тіло як надійний, зрозумілий і «свій» простір буття. Це переживання включає кілька взаємопов'язаних компонентів: здатність розпізнавати і адекватно інтерпретувати тілесні сигнали (інтероцептивна точність); здатність довіряти тілу як джерелу інформації про власний стан (інтероцептивна довіра); відчуття безперервності та впізнаваності тілесного досвіду в часі (тілесна ідентичність). Коли ці компоненти порушуються, особа втрачає не просто доступ до тілесних відчуттів — вона втрачає один із найглибших шарів відчуття себе як існуючої і цілісної. Саме в цьому сенсі тілесна дисоціація є не лише клінічним симптомом, а й порушенням базової безпеки особистості (Woelk & Garfinkel, 2025).

На відміну від традиційних підходів, що розглядають дисоціацію переважно в межах клінічних категорій (зокрема дисоціативних розладів), отримані результати свідчать про значно ширший спектр її проявів. Тілесна дисоціація функціонує як фоновий механізм, що маскується під психосоматичні симптоми, емоційну притупленість, алекситимію або труднощі саморегуляції. Саме ця латентність ускладнює її ідентифікацію та знижує ефективність традиційних психотерапевтичних інтервенцій, орієнтованих переважно на когнітивний або емоційний рівень.

Зв'язок між тілесною дисоціацією і безпекою особистості є двоспрямованим. З одного боку, порушення зовнішньої безпеки — хронічна загроза, травматизація, вимушене переміщення — запускає нейробіологічні механізми, що ведуть до тілесної дисоціації як адаптивної відповіді (Porges, 2011; Friston, 2010). З іншого боку, сформована тілесна дисоціація сама стає чинником подальшого руйнування безпеки особистості: людина, відрізана від власного тіла, втрачає доступ до найважливішого регулятора афективних станів, і її

здатність до відновлення виявляється суттєво обмеженою. Ця логіка знаходить своє обґрунтування в теорії Антоніо Дамасіо (Damasio, 1999), який переконливо показав, що тілесні відчуття є не периферичним доповненням до психічного життя, а його конститутивною основою.

Структурна теорія дисоціації особистості (Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006) додає до цієї картини важливий концептуальний елемент: розрізнення між частинами особистості, що продовжують функціонувати в повсякденному житті (apparently normal parts, ANP), і частинами, що фіксовані на травматичному досвіді (emotional parts, EP). У контексті тілесної дисоціації цей поділ набуває специфічного прочитання: ANP може успішно функціонувати саме завдяки систематичному уникненню тілесного досвіду. Людина, яка «тримається», «справляється» і «не скаржиться», нерідко робить це ціною прогресуючого відчуження від власного тіла. Така адаптація дозволяє підтримувати соціальне функціонування, однак руйнує тілесний вимір безпеки особистості, залишаючи людину у стані, який Scaer (2014) влучно описав як «виживання без присутності».

В умовах тривалої війни, коли зовнішня небезпека є не завершеною подією, а постійним фоном, тілесна дисоціація перестає бути реакцією на минуле і стає структурним елементом теперішнього способу існування. Нервова система не отримує сигналу про завершення загрози, а отже не має підстав для повернення до стану тілесної присутності. Відновлення безпеки особистості у такому контексті не може відбутися «автоматично» після припинення зовнішньої загрози: сформовані нейробиологічні патерни потребують цілеспрямованого клінічного втручання навіть тоді, коли умови зовнішнього середовища змінюються на безпечніші. Саме це робить клінічну роботу з тілесною дисоціацією невідкладним завданням сьогодення, а не відкладеною задачею постконфліктного відновлення.

У межах запропонованого підходу тілесна дисоціація розглядається як результат взаємодії трьох ключових нейропсихологічних механізмів, що функціонують як єдина система. Перший із них пов'язаний із порушенням інтероцептивної обробки, зокрема функціональним «замовчуванням» антеріорної інсули як нейронного субстрату суб'єктивного тілесного досвіду. Дослідження

Craig (2009) та Critchley з колегами (2004) переконливо показали, що антеріорна інсула виконує інтегративну функцію: вона отримує висхідні сигнали від усіх внутрішніх органів — серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, дихальної системи, м'язово-скелетного апарату — і перетворює цей потік даних на єдине суб'єктивне відчуття, яке Craig (2009) описав як «відчуття фізіологічного стану тіла в даний момент». Принципово важливо, що антеріорна інсула не просто реєструє тілесні сигнали — вона надає їм статус суб'єктивного досвіду, тобто перетворює фізіологічний процес на психологічну реальність.

Другий механізм відображає зниження прогностичної ваги інтероцептивних сигналів у межах предиктивного кодування, що призводить до викривлення їх інтерпретації або ігнорування. Модель предиктивного кодування, розроблена Фрістоном (Friston, 2010) і розвинена Сетом (Seth, 2021), пропонує принципово нове розуміння того, яким чином мозок формує суб'єктивний досвід. Відповідно до цієї моделі мозок є не пасивним реєстратором сенсорних сигналів, а активним прогнозистом: він безперервно генерує прогнози щодо поточного стану тіла і порівнює їх із реальними висхідними сигналами. Різниця між прогнозом і реальністю — так звана «помилка передбачення» (prediction error) — є рушієм суб'єктивного тілесного досвіду. Joshi et al. (2023) показали, що при ПТСР інтероцептивні сигнали самі стають умовними стимулами страху — тобто тілесні відчуття перетворюються на тригери травматичної реакції, що суттєво ускладнює механізм відновлення предиктивних моделей.

Третій механізм пов'язаний із хронічною активацією захисних реакцій автономної нервової системи, зокрема дорсального вагусного комплексу, що супроводжується зниженням варіабельності серцевого ритму як об'єктивного фізіологічного маркера (Porges, 2022). Відповідно до полівагальної теорії, вегетативна нервова система людини організована ієрархічно і включає три еволюційно різновікові підсистеми. Найдавніша з них — дорсальний вагусний комплекс (dorsal vagal complex, DVC) — забезпечує реакцію «завмирання» (freeze) при нестерпній або невідворотній загрозі. Це філогенетично закодована відповідь: якщо ні втеча, ні боротьба неможливі, організм переходить у стан іммобілізації та зниженого метаболізму. Саме цей стан нейрофізіологічно є основою тілесної дисоціації: при активації

DVC знижується активність антеріорної інсули, зменшується прогностична вага інтероцептивних сигналів і людина «виходить» із власного тілесного досвіду.

Ключовим результатом дослідження є те, що зазначені механізми не функціонують ізольовано, а утворюють взаємно підсилювальну систему, яка стабілізує стан тілесної дисоціації. Порушення інтероцепції знижує доступ до тілесних сигналів, що, у свою чергу, ускладнює корекцію предиктивних моделей. Викривлені або знецінені тілесні сигнали підкріплюють помилки передбачення, формуючи стійке очікування небезпеки або, навпаки, відсутності значущості тілесного досвіду. Одночасно вегетативна регуляція закріплює ці патерни через фізіологічні реакції імобілізації або гіпоактивації. Таким чином, тілесна дисоціація постає як самопідтримувана система, що функціонує за принципом замкненого кола.

У контексті порушення безпеки особистості тілесна дисоціація виконує парадоксальну функцію. З одного боку, вона є адаптивною реакцією, спрямованою на зниження інтенсивності травматичного переживання через обмеження доступу до тілесних відчуттів. З іншого — саме ця реакція руйнує базовий механізм відчуття безпеки, який формується через здатність відчувати, розпізнавати та інтегрувати тілесний досвід. У цьому сенсі тілесна дисоціація не лише є наслідком травми, але й виступає фактором її пролонгації.

Отримані результати дозволяють також уточнити роль тілесного виміру у структурі особистісної безпеки. Якщо безпека традиційно розглядається як когнітивно-емоційний конструкт, пов'язаний із оцінкою середовища, то в межах даного дослідження вона постає як тілесно опосередкований процес, що базується на точності інтероцептивної обробки, узгодженості предиктивних моделей та стабільності вегетативної регуляції. Порушення будь-якого з цих компонентів веде до зниження відчуття безпеки навіть за відсутності об'єктивної загрози.

Таким чином, *тілесна дисоціація може бути інтерпретована як ключовий механізм трансформації досвіду безпеки в умовах хронічного стресу*. Вона не лише відображає стан нервової системи, але й активно формує суб'єктивну реальність людини, визначаючи її здатність до саморегуляції, контакту з тілом та інтеграції досвіду. Це створює підґрунтя для подальшого аналізу інтегративної моделі

тілесної дисоціації як системи взаємодії інтероцептивних, предиктивних і вегетативних процесів.

Інтеграція нейропсихологічних підходів до пояснення тілесної дисоціації. Результати дослідження свідчать про те, що жоден із сучасних наукових підходів — інтероцептивний, предиктивний чи вегетативний — не забезпечує вичерпного пояснення феномену тілесної дисоціації у межах власної теоретичної рамки. Кожен із них описує окремий аспект порушення, однак лише їх інтеграція дозволяє сформулювати цілісне розуміння механізмів, що лежать в основі цього феномену. Nord & Garfinkel (2022) у систематичному огляді підтверджують, що інтероцептивні порушення є трансдіагностичним механізмом при широкому спектрі психічних розладів, а інтероцептивні шляхи є перспективними мішенями як психологічних, так і біологічних інтервенцій.

Інтеграція зазначених підходів дозволяє розглядати тілесну дисоціацію як результат порушення взаємодії між трьома рівнями функціонування: інтероцептивним (передача і усвідомлення тілесних сигналів), предиктивним (їх інтерпретація та узгодження з внутрішніми моделями) і вегетативним (фізіологічна регуляція стану організму). Ключовим є те, що ці рівні перебувають у постійній динамічній взаємодії, і зміни на одному з них неминуче впливають на інші.

Зокрема, зниження інтероцептивної точності обмежує можливість корекції предиктивних моделей, що веде до їх ригідності. У свою чергу, стабілізовані предиктивні помилки підтримують викривлену інтерпретацію тілесних сигналів або їх ігнорування. Паралельно вегетативна дисрегуляція закріплює ці патерни на фізіологічному рівні, формуючи стан, у якому тілесна дисоціація стає стійкою і самопідтримуваною.

Таким чином, тілесна дисоціація постає не як окремий дефіцит чи симптом, а як системна дисфункція, що виникає внаслідок порушення інтеграції між різними рівнями нейропсихологічної організації. Саме ця інтегративна перспектива створює підґрунтя для побудови узагальненої моделі, яка дозволяє не лише описати механізми тілесної дисоціації, але й пояснити варіативність її клінічних проявів.

Інтегративна нейропсихологічна модель тілесної дисоціації. Отримані результати теоретичного аналізу дозволили розробити

інтегративну нейропсихологічну модель тілесної дисоціації, яка описує цей феномен як результат порушення взаємодії між трьома функціональними рівнями: інтероцептивним, предиктивним і вегетативним. На відміну від підходів, що розглядають тілесну дисоціацію як наслідок ізольованого дефіциту (сенсорного, когнітивного або емоційного), запропонована модель інтерпретує її як системний процес, що формується внаслідок динамічної взаємодії нейропсихологічних механізмів.

Модель передбачає, що тілесна дисоціація виникає не внаслідок первинного «відключення» тілесних сигналів, а як результат порушення їх узгодження на різних рівнях обробки. Інтероцептивний рівень забезпечує передачу та первинну інтеграцію сигналів від внутрішніх органів і соматичних структур. Предиктивний рівень відповідає за інтерпретацію цих сигналів у межах внутрішніх моделей організму, що формуються на основі попереднього досвіду. Вегетативний рівень визначає фізіологічний стан організму через механізми автономної регуляції. Узгоджене функціонування цих рівнів створює основу для цілісного тілесного досвіду і відчуття безпеки.

У межах запропонованої моделі ключовим є принцип взаємозалежності рівнів. Порушення інтероцептивної обробки призводить до зниження точності тілесних сигналів, що обмежує можливість їх використання для оновлення предиктивних моделей. У свою чергу, ригідні або викривлені предиктивні моделі знижують чутливість до інтероцептивних даних, формуючи тенденцію до їх ігнорування або спотворення. Паралельно зміни у вегетативній регуляції — зокрема, домінування захисних реакцій іммобілізації або гіперактивації — стабілізують ці патерни на фізіологічному рівні, обмежуючи доступ до тілесного досвіду. Структура взаємодії рівнів подана на рис. 1.

Таким чином, тілесна дисоціація в межах моделі постає як результат порушення циркуляції інформації між рівнями. Інтероцептивні сигнали або не досягають рівня усвідомлення, або не інтегруються в узгоджену модель тіла. Предиктивні процеси підтримують викривлені уявлення про тілесний стан, тоді як вегетативна система закріплює ці порушення через фізіологічні реакції. Це формує замкнену систему, у якій тілесна дисоціація набуває самопідтримуваного характеру.

У структурі моделі виділяються три функціональні компоненти:

1. Інтероцептивний компонент, який включає процеси сприйняття та інтеграції тілесних сигналів. Його дисфункція проявляється у зниженні тілесної чутливості, труднощах у розпізнаванні фізіологічних станів та відчутті відчуженості від тіла.

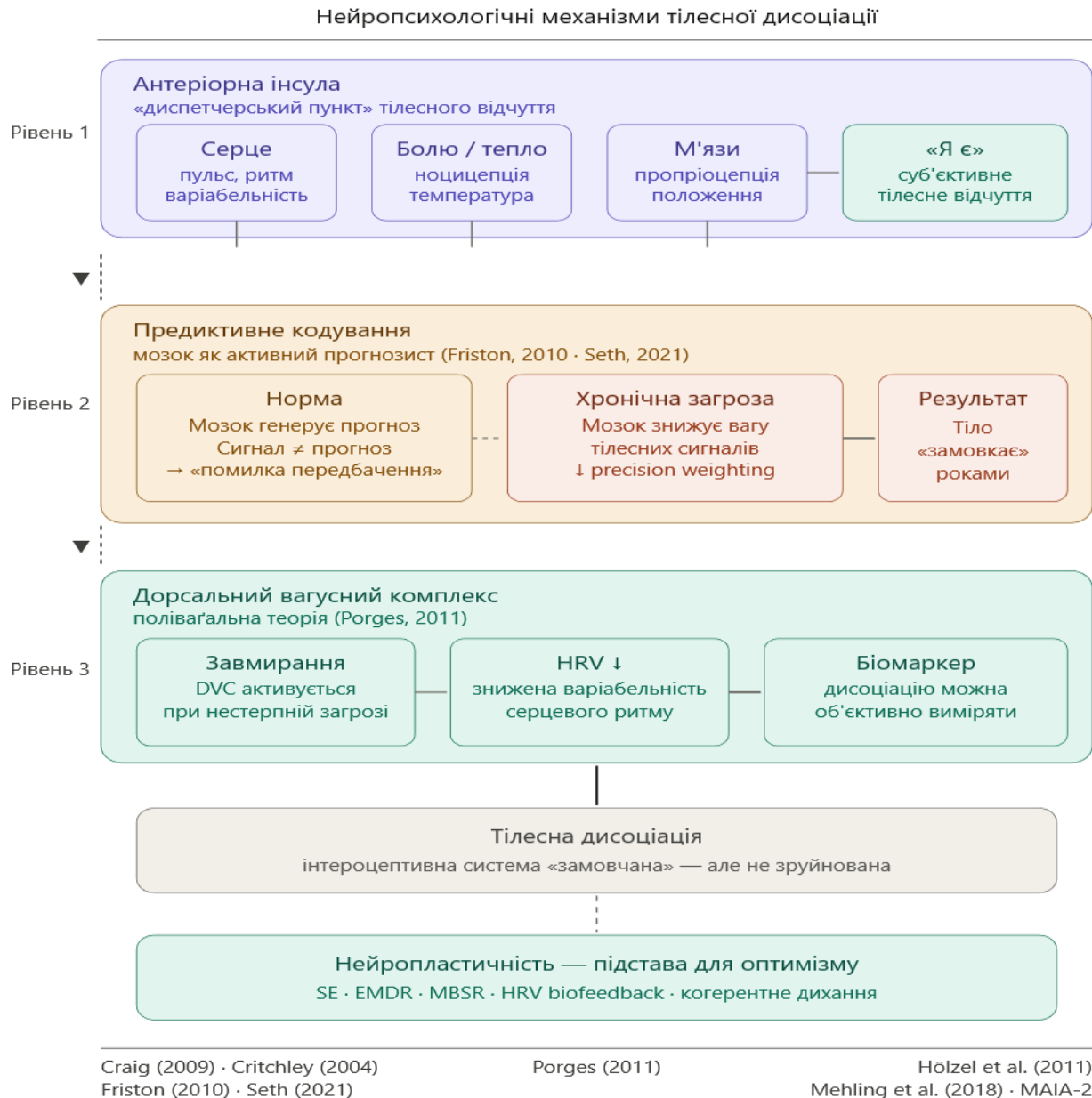


Рис. 1. Інтегративна нейропсихологічна модель тілесної дисоціації: три рівні аналізу та терапевтичні імплікації (складено автором на основі: Craig, 2009; Friston, 2010; Porges, 2011; Hölzel et al., 2011)

2. Предиктивний компонент, що відображає процеси формування та оновлення внутрішніх моделей організму. Порушення

цього рівня проявляється у стабілізації помилкових передбачень, які не коригуються актуальними тілесними даними.

3. Вегетативний компонент, пов'язаний із регуляцією станів організму через автономну нервову систему. Його дисфункція проявляється у домінуванні захисних реакцій, зниженні варіабельності серцевого ритму та обмеженні доступу до тілесного досвіду.

Важливою особливістю моделі є її динамічний характер. Рівні не функціонують як ізольовані блоки, а перебувають у постійній взаємодії, формуючи різні конфігурації тілесного досвіду залежно від умов середовища та індивідуальної історії травматизації. У цьому контексті тілесна дисоціація може варіювати від часткового зниження тілесної усвідомленості до глибокого порушення інтеграції тілесного «Я».

Умови хронічної воєнної загрози виступають фактором, що значно посилює ці процеси. Постійна активація системи захисту призводить до стабілізації вегетативних патернів, які обмежують інтероцептивну чутливість і сприяють формуванню ригідних предиктивних моделей. У результаті тілесна дисоціація набуває не ситуативного, а стійкого характеру, що визначає особливості функціонування особистості в умовах тривалого стресу.

Запропонована модель дозволяє не лише узагальнити існуючі теоретичні підходи, але й створює концептуальну основу для подальшого аналізу клінічних проявів тілесної дисоціації. Саме в межах цієї моделі стає можливим виділення типових клінічних профілів, які відображають різні варіанти взаємодії інтероцептивного, предиктивного та вегетативного компонентів.

Клінічні профілі тілесної дисоціації. Виділення клінічних профілів тілесної дисоціації ґрунтується на припущенні про її гетерогенний характер та залежність від домінуючих нейропсихологічних механізмів. У межах запропонованої інтегративної моделі тілесна дисоціація розглядається як результат різних конфігурацій взаємодії інтероцептивного, предиктивного та вегетативного компонентів. Це дозволяє систематизувати клінічні прояви не за симптоматичним принципом, а відповідно до механізмів їх формування.

У межах запропонованої моделі тілесна дисоціація проявляється у вигляді різних клінічних профілів, що відображають домінування

певних нейропсихологічних механізмів (табл. 1).

Інтероцептивно-дефіцитарний профіль характеризується зниженням тілесної чутливості та труднощами розпізнавання власних фізіологічних станів, що клінічно проявляється як відчуження від тіла і алекситимічні тенденції.

Предиктивно-викривлений профіль відображає порушення на рівні інтерпретації тілесних сигналів: людина або надмірно фіксується на тілесних відчуттях, катастрофізуючи їх, або, навпаки, систематично їх знецінює, не визнаючи їх значущості.

Вегетативно-заблокований профіль проявляється через стани іммобілізації та емоційної притупленості, де домінування захисних реакцій автономної нервової системи блокує доступ до тілесного досвіду як такого.

Нарешті, інтегративно-дисрегульований профіль є найбільш складним у клінічному відношенні: він відображає нестабільність регуляційних процесів, при якій людина коливається між станами гіперактивації та емоційного відключення, не маючи стійкої точки опори у власному тілесному досвіді.

Таблиця 1.

Клінічні профілі тілесної дисоціації

Профіль	Домінуючий механізм	Основні прояви	Клінічні особливості
Інтероцептивно-дефіцитарний	Зниження точності інтероцепції	Тілесна “порожнеча”, слабе відчуття сигналів, труднощі розпізнавання станів	Відчуження від тіла, алекситимічні тенденції (Woelk & Garfinkel, 2025; Khalsa et al., 2018)
Предиктивно-викривлений	Помилки передбачення	Невідповідність між відчуттями і їх інтерпретацією, гіперінтерпретація або ігнорування сигналів	Тривожність, катастрофізація або знецінення тілесного досвіду (Friston, 2010; Seth, 2021)
Вегетативно-заблокований	Домінування захисних реакцій АНС	Гіпоактивація, тілесна анестезія, “завмирання”	Стан іммобілізації, емоційна притупленість (Porges, 2011; Gatus et al., 2022)
Інтегративно-дисрегульований	Комбінована дисфункція	Фрагментація тілесного досвіду, нестабільність станів	Коливання між гіперактивацією і відключенням (Van der Hart et al., 2006)

Висновки і перспективи подальших досліджень. Проведений теоретико-методологічний аналіз дозволяє розглядати тілесну дисоціацію не як ізольований симптом, а як системний нейропсихологічний феномен, безпосередньо пов'язаний із

порушенням тілесного виміру безпеки особистості. В умовах тривалого воєнного стресу вона набуває характеру поширеного, але латентного процесу, що маскується під адаптивну витривалість і визначає особливості суб'єктивного досвіду, саморегуляції та поведінки. Принципово важливим є те, що тілесна дисоціація не лише відображає стан нервової системи, але й активно формує суб'єктивну реальність людини, визначаючи її здатність до контакту з тілом, афективної регуляції та інтеграції досвіду — тобто виступає ключовим механізмом трансформації самого переживання безпеки особистості в умовах хронічної загрози.

У дослідженні обґрунтовано, що тілесна дисоціація формується внаслідок порушення взаємодії трьох рівнів нейропсихологічного функціонування. На інтероцептивному рівні знижується точність сприйняття тілесних сигналів і послаблюється активність антеріорної інсули як нейронного субстрату суб'єктивного тілесного досвіду. На предиктивному рівні відбувається зниження прогностичної ваги інтероцептивних сигналів, що призводить до стабілізації викривлених внутрішніх моделей тіла і підтримує стан тілесного відчуження. На вегетативному рівні хронічна активація дорсального вагусного комплексу зі зниженням варіабельності серцевого ритму закріплює ці патерни фізіологічно, формуючи об'єктивно вимірюваний біомаркер дисоціативного стану. Зазначені процеси не є ізольованими — вони взаємно підсилюють один одного, формуючи самопідтримувану замкнену систему порушень, у якій тілесна дисоціація набуває стійкого характеру навіть за умови зменшення зовнішньої загрози.

Розроблена інтегративна нейропсихологічна модель тілесної дисоціації є першою спробою в україномовній науковій літературі представити цей феномен як системну багаторівневу дисфункцію, а не як наслідок ізольованого дефіциту. Модель пояснює механізми виникнення та підтримання тілесної дисоціації, а також її варіативність у клінічних проявах через різні конфігурації взаємодії між рівнями. Виділені чотири клінічні профілі — інтероцептивно-дефіцитарний, предиктивно-викривлений, вегетативно-заблокований та інтегративно-дисрегульований — систематизують цю варіативність і створюють концептуальну основу для диференційованої клінічної оцінки.

Практичне значення отриманих результатів є багатовимірним. По-перше, запропонована модель може слугувати теоретичною

основою для вдосконалення психодіагностичних підходів: розуміння того, який рівень є провідним у конкретного пацієнта, дозволяє обирати більш точні стратегії оцінки — від самозвітних методик до об'єктивних фізіологічних показників варіабельності серцевого ритму. По-друге, інтегративний підхід обґрунтовує пріоритет соматично-орієнтованих терапевтичних інтервенцій, що адресують тілесний рівень порушення, а не лише його когнітивні або емоційні прояви. По-третє, розуміння тілесної дисоціації як порушення безпеки особистості розширює саму терапевтичну мету: відновлення тілесної безпеки стає пріоритетним завданням психологічної допомоги, а не лише симптоматичним результатом лікування. Водночас дослідження має обмеження, пов'язані з його теоретичним характером і відсутністю емпіричної перевірки запропонованої моделі. Узагальнення клінічних спостережень, покладені в основу типології профілів, не дозволяють робити остаточних висновків щодо їх поширеності та діагностичної точності без відповідних психометричних досліджень.

Перспективи подальших наукових розвідок окреслюються у кількох пріоритетних напрямках. Найбільш нагальним є емпірична валідація інтегративної моделі тілесної дисоціації на українських клінічних вибірках — зокрема серед цивільного населення, внутрішньо переміщених осіб і ветеранів — із використанням батареї стандартизованих інструментів та об'єктивних показників варіабельності серцевого ритму. Окремого значення набуває розробка і стандартизація україномовних діагностичних інструментів, специфічних для вимірювання тілесної дисоціації, оскільки жодна з провідних специфічних методик наразі не має валідизованої україномовної версії. Перспективним є також вивчення ефективності психотерапевтичних підходів, орієнтованих на відновлення тілесної інтеграції в умовах хронічного стресу, що дозволить сформулювати доказову базу для вітчизняної клінічної практики. Нарешті, окремого дослідження потребує тілесна дисоціація у контексті воєнної травматизації — як серед різних категорій постраждалого населення, так і серед фахівців, що надають психологічну допомогу в умовах тривалого конфлікту, — що дозволить поглибити розуміння механізмів адаптації та розробити більш ефективні диференційовані інтервенції.

Література

1. Курапов, А. О., & Данилюк, І. В. (2024). Травма війни 2022: оцінка ПТСР і КІПТСР серед населення України та сусідніх країн. *Український психологічний журнал*, 2(22). [https://doi.org/10.17721/upj.2024.2\(22\).4](https://doi.org/10.17721/upj.2024.2(22).4)
2. Craig, A. D. (2009). How do you feel—now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(1), 59–70. <https://doi.org/10.1038/nrn2555>
3. Critchley, H. D., Wiens, S., Rotshtein, P., Öhman, A., & Dolan, R. J. (2004). Neural systems supporting interoceptive awareness. *Nature Neuroscience*, 7(2), 189–195. <https://doi.org/10.1038/nrn1176>
4. Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt Brace & Company. 386 pp. <https://doi.org/10.26439/persona2000.n003.1708>
5. Friston, K. (2010). The free-energy principle. *Nature Reviews Neuroscience*, 11(2), 127–138. <https://doi.org/10.1038/nrn2787>
6. Garfinkel, S. N., Seth, A. K., Barrett, A. B., Suzuki, K., & Critchley, H. D. (2015). Knowing your own heart: distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological psychology*, 104, 65–74. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.11.004>
7. Gatus, A., Jamieson, G., & Stevenson, B. (2022). Past and future explanations for depersonalization and derealization disorder: A role for predictive coding. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16, 744487. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.744487>
8. Greenwood, B. M., & Garfinkel, S. N. (2025). Interoceptive mechanisms and emotional processing. *Annual Review of Psychology*, 76, 59–86. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020924-125202>
9. Heim, N., Bobou, M., Tanzer, M., Jenkinson, P. M., Steinert, C., & Fotopoulou, A. (2023). Psychological interventions for interoception. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 77(10), 530–540. <https://doi.org/10.1111/pcn.13576>
10. Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
11. Herrera, E., García, A. M., Baez, S., & Ibáñez, A. (2025). Impaired interoception in victims of armed conflict. *Frontiers in Psychology*, 16, 1567574. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1567574>
12. Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry research*, 191(1), 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2010.08.006>
13. Joshi, S. A., Aupperle, R. L., & Khalsa, S. S. (2023). Interoception in fear learning and posttraumatic stress disorder. *Focus*, 21(3), 266–277. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20230007>
14. Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., Feusner, J. D., Garfinkel, S. N., Lane, R. D., Mehling, W. E., Meuret, A. E., Nemeroff, C. B., Oppenheimer, S., Petzschner, F. H., Pollatos, O., Rhudy, J. L., Schramm, L. P., Simmons, W. K., Stein, M. B., Stephan, K. E., ... Interoception Summit 2016 participants (2018). Interoception and Mental Health: A Roadmap. *Biological psychiatry. Cognitive neuroscience and neuroimaging*, 3(6), 501–513. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.12.004>
15. Lazorko, O., Panchuk, N., Borysiuk, O., Kulchytska, A., Borysenko, O., & Khavula, R. (2022). Psychological safety of the individual. *BRAIN*, 13(1), 324–346. <https://doi.org/10.18662/BRAIN/13.1/287>
16. Leech, K., Stapleton, P., & Patching, A. (2024). Interoceptive awareness and PTSD: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1355442. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1355442>
17. Nord, C. L., & Garfinkel, S. N. (2022). Interoceptive pathways to understand and treat mental health conditions. *Trends in Cognitive Sciences*, 26(6), 499–513. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2022.03.004>
18. Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of*

emotions, attachment, communication, and self-regulation. W. W. Norton & Company.

19. Porges, S. W. (2022). Polyvagal theory: A science of safety. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 16, 871227. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>

20. Putica, A., Argus, A., Khanna, R., Nurse, J., & Varker, T. (2024). Interoceptive interventions for PTSD. *Traumatology*. <https://doi.org/10.1037/trm0000507>

21. Scaer, R. (2014). *The body bears the burden: Trauma, dissociation, and disease* (3rd ed.). Routledge.

22. Seth, A. K. (2021). *Being you: A new science of consciousness*. Faber & Faber.

23. Steele, K., Boon, S., & van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Company.

24. Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W. W. Norton & Company.

25. Woelk, S. P., & Garfinkel, S. N. (2025). Dissociative Symptoms and Interoceptive Integration. *Current topics in behavioral neurosciences*, 74, 245–277. https://doi.org/10.1007/7854_2024_480

References

1. Kurapov, A. O., & Danyliuk, I. V. (2024). Travma viiny 2022: otsinka PTSR i KPTSR sered naseleennia Ukrainy ta susidnikh krain [War trauma 2022: Assessment of PTSD and CPTSD among the population of Ukraine and neighboring countries]. *Ukrainskyi psykholohichnyi zhurnal – Ukrainian Psychological Journal*, 2(22). [https://doi.org/10.17721/upj.2024.2\(22\).4](https://doi.org/10.17721/upj.2024.2(22).4) [in Ukrainian]

2. Craig, A. D. (2009). How do you feel—now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(1), 59–70. <https://doi.org/10.1038/nrn2555>

3. Critchley, H. D., Wiens, S., Rotshtein, P., Öhman, A., & Dolan, R. J. (2004). Neural systems supporting interoceptive awareness. *Nature Neuroscience*, 7(2), 189–195. <https://doi.org/10.1038/nn1176>

4. Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt Brace & Company. 386 pp. <https://doi.org/10.26439/persona2000.n003.1708>

5. Friston, K. (2010). The free-energy principle. *Nature Reviews Neuroscience*, 11(2), 127–138. <https://doi.org/10.1038/nrn2787>

6. Garfinkel, S. N., Seth, A. K., Barrett, A. B., Suzuki, K., & Critchley, H. D. (2015). Knowing your own heart: distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological psychology*, 104, 65–74. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.11.004>

7. Gatus, A., Jamieson, G., & Stevenson, B. (2022). Past and future explanations for depersonalization and derealization disorder: A role for predictive coding. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16, 744487. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.744487>

8. Greenwood, B. M., & Garfinkel, S. N. (2025). Interoceptive mechanisms and emotional processing. *Annual Review of Psychology*, 76, 59–86. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020924-125202>

9. Heim, N., Bobou, M., Tanzer, M., Jenkinson, P. M., Steinert, C., & Fotopoulou, A. (2023). Psychological interventions for interoception. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 77(10), 530–540. <https://doi.org/10.1111/pcn.13576>

10. Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.

11. Herrera, E., García, A. M., Baez, S., & Ibáñez, A. (2025). Impaired interoception in victims of armed conflict. *Frontiers in Psychology*, 16, 1567574. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1567574>

12. Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry research*, 191(1), 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.006>

13. Joshi, S. A., Aupperle, R. L., & Khalsa, S. S. (2023). Interoception in fear learning and posttraumatic stress disorder. *Focus*, 21(3), 266–277. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20230007>
14. Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., Feusner, J. D., Garfinkel, S. N., Lane, R. D., Mehling, W. E., Meuret, A. E., Nemeroff, C. B., Oppenheimer, S., Petzschner, F. H., Pollatos, O., Rhudy, J. L., Schramm, L. P., Simmons, W. K., Stein, M. B., Stephan, K. E., ... Interoception Summit 2016 participants (2018). Interoception and Mental Health: A Roadmap. *Biological psychiatry. Cognitive neuroscience and neuroimaging*, 3(6), 501–513. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.12.004>
15. Lazorko, O., Panchuk, N., Borysiuk, O., Kulchytska, A., Borysenko, O., & Khavula, R. (2022). Psychological safety of the individual. *BRAIN*, 13(1), 324–346. <https://doi.org/10.18662/BRAIN/13.1/287>
16. Leech, K., Stapleton, P., & Patching, A. (2024). Interoceptive awareness and PTSD: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1355442. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1355442>
17. Nord, C. L., & Garfinkel, S. N. (2022). Interoceptive pathways to understand and treat mental health conditions. *Trends in Cognitive Sciences*, 26(6), 499–513. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2022.03.004>
18. Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W. W. Norton & Company.
19. Porges, S. W. (2022). Polyvagal theory: A science of safety. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 16, 871227. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>
20. Putica, A., Argus, A., Khanna, R., Nursey, J., & Varker, T. (2024). Interoceptive interventions for PTSD. *Traumatology*. <https://doi.org/10.1037/trm0000507>
21. Scaer, R. (2014). *The body bears the burden: Trauma, dissociation, and disease* (3rd ed.). Routledge.
22. Seth, A. K. (2021). *Being you: A new science of consciousness*. Faber & Faber.
23. Steele, K., Boon, S., & van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Company.
24. Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W. W. Norton & Company.
25. Woelk, S. P., & Garfinkel, S. N. (2025). Dissociative Symptoms and Interoceptive Integration. *Current topics in behavioral neurosciences*, 74, 245–277. https://doi.org/10.1007/7854_2024_480

Received: 06.03.2026

Accepted: 28.03.2026