

КРИЗОВІ ПОДІЇ ЯК ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ФАКТ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ

Вірна Жанна

Волинський національний університет імені Лесі Українки

Луцьк, Україна

Virna.Zhanna@vnu.edu.ua

ORCID : <https://orcid.org/0000-0001-8134-2691>

Метою презентованого матеріалу є теоретичне обґрунтування кризових подій як психосоматичного факту людського життя та розкриття їх впливу на цілісне функціонування особистості.

Методи. Визначений теоретико-методологічний напрямок аналізу складається з психологічного реконструювання психосоматичного факту в ракурсі кризової детермінації життя та виявлення методологічних координат його функціонування.

Результати. У статті здійснено теоретичне осмислення кризових подій як психосоматичного факту людського життя. Історичний огляд базових позицій психосоматики склав основу обґрунтування кризової події не лише як зовнішньої обставини, а як цілісний досвід, що виявляється на тілесному, емоційному, когнітивному, поведінковому та смисложиттєвому рівнях. Розроблено структурно-функціональну модель психосоматичного факту людського життя в контексті кризових подій. Запропонована модель відображає розуміння психосоматичного факту як цілісного процесу людського життя, в якому кризові події порушують біопсихологічний гомеостаз і запускають динаміку деінтеграції або реінтеграції. У цій динаміці психосоматичний факт виявляється через взаємодію первинного й вторинного страждання, природних і соматичних емоцій, соматичної пам'яті, а також через співвідношення деінтеграційної вразливості та реінтеграційної резильєнтності. Такий підхід дозволяє розглядати здоров'я і хворобу не як ізольовані стани, а як полюси єдиного психосоматичного процесу, що розгортається в межах біному нормальності — між задоволенням і болем, позитивним досвідом і стражданням. Особливу інтеграційну функцію в цій системі виконує імунна система, яка постає як психосоматичний інтегратор. Доведено, що у цьому ракурсі психосоматичний факт постає як форма цілісного функціонування людини та наголошено на значенні прикладного використання салютогенного підходу.

Висновки. Презентований методологічний синтез розгляду проблеми актуалізує пошуки нових форматів вивчення психосоматичного факту в

розробках салютогенного підходу до осмислення кризи як досвіду, потенціалу відновлення, зростання і пошуку нового сенсу.

Ключові слова: кризові події, психосоматика, психосоматичний факт, реінтеграційна резильєнтність, дезінтеграційна вразливість, біопсихологічний гомеостаз, задоволення/біль, первинне/вторинне страждання, соматичні емоції, соматична пам'ять, здоров'я/хвороба, психоімунна система, салютогенний підхід.

Zhanna Virna. Crisis events as a psychosomatic fact of human life.

Purpose. The purpose of the presented study is to provide a theoretical substantiation of crisis events as a psychosomatic fact of human life and to reveal their influence on the integral functioning of personality.

Methods. The defined theoretical and methodological direction of the analysis consists in the psychological reconstruction of the psychosomatic fact from the perspective of the crisis determination of life and in identifying the methodological coordinates of its functioning.

Results. The article presents a theoretical understanding of crisis events as a psychosomatic fact of human life. A historical review of the basic positions of psychosomatics constituted the basis for substantiating a crisis event not only as an external circumstance, but also as an integral experience manifested at the bodily, emotional, cognitive, behavioral, and meaning-of-life levels. A structural-functional model of the psychosomatic fact of human life in the context of crisis events has been developed. The proposed model reflects the understanding of the psychosomatic fact as an integral process of human life in which crisis events disturb biopsychological homeostasis and trigger the dynamics of disintegration or reintegration. Within this dynamic, the psychosomatic fact manifests itself through the interaction of primary and secondary suffering, natural and somatic emotions, somatic memory, as well as through the correlation between disintegration vulnerability and reintegrative resilience. This approach makes it possible to consider health and illness not as isolated states, but as poles of a unified psychosomatic process unfolding within the binomial of normality — between pleasure and pain, positive experience and suffering. A special integrative function in this system is performed by the immune system, which appears as a psychosomatic integrator. It is argued that, in this perspective, the psychosomatic fact emerges as a form of integral human functioning, and the importance of the practical application of the salutogenic approach is emphasized.

Conclusions. The presented methodological synthesis of the problem actualizes the search for new formats of studying the psychosomatic fact within the development of the salutogenic approach to understanding crisis as an experience that contains the potential for recovery, growth, and the search for new meaning.

Keywords: crisis events, psychosomatics, psychosomatic fact, reintegrative resilience, disintegration vulnerability, biopsychological homeostasis, pleasure/pain,

primary/secondary suffering, somatic emotions, somatic memory, health/illness, psychoimmune system, salutogenic approach.

Вступ. Сучасний світ живе під впливом глобального функціонування, яке визначає й нові правила, принципи і методології. Питання психосоматики знаходиться на перехресті вимог глобалізації суспільства, адже у сучасному світі кризові події дедалі частіше стають невід’ємною частиною людського життя. Війни, вимушена міграція, соціальна нестабільність, втрата близьких, хронічний стрес, економічна невизначеність, руйнування звичних життєвих орієнтирів істотно змінюють не лише зовнішні умови існування людини, а й саму структуру її внутрішнього переживання. У таких обставинах криза постає не просто як сукупність несприятливих подій або як короткочасне порушення життєвої рівноваги, а як глибокий досвід, що охоплює цілісне функціонування особистості, змінюючи тілесний стан, емоційне самопочуття, спосіб мислення, характер поведінки, систему смислів і відчуття майбутнього. Усе це наштовхує на аналіз цієї проблеми у новому структурно-функціональному ракурсі.

Метою статті є теоретичне обґрунтування кризових подій як психосоматичного факту людського життя та розкриття їх впливу на цілісне функціонування особистості.

В основу покладено **метод** психологічного реконструювання як теоретичне дослідження психосоматичного факту в ракурсі кризової детермінації життя та виявлення методологічних координат його функціонування.

Результати і обговорення. Центральним конструктом у заявленій темі є психосоматичний факт, який розглядається у причинно-наслідковому ракурсі щодо кризових подій, які традиційно в психології розглядаються в контексті стресу, травми, дезадаптації, фрустрації, посттравматичних переживань чи порушень психічного здоров’я (Вірна, 2025; Волков, 2023; Гошовська & Гошовський, 2024; Коширець та ін., 2024; Федотова, 2022 та ін.). В клінічній практиці зустрічаємо дилему щодо розмежування психічного і тілесного, а відповідно спостерігаємо проблемні питання психологічної чи соматичної інтерпретації (Бамбурак, 2019; Бочелюк та ін., 2022; Перетятко & Тесленко, 2017; Хрол, 2024 та ін.). Вдаючись до історії становлення цієї галузі, згадаємо, що термін «психосоматичний» почав використовуватися завдяки Й. Хайнроту ще на початку ХХ

століття, але варіації щодо інтерпретації зв'язку тіла і розуму розробляються й по сьогодні (Muskin, 2007).

Значущими віхами цього процесу стали ідеї З. Фрейда, зокрема його теорії істерії та актуального неврозу, які можна розглядати як важливі етапи в осмисленні взаємозв'язку психічного й соматичного. Зокрема, він у своїх дослідженнях істерії розглядає соматичний компонент симптома з економічної точки зору та концептуалізує феномен зв'язку, якому надає символічне вираження конфлікту (Freud, 2015).

У середині ХХ століття американська психосоматика набула оформлення в працях Ф. Александера та Х. Данбар, які розглядали психосоматичні розлади як наслідок станів хронічного напруження, пов'язаних із неадекватним вираженням певних переживань, що передаються тілу. На думку Ф. Александера, емоційне напруження, яке виникає внаслідок пережитих конфліктів або придушених емоцій, стимулює роботу певних органів, доводячи до своєрідного «аномального застою енергії», що збільшує або зберігає вироблення фізіологічних речовин, що відповідають тим чи іншим емоціям та порушує їх нормальне функціонування (Alexander, 1987). Х. Данбар розробила концепцію схильності до певних захворювань в залежності від типу особистості і обґрунтовує поняття профілю особистості як визначального преморбідного фактора у появі певних психосоматичних захворювань (Ogilvie, 2003).

Подальший розвиток психосоматичної проблематики пов'язаний із паризькою школою психосоматичної медицини, у межах якої психосоматичне осмислювалося як підхід до пацієнтів, психотерапевтична техніка і теорія, спрямовані на розуміння того, що відбувається у психіці людини, яка реагує на конфлікти й травматичні події соматизацією (Вінс та ін., 2024; Марута та ін., 2022). В цьому контексті П. Марті говорить про труднощі у вільному фантазуванні, бідності суб'єктивних асоціацій та відсутність афективних реакцій на втрати та інші травматичні події, які метафорично називає «білими відносинами» або «оперативним життям» (Marty, 1998). А у працях Дж. Макдугалл особливо підкреслювалося, що емоцію не можна розглядати як суто психічне або суто фізичне явище, оскільки за своєю природою вона є психосоматичною (MacDougall, 1983). Біологічний і нейрофізіологічний напрям розвитку психосоматики пов'язаний із концепціями К. Бернара, який увів поняття

внутрішнього середовища, У. Кеннона, що розвинув ідею гомеостазу, та Г. Сельє, який обґрунтував поняття стресу як неспецифічної реакції організму на вимогу до адаптації (Selye, 1976). Отже, історія психосоматики переконливо демонструє поступове утвердження думки про те, що тілесне, психічне й емоційне в людському житті не можуть бути адекватно зрозумілими ізольовано, особливо в ситуаціях хвороби, стресу та кризових подій (Goli, 2026; Juma, 2026; Moran et al., 2023).

Здобутки науковців можна продовжувати й далі, адже це лише «вершина айсбергу» психосоматики, історія розвитку якої й досі є не цілком узгодженою. Помітним є те, що різні наукові школи визнають значущість психосоматичного підходу, однак кожна з них акцентує переважно власний аспект проблеми, що ускладнює формування цілісної концепції. Унаслідок цього психосоматика часто зводиться лише до вивчення психологічних впливів на соматичне захворювання, або, навпаки, надмірно психологізується, втрачаючи тілесний вимір. Залишається поширеним і спрощене уявлення, ніби одні захворювання є суто психосоматичними, а інші — виключно соматичними чи психологічними. Однак такий підхід не враховує, що фізичний і психічний біль є взаємопов'язаними вимірами єдиного людського досвіду. Навіть численні спроби теоретично подолати дихотомію тіла й психіки часто фактично лише маскують її, продовжуючи відтворювати їх як окремі сутності. Саме тому одним із центральних викликів сучасної психосоматики залишається пошук такої концептуальної оптики, яка дозволила б осмислювати людину як цілісність, а хворобу, страждання і кризові події — як форми єдиного психосоматичного процесу. В одній праці Дж. Мілейро ми знаходимо досить оригінальну спробу обґрунтування структурної психосоматики (Milheiro, 1999), і це наштовхнуло на ідею конкретизації *психосоматичного факту* життя людини.

У такому суб'єктно-цілісному контексті перспективним є розгляд кризових подій як *психосоматичного факту* людського життя. Таке розуміння дозволяє вийти за межі вузько медичного тлумачення психосоматики і перенести акцент на цілісність людського досвіду. Психосоматичний факт у цьому разі постає як нерозривна єдність тілесного, емоційного, когнітивного, поведінкового та смисложиттєвого вимірів, у межах якої людина не просто реагує на кризу, а переживає її всім способом свого буття. Саме тут

концептуально значущими є праці Т. Титаренко, у яких криза осмислюється як подія життєвого шляху та життєвого світу особистості, а психологічне благополуччя — як результат активного життєтворення, смислового переосмислення і здатності до посттравматичного зростання (Титаренко, 2018).

Вважаємо, що розгляд кризових подій як психосоматичного факту людського життя потребує виходу за межі традиційної дихотомії психічного і тілесного. Кризова подія не є лише зовнішньою обставиною або локальним стресором, що викликає окремі емоційні чи соматичні реакції. Вона постає як цілісний факт буття людини, який одночасно виявляється у переживанні, тілесному стані, способі осмислення світу, характері самосприйняття та зміні життєвого шляху. У цьому контексті психосоматичний вимір кризи доцільно розуміти як форму глибинного включення події в загальну організацію людського життя, де тіло і психіка не протиставляються, а функціонують як єдність. З цього приводу Т. Хомуленко наголошує, що психосоматику потрібно розглядати не як вузько медичну проблему окремих симптомів, а як спосіб розуміння цілісної людини в єдності тілесного, психічного та особистісного вимірів (Хомуленко, 2019).

З метою систематизації матеріалу розроблено структурно-функціональну модель психосоматичного факту людського життя в контексті кризових подій (рис. 1).

Передусім вважаємо, що кризова подія як потужний чинник, порушує *біопсихологічний гомеостаз*, тобто внутрішню рівновагу людини на тілесному, емоційному й психічному рівнях. У відповідь на кризу організм і психіка переходять у стан підвищеної напруги, мобілізації або виснаження, що змінює звичний режим функціонування. Якщо це порушення є тривалим або надмірно інтенсивним, воно може призводити до деінтеграції, соматизації переживань, емоційного виснаження та зниження адаптаційних ресурсів. Водночас саме через відновлення або перебудову цього гомеостазу стає можливою реінтеграція та психологічне відновлення особистості.

У контексті кризових подій доцільно розглядати два взаємопов'язані полюси психосоматичного реагування — *реінтеграційну резильєнтність* і *деінтеграційну вразливість*. Якщо реінтеграційна резильєнтність відображає здатність особистості

відновлювати внутрішню цілісність, узгодженість і адаптивне функціонування після порушення біопсихологічного гомеостазу, то деінтеграційна вразливість виявляє схильність до ослаблення зв'язків між тілесними, емоційними, когнітивними та смисловими компонентами досвіду під впливом стресу або травматичних подій. Саме співвідношення цих двох тенденцій визначає, чи набуде кризовий досвід деструктивного характеру, чи стане підґрунтям для відновлення, адаптації та подальшого особистісного розвитку.

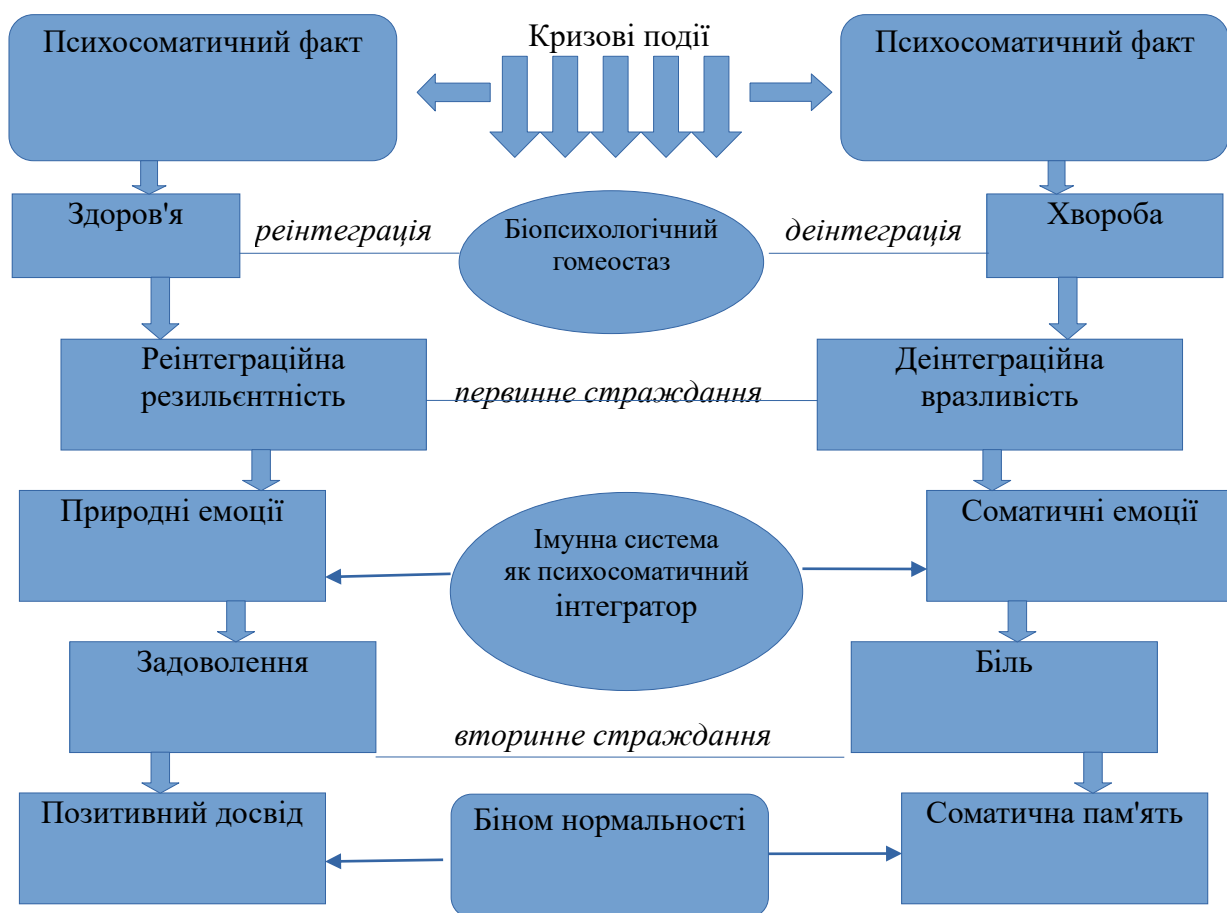


Рис. 1. Структурно-функціональна модель психосоматичного факту людського життя в контексті кризових подій

Маркером змістовного наповнення психосоматичного реагування є *первинне страждання* яке формується як базовий досвід порушення біопсихологічного гомеостазу та надалі опосередковує індивідуальні способи переживання кризи. Йдеться про не завжди очевидні, але суттєві індикатори порушення внутрішньої рівноваги: зміни тілесної чутливості, хронічне напруження, втрату відчуття безпеки, порушення сну, ослаблення здатності до символізації

переживань, звуження смислової перспективи, зниження толерантності до фрустрації, підвищену тривожну настороженість або тілесно закріплені форми емоційного реагування.

Також наші розмірковування вибудовуються з ідеї про те, що кризові події не можна розглядати як щось цілком зовнішнє або випадкове щодо людського буття. Вони актуалізують ту глибинну чутливість, яка вже закладена в самій структурі життя. У своїй концепції «перехідного простору» Д. Віннікот розкриває питання формування психосоматичної структури особистості через порушення процесу ідентичності за рахунок незадовільних відносин між матір'ю і дитиною в ранньому симбіозі, що призводить до несформованості та недієвості меж Я (Winnicott, 1994).

Наступною функціональною ланкою є *імунна система*, що як психосоматичний інтегратор забезпечує взаємозв'язок між психічними переживаннями, емоційним стресом і соматичним станом організму. Її психосоматична роль полягає в тому, що вона опосередковує вплив кризових подій, хронічного напруження та емоційного неблагополуччя на тілесне функціонування, беручи участь у підтриманні або порушенні біопсихологічного гомеостазу. Імунна система має тісний зв'язок із емоційною сферою, а саме йдеться про *природні* та *соматичні* емоції. Якщо природні емоції — це базові реакції людини, які виникають безпосередньо у відповідь на значущу подію чи стимул (страх, гнів, радість, смуток, подив, відраза), та є природною частиною людського реагування. То соматичні емоції — це емоції, які тілесно закріплюються або виявляються через тіло як слід пережитого досвіду. Вони пов'язані не лише з безпосереднім емоційним переживанням, а й із тим, як цей досвід «записується» в тілесній пам'яті, напруженні, чутливості. Загалом соматичні емоції слід розуміти як тілесно фіксовані сліди пережитого досвіду, що функціонують як своєрідні сигнали тривоги, напруження або мобілізації. Вони формуються в контексті особистої історії людини, її досвіду втрат, страху, небезпеки, болю чи нестачі підтримки й надалі можуть визначати характер реагування на нові кризові обставини.

Загалом, імунна система функціонує як *психосоматичний інтегратор*, виконуючи функцію своєрідного «*рухомого мозку*», який забезпечує автоматичну відповідь, пов'язану з емоційним життям і стражданням, що в ньому міститься, ще від внутрішньоутробного

життя. Інакше кажучи, імунна система активується як захисний механізм, що слугує для постійної регуляції організмичних систем, і якщо ця регуляція зазнає збою, тоді це відкриває шлях до хвороби.

У структурі психосоматичного факту природні емоції є безпосереднім афективним вираженням полюса *задоволення*, тоді як соматичні емоції відображають тілесно закріплений досвід його порушення або втрати. Кризові події завжди загострюють співвідношення задоволення і болю, виводячи його з латентного рівня на рівень безпосереднього переживання. Не важко погодитися, що такі кризові події як війна, втрата, хвороба, вимушене переміщення, розрив життєвих зв'язків або хронічна небезпека порушують не лише емоційний стан людини, а й саму її внутрішню узгодженість. У таких умовах *біль* (фізичний, психологічний) набуває не лише вторинного, ситуативного значення, пов'язаного з окремою подією, а може виявляти більш глибокий, структурний вимір, який входить у тканину життєвого досвіду.

Функціональним маркером вияву психосоматичного болю є *вторинні страждання*, які оформлені у соматичні симптоми, психічні розлади чи поведінкові дезадаптації, на яких ґрунтується вся медицина як органічного, так і психіатричного спрямування. У функціональному аспекті вторинне страждання характеризує той рівень психосоматичного реагування, на якому первинний афект, не будучи достатньо символізованим і психічно опрацьованим, трансформується в соматизовані або ресоматизовані форми прояву. Тобто вторинне страждання фіксує вже не початкову вразливість, а наслідок порушеної інтеграції афективного досвіду, коли тіло починає виконувати функцію носія того, що не було достатньо осмислене, символізоване або пережите на психічному рівні. Резюмуючим в цьому поясненні є твердження Д. МакДугалл про те, що афект не можна розглядати як суто психічне чи фізичне явище; емоція за своєю суттю є психосоматичним явищем, оскільки акт витіснення психічної складової емоції дозволяє фізіологічній складовій проявитися, як це було в ранньому дитинстві, що призводить до її ресоматизації; ті, хто постійно використовує дію як захист від душевного болю (тоді як більш доречними були б роздуми та розумова обробка), ризикують підвищити свою психосоматичну вразливість. Певні способи психічного функціонування, такі як конкретні, алекситимічні думки, часткова орієнтація на об'єкти та почуття тривоги переслідування,

набуті в перші місяці життя, до появи мовлення, можуть схилити до психосоматичних спалахів більше, ніж до невротичних, психотичним або збоченим рішенням, оскільки жахливі фантазії, які могли б стати виразними, негайно стираються з поля свідомості примітивними механізмами розщеплення та проективної ідентифікації, залишаючись позбавленими справжнього афективного впливу та символічної цінності, що змушує психіку надсилати сигнали досимволічного страждання, викликаючи соматичні, а не психічні реакції на невимовну тривогу (Макдугалл, 1983).

У цьому сенсі продуктивною є думка про своєрідний *біном нормальності*, в якому біль і задоволення співіснують як два взаємопов'язані полюси людського функціонування. Такий підхід дає змогу бачити кризу не тільки як руйнування рівноваги, а як подію, що виявляє базову вразливість людини й водночас її здатність до смислової, емоційної та тілесної перебудови. *Соматична пам'ять* є механізмом тілесного закріплення пережитого досвіду, тоді як позитивний досвід є її ресурсним змістом. Саме завдяки *позитивному досвіду*, що фіксується в соматичній пам'яті, людина зберігає тілесно опосередковане відчуття безпеки, підтримки, задоволення й внутрішньої узгодженості, яке може ставати підґрунтям реінтеграційної резильєнтності.

З цієї точки зору здоров'я не можна тлумачити як повну відсутність страждання, а радше як здатність людини надавати йому сенсу, інтегрувати його у власний життєвий шлях і трансформувати в досвід зростання та дозрівання. Водночас така інтеграція ніколи не буває повною: частина пережитого залишається недостатньо опрацьованою і може ставати підґрунтям майбутніх психосоматичних чи поведінкових порушень. Саме тому хвороба постає не як зовнішній і випадковий чинник, а як індивідуалізована форма вияву загального психосоматичного процесу, що поєднує універсальні властивості людського існування з унікальною історією конкретної людини. У такому ракурсі психосоматика відкриває можливість розуміти страждання, здоров'я і хворобу як взаємопов'язані виміри цілісного людського життя.

Вважаємо, що презентована теоретична модель в обґрунтуванні її структурно-функціональних характеристик психосоматичного факту відкриває можливість розглядати кризову подію як таку, що порушує базове відчуття безпеки, руйнує звичні форми

саморозуміння, змінює тілесну чутливість, емоційний тонус, часову перспективу та смислову організацію життя. Саме тому життєву кризу доцільно розглядати як психосоматичний факт: вона не зводиться до окремої емоції, симптому чи реакції, а охоплює всю систему людського функціонування. У цьому ракурсі важливо не лише описувати деструктивні наслідки кризи, а й шукати ті підходи, які дозволяють бачити ресурси відновлення, на що фактично й орієнтований салютогенний підхід психологічного здоров'я та благополуччя. Якщо патогенетична логіка зосереджується переважно на причинах розладу, то салютогенний підхід дає змогу побачити, яким чином людина, навіть перебуваючи в кризі, здатна зберігати суб'єктність, сенс, здатність до саморегуляції та перспективу життя. Саме тому психологічне благополуччя в умовах кризи доцільно розуміти не як спокій чи комфорт, а як здатність інтегрувати складний досвід у власне життя, надавати йому смислу, підтримувати внутрішню життєздатність і не руйнувати зв'язок із собою, іншими та світом.

Салютогенний підхід особливо важливий там, де кризові події набувають хронічного характеру. У такій ситуації психологічне благополуччя виявляється пов'язаним із здатністю утримувати бодай мінімальне відчуття зв'язності переживань, відновлювати смислову перспективу, знаходити опору у стосунках, тілесній саморегуляції, рутині, творчості, турботі та надії. Тобто маркери страждання та соматичні емоції не слід категорично розглядати як індикатори руйнування. Адже вони можуть виступати також знаками того, що внутрішня система людини намагається переробити пережите, знайти новий баланс і відновити порушену цілісність. Тілесні реакції, емоційні коливання, зміни чутливості, навіть переживання тривоги чи безсилля можуть бути не лише симптомами неблагополуччя, а й проявами складної внутрішньої роботи з адаптації до нового, часто травматичного досвіду.

Висновки. У ході теоретичного аналізу розроблено структурно-функціональну модель психосоматичного факту людського життя в контексті кризових подій. Модель концептуалізує психосоматичний факт як структурно-динамічну єдність кризового досвіду, емоційної чутливості, соматичної пам'яті та механізмів збереження або порушення цілісності особистості. Її зміст демонструє, що кризові події впливають на біопсихологічний гомеостаз і можуть

зумовлювати як деінтеграційні процеси, пов'язані з вразливістю та хворобою, так і реінтеграційні процеси, пов'язані з резильєнтністю та збереженням здоров'я. Конкретизовано розуміння маркерів первинного і вторинного страждання, соматичних емоцій, соматичної пам'яті та біному нормальності психоафективного стану. Зроблено обґрунтування того, що кризові події доцільно розглядати не лише як зовнішні життєві обставини чи психотравмувальні чинники, а як психосоматичний факт людського життя, що виявляється у взаємозв'язку тілесних, емоційних, когнітивних, поведінкових і смисложиттєвих змін. Такий підхід дозволяє подолати спрощене розмежування психічного і соматичного та глибше осмислити кризове страждання як цілісний людський досвід.

Перспективами подальшого вивчення проблеми вбачаємо використання запропонованої моделі у наукових розробках салютогенного підходу, через створення підґрунтя сучасного психологічного розуміння кризи — не лише як травми, а і як складного людського досвіду, в якому поряд зі стражданням зберігається можливість відновлення, зростання і нового сенсу, що так важливо як під час війни, так й повоєнного відновлення.

Література:

1. Бамбурак Н. (2019). Концептуальні засади дослідження проблеми психосоматичних розладів. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки.* №3. 5–17. <http://dspace.lvduvs.edu.ua/handle/1234567890/3004>
2. Бочелюк В., Панов М., Спицька Л. (2022). Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Перспективи та інновації науки.* 7(12). 33–39. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-7\(12\)-542-552](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-7(12)-542-552)
3. Вінс В. А., Онопрієнко Л. М., Кузьменко Т. М. (2024). Психологічні особливості прояву психосоматичних захворювань в осіб дорослого віку. *Науковий вісник Ужгородського національного університету.* № 4. 21–25. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.4.4/>
4. Вірна Ж.П. (2025). Деприваційні ризики рекурентних життєвих стресів. *Перспективи та інновації науки (серія Педагогіка, Психологія, Медицина).* 10(56). 1371-1382. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-10\(56\)-1371-1382](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-10(56)-1371-1382)
5. Волков К.М. (2023). Травматичний досвід: історична експлікація вивчення в психології. *Психологічні перспективи.* Вип. 41. 55-73. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-41-vol>
6. Гошовська Д., Гошовський Я. (2024). Самоспівчуття і посттравматичний стресовий розлад у мілітарному досвіді ветеранів. *Психологічні перспективи.* Вип. 43. 64-79. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2024-43-hos>
7. Коширець В.В., Мельник А.П., Шкарлатюк К.І. (2024). Психологічні особливості прояву посттравматичних стресових розладів у цивільного населення під час війни. *Психологічні студії.* (2). 54–61 <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2024.2.7>

8. Марута Н., Попов Д., Хаустова О., Мавродій В., Мазур І., Петрищенко Б. (2022). Психосоматичні стани під час війни. *Український медичний часопис*. № 5 (151). 1–3. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.151.233846>
9. Перетятко Л.Г., Тесленко М.М. (2017). Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Психологія та особистість*. 2(12). 137–47. <http://doi.org/10.5281/zenodo.85344>
10. Титаренко Т.М. (2018). *Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації*. Кропивницький : Імекс-ЛТД.
11. Федотова Т.В. (2022). Моральний дистрес і моральна травма особистості: теоретичний дискурс проблеми. *Наукові перспективи*. 12(30). 529-543. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-12\(30\)-529-543](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-12(30)-529-543)
12. Хомуленко Т. Б. (2019). *Основи психосоматики*. Харків : Нова Книга.
13. Хрол Н. (2024). Еволюція розуміння психосоматичних розладів у медичній психології. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 11(4(26)). 476-481. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2024-26-11>
14. Alexander F. (1987). *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. New York; London: Norton. <https://www.scribd.com/document/643561622/Franz-Alexander-Psychosomatic-Medicine-pdf>
15. Freud S. (2015). O instinto e suas vicissitudes. *Obras completas*. Vol. 12. ; São Paulo : Companhia das Letras. 38-60.
16. Goli, F. (2026). Collective Trauma, Political Violence, and the Critical Need for an Integrated Mental Health Care. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 13(2), 1 – 7. <https://doi.org/10.61838/ijbmc.v13i2.1355>
17. Jumaa, J.A. (2026). Psychosomatic and Mental Health Care in Lebanon. In: Fritzsche, K., McDaniel, S.H., Wirsching, M. (eds) *Psychosomatic Medicine*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-032-11824-0_36
18. Marty P. (1998). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
19. McDougall J. (1983). *Em defesa de certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
20. Moran, J.K., Jesuthasan, J., Schalinski, I., et al. (2023). Traumatic Life Events and Association With Depression, Anxiety, and Somatization Symptoms in Female Refugees. *JAMA Netw Open*, 6(7):e2324511. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.24511>
21. Milheiro J. (1999). Psicossomática Estrutural: O Facto Psicossomático. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol. 1(2). 17-29. <https://www.redalyc.org/pdf/287/28770220.pdf>
22. Muskin P. R. (2007). Psychosomatic Medicine. *American Journal of Psychiatry*. 165: 141. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07101619>.
23. Ogilvie M. B. (2003). *The Biographical Dictionary of Women in Science: Pioneering Lives From Ancient Times to the Mid-20th Century*. Routledge. Vol. 1. 383.
24. Selye H. (1976). Stress without Distress. *Psychopathology of Human Adaptation*. Springer. 137-146. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2238-2_9
25. Winnicott D.W. (1994). O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. Porto Alegre: Artmed.

References

1. Bamburak N. (2019). Kontseptualni zasady doslidzhennia problemy psykhosomatychnykh rozladiv [Conceptual principles of research into the problem of psychosomatic disorders]. *Zbirnyk naukovykh prats Natsionalnoi akademii Derzhavnoi prykordonnoi sluzhby Ukrainy. Seriya: psykholohichni nauky — Collection of scientific papers of the National Academy of the State Border Service of Ukraine. Series: Psychological Sciences*. №3. 5–17. <http://dspace.lvduvs.edu.ua/handle/1234567890/3004> [in Ukrainian].

2. Bocheliuk V., Panov M., Splyska L. (2022). Psykhosomatychni rozlady: suchasnyi stan problemy [Psychosomatic disorders: current state of the problem]. *Perspektyvy ta innovatsii nauky — Prospects and innovations in science*. 7(12). 33–39. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-7\(12\)-542-552](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-7(12)-542-552) [in Ukrainian].
3. Vins V. A., Onopriienko L. M., Kuzmenko T. M. (2024). Psykholohichni osoblyvosti proiavu psykhosomatychnykh zakhvoriuvan v osib dorosloho viku [Psychological features of the manifestation of psychosomatic diseases in adults]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu — Scientific Bulletin of Uzhhorod National University*. № 4. 21–25. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.4.4/> [in Ukrainian].
4. Virna Zh.P. (2025). Depryvatsiini ryzyky rekurentnykh zhyttievykh stresiv [Deprivation risks of recurrent life stresses]. *Perspektyvy ta innovatsii nauky (seriia Pedagogika, Psykholohiia, Medytsyna) — Prospects and innovations of science (series Pedagogy, Psychology, Medicine)*. 10(56). 1371–1382. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-10\(56\)-1371-1382](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-10(56)-1371-1382) [in Ukrainian].
5. Volkov K.M. (2023). Travmatychnyi dosvid: istorychna eksplikatsiia vyvchennia v psykholohii [Traumatic experience: historical explication of the study in psychology]. *Psykholohichni perspektyvy — Psychological Prospects Journal*, 41, 55–73. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-41-vol> [in Ukrainian].
6. Hoshovska D., Hoshovskyi Ia. (2024). Samospivchuttia i posttravmatychnyi stresovy rozlad u militaromu dosvidi veteraniv [Self-compassion and post-traumatic stress disorder in the military experience of veterans]. *Psykholohichni perspektyvy — Psychological perspectives*. #. 43. 64–79. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2024-43-hos> [in Ukrainian].
7. Koshyrets V.V., Melnyk A.P., Shkarlatiuk K.I. (2024). Psykholohichni osoblyvosti proiavu posttravmatychnykh stresovykh rozladiv u tsyvilnoho naselennia pid chas viiny [Psychological features of the manifestation of post-traumatic stress disorders in the civilian population during the war]. *Psykholohichni studii — Psychological studies*. (2). 54–61. <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2024.2.7> [in Ukrainian].
8. Maruta N., Popov D., Khaustova O., Mavrodii V., Mazur I., Petryshchenko B. (2022). Psykhosomatychni stany pid chas viiny [Psychosomatic conditions during war]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys — Ukrainian Medical Journal*. № 5 (151). 1–3. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.151.233846> [in Ukrainian].
9. Peretiatko L.H., Teslenko M.M. (2017). Psykhosomatychni rozlady: suchasnyi stan problemy [Psychosomatic disorders: current state of the problem]. *Psykholohiia ta osobystist — Psychology and personality*. 2(12). 137–47. <http://doi.org/10.5281/zenodo.85344> [in Ukrainian].
10. Tytarenko T.M. (2018). *Psykholohichne zdorovia osobystosti: zasoby samodopomohy v umovakh tryvaloï travmatyzatsii [Psychological health of the individual: self-help tools in conditions of prolonged traumatization]*. Kropyvnytskyi : Imeks-LTD. [in Ukrainian].
11. Fedotova T.V. (2022). Moralnyi dystres i moralna travma osobystosti: teoretychnyi dyskurs problemy [Moral distress and moral trauma of the individual: theoretical discourse of the problem]. *Naukovi perspektyvy — Scientific perspectives*. 12(30). 529–543. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-12\(30\)-529-543](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-12(30)-529-543) [in Ukrainian].
12. Khomulenko T. B. (2019). *Osnovy psykhosomatyky [Fundamentals of Psychosomatics]*. Kharkiv : Nova Knyha. [in Ukrainian].
13. Khrol N. (2024). Evoliutsiia rozuminnia psykhosomatychnykh rozladiv u medychnii psykholohii [The evolution of the understanding of psychosomatic disorders in medical psychology]. *Psykhiiatriia, nevrolohiia ta medychna psykholohiia — Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*. 11(4(26). 476–481. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2024-26-11> [in Ukrainian].
14. Alexander F. (1987). *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. New York; London: Norton. <https://www.scribd.com/document/643561622/Franz-Alexander-Psychosomatic-Medicine-pdf>

15. Freud S. (2015). O instinto e suas vicissitudes [Instinct and its vicissitudes]. *Obras completas – Complete Works*. Vol. 12. ; São Paulo : Companhia das Letras. 38-60. [in Portuguese].
16. Goli, F. (2026). Collective Trauma, Political Violence, and the Critical Need for an Integrated Mental Health Care. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 13(2), 1–7. <https://doi.org/10.61838/ijbmc.v13i2.1355>
17. Jumaa, J.A. (2026). Psychosomatic and Mental Health Care in Lebanon. In: Fritzsche, K., McDaniel, S.H., Wirsching, M. (eds) *Psychosomatic Medicine*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-032-11824-0_36
18. Marty P. (1998). *Mentalização e psicossomática [Mentalization and psychosomatics]*. São Paulo: Casa do Psicólogo.[in Portuguese].
19. McDougall J. (1983). *Em defesa de certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica [In defense of a certain abnormality: psychoanalytic theory and practice]*. Porto Alegre: Artes Médicas.[in Portuguese].
20. Moran, J.K., Jesuthasan, J., Schalinski, I., et al. (2023). Traumatic Life Events and Association With Depression, Anxiety, and Somatization Symptoms in Female Refugees. *JAMA Netw Open*, 6(7):e2324511. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.24511>
21. Milheiro J. (1999). Psicossomática Estrutural: O Facto Psicossomático [Structural Psychosomatics: The Psychosomatic Fact]. *Revista Portuguesa de Psicossomática Psicossomática – Portuguese Journal of Psychosomatics*. Vol. 1(2). 17-29. <https://www.redalyc.org/pdf/287/28770220.pdf> [in Portuguese].
22. Muskin P. R. (2007). Psychosomatic Medicine. *American Journal of Psychiatry*. 165: 141. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07101619>.
23. Ogilvie M. B. (2003). The Biographical Dictionary of Women in Science: Pioneering Lives From Ancient Times to the Mid-20th Century. *Routledge*. Vol. 1. 383.
24. Selye H. (1976). Stress without Distress. *Psychopathology of Human Adaptation*. Springer. 137-146. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2238-2_9
25. Winnicott D.W. (1994). *O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações [The use of an object and the relationship through identifications]*. Porto Alegre: Artmed.[in Portuguese].

Received: 11.03.2026

Accepted: 29.03.2026