

УДК: 159.96

Олексій САБАДУХА

кандидат філософських наук, доцент,
Державний університет «Житомирська політехніка»
<https://orcid.org/0000-0002-7227-1278>
e-mail: Ov_sabadukha@ukr.net

Дмитро МЕЛЬНИЧУК

доктор економічних наук, професор,
Державний університет «Житомирська політехніка»
<https://orcid.org/0000-0002-9918-0608>
e-mail: melndp@ukr.net

Тетяна КОНДЕС

кандидат психологічних наук, доцент,
кафедри психології та соціального забезпечення
Державний університет «Житомирська політехніка»
<https://orcid.org/0000-0001-8514-9389>
e-mail: kpsz_ktv1@ztu.edu.ua

**ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ В УМОВАХ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ Й
КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ: ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА
ПАТОМЕХАНІЗМ ФОРМУВАННЯ**

У статті визначено та надано загальну характеристику групам психічних розладів, що є найпоширенішими (за запитами пацієнтів) та виникають як наслідок екстремальних, кризових ситуацій та психотравм під час війни в Україні: тривожні розлади; дисоціативні розлади; розлади настрою; розлади, пов'язані з травмою та стресом; розлади сну; розлади, пов'язані з соматичними симптомами – соматоформні розлади, неврастенія; розлади харчування; розлади особистості (Кластер С).

Визначено, що в патогенезі соматоформні розлади можуть бути конверсійними або функціональними, утім тривалий стресовий стан, або певний невротичний розлад детермінують виникнення й психосоматозів. На основі психодинамічної та психофізіологічної моделей психосоматичних розладів, а також нейробіологічних досліджень А. Корба виявлено та обґрунтовано загальний патомеханізм формування психосоматичних розладів. Проаналізовано роль свідомого та несвідомого у виникненні та терапії психосоматичних розладів.

Ключові слова: психічне здоров'я; екстремальна ситуація; кризова ситуація; психотравма; психічний розлад; свідоме; несвідоме.

Oleksii SABADUKHA, Dmytro MELNYCHUK, Tetiana KONDES

Zhytomyr polytechnic state university

**MENTAL DISORDERS IN CONDITIONS OF EXTREME AND
CRISIS SITUATIONS: GENERAL CHARACTERISTICS AND
PATHOMECHANISM OF FORMATION**

The article defines and provides a general description of the groups of mental disorders that are the most common (according to patients' requests) and arise as a result of psychotrauma during the war in Ukraine: anxiety disorders; dissociative disorders; mood

disorders; disorders associated with trauma and stress; sleep disorders; disorders associated with somatic symptoms - somatoform disorders, neurasthenia; eating disorders; personality disorders (Cluster C). According to the ICD-10, the disorders that were defined as psychosomatic are characterized: dissociative (conversion) disorder, somatoform disorders (somatization disorder, hypochondriac disorder, somatoform vegetative dysfunction, chronic somatoform pain disorder), neurasthenia, eating disorders.

It is determined that in pathogenesis somatoform disorders can be conversion or functional, however, a prolonged stressful state, or a certain neurotic disorder determine the occurrence of psychosomatic diseases. The article defines and provides a general characteristic of the methods of diagnosis of neurotic and psychosomatic disorders. Based on the psychodynamic and psychophysiological models of psychosomatic disorders, as well as neurobiological studies of A. Korb, the general pathomechanism of the formation of psychosomatic disorders is identified and substantiated. The role of the conscious and unconscious in the occurrence and therapy of psychosomatic disorders is analyzed.

Based on modern neuroscience research, it is proven that the neurobiological target of both psychotherapy and psychosomatic therapy is the activation of the prefrontal cortex of the brain. It is substantiated that an active prefrontal cortex calms the limbic (emotional) structure of the brain, helps to restrain excessive activity of the striatum. The medial prefrontal cortex can project its activity to the dorsal striatum, the amygdala, and the orbitofrontal cortex to the adjacent nucleus. It is substantiated that to activate the prefrontal cortex in the process of therapy, it is necessary to balance the interaction of the conscious with the unconscious, which can be carried out within the author's model of somatic and psychospiritual therapy.

Keywords: mental health; extreme situation; crisis situation; psychotrauma; mental disorder; conscious; unconscious.

<https://doi.org/10.31891/PT-2026-2-41>

Стаття надійшла до редакції / Received 09.01.2026

Прийнята до друку / Accepted 28.01.2026

Опубліковано / Published 28.05.2026



This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

© Олексій САБАДУХА, Дмитро МЕЛЬНИЧУК, Тетяна КОНДЕС

Постановка проблеми у загальному вигляді

та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями

Війна, яку переживає українське суспільство, зумовлює не лише соціально-економічні проблеми, а й підвищує ризики зростання рівня психічних розладів психосоматичного характеру зокрема. Водночас, це є викликом для фахівців із психічного здоров'я, щоб зосередитися на більш глибокому розумінні патомеханізму та індивідуально-типологічних чинниках виникнення психічних, психосоматичних розладів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій

Проблема психічних та, зокрема, психосоматичних розладів була і є предметом дослідження таких зарубіжних та українських науковців як: Ф. Александер, К. Блюм, Е. Егер, У. Кенон, А. Корб,

Г. Мате, А. Менегетті, Н. Пезешкіан, В. Райх, Д. Свааб, М. Селігман, Г. Сельє, П. Сифнеос, В. Франкл, З. Фройд, М. Шур, Г. Мозгова, Т. Ханецька, О. Хаустова, О. Чабан, О. Якимчук. Зазначені автори внесли значний внесок у розуміння природи психічних й психосоматичних розладів зокрема, ролі свідомого та несвідомого у їх виникнення, побудови принципів психогієни, психопрофілактики та психотерапії. Утім, незважаючи на глибину вивчення окресленої проблеми поза увагою авторів залишається загальний патомеханізм формування психічних, психосоматичних розладів, а також не виявлено соціально-психологічний тип людини, що схильний до виникнення та розвитку психічних розладів.

Формулювання цілей статті

Метою статті є, по-перше, дати загальну характеристику групам психічних розладів, що є найбільш поширеними під час війни в Україні; по-друге, проаналізувати психодинамічні та психофізіологічні моделі в теорії психосоматики та визначити загальний патомеханізм формування психічних розладів; по-третє, ґрунтуючись на метафізичній теорії особистості виявити соціально-психологічний тип людини, що має підвищені ризики до виникнення та розвитку психічних й психосоматичних розладів зокрема.

Виклад основного матеріалу

Г. Мате звертає увагу, що є три чинники, які завжди викликають стрес: «невизначеність, брак інформації та втрата контролю» [3, с. 44]. В умовах війни, яку переживає українське суспільство, усі ці три чинники мають своє значення. Як військові, так і цивільні живуть в умовах невизначеності, браку інформації та втрати контролю: коли життя та здоров'я під загрозою – важко прогнозувати та будувати плани на майбутнє, складно ухвалювати рішення через відсутність повної інформації про поточні події, втрачається відчуття контролю, бо перебіг подій часто не залежить від самої людини. Ці фактори суттєво збільшують рівень тривожності, бо нейронні ланцюги, які відповідають за тривогу і за ухвалення рішень – одні й ті ж самі [2]. Якщо людина не може ухвалити рішення, живе у стані невизначеності та відчуває втрату контролю – збільшується активність лімбічної системи, а префронтальна кора опиняється в пригніченому стані. Нейробіологічна картина доповнюється хронічною активацією вісі стресу: гіпоталамус більше виробляє кортикотропін-рилізінг-гормону та впливає на гіпофіз, який в свою чергу синтезує адренкортикотропний гормон, який діє на наднирники, викликаючи

збільшення рівня кортизолу, адреналіну та норадреналіну. Отже, при тривалому стресі людина має збільшені наднирники, зморщення лімфоїдної тканини та виразкові зміни шлунково-кишкового тракту, що є результатом посиленої дії АКТГ на наднирники, пригнічення імунітету та виразковими ураженнями системи травлення під дією кортизолу [3, с. 42].

Незважаючи на те, що на сьогодні серед медиків та психологів не виникає сумнівів щодо руйнівного впливу стресу на фізичне здоров'я людини – на практиці часто виникають дискусії та скептичні погляди на емоційні чинники як причини конкретного соматичного розладу. «Припущення, що чинником ризику виникнення склеродермії або інших хронічних захворювань, може бути те, як люди поведуться зі своїми емоціями, для деяких медиків є справжнім прокляттям» [3, с. 13]. Г. Мате зауважує, що розділенням на дві частини (фізичне та психічне) того, що є фактично єдиним цілим (людина) – просякнуті всі наші переконання щодо здоров'я та розладів. Лікар часто бере до уваги якийсь один аспект проблеми, ігноруючи цілісний підхід: врахування взаємозв'язків між різними органами та системами людського організму, впливу психічного на фізичне і навпаки й більше того, розглядає людину так, ніби вона живе окремо від певних соціальних умов [3, с. 13-14]. Утім, на протипагу примітивним та консервативними поглядам сьогодні активно розвивається наука психонейроімунологія, що вивчає особливості взаємодії психіки та тіла, вплив емоцій на фізіологію в процесі виникнення хвороб та їх подолання.

Під час війни в Україні особливої актуальності набувають розлади, які пов'язані саме із соматичними симптомами. У міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) термін «психосоматичні хвороби» не використовується з огляду на його значення в різних мовах та різні медичні традиції, а також для того, щоб не виникало думки, нібито при інших захворюваннях психологічні фактори не мають значення в їх виникненні та перебігу.

Розлади, що розуміються як психосоматичні у МКХ-10, знаходяться в таких рубриках:

F44 – Дисоціативний (конверсійний) розлад. Термін «дисоціація» був запропонований у кінці XIX ст. П. Жане. Дисоціативний розлад характеризується відщепленими спогадами та емоційними переживаннями по типу «це було ніби не зі мною». З одного боку дисоціація виникає внаслідок несвідомого механізму психологічного захисту «витіснення». В результаті дії цього механізму людина починає сприймати минуле так, ніби це було не з нею особисто, а з кимось іншим. Відтак, така «дисоційована» позиція захищає від

надмірних, тяжких болісних емоцій. З другого боку, під час виникнення травматичної події деактивуються частки головного мозку відповідальні за фільтрацію вхідної інформації (таламус) та усвідомлення місця й часу (дорсолатеральна зона префронтальної кори) [1, с. 273]. Пережиті події запам'ятовуються фрагментарно, а особливо про них нагадують тілесні відчуття, що супроводжували пережите. Намагаючись втекти від фізичних відчуттів, що нагадують про психотравмівний досвід, людина втрачає свою ідентичність: на рівні нейробіології у неї деактивуються частки головного мозку, відповідальні за самоусвідомлення – орбітофронтальна, медіальна префронтальна кора, передня та задня поясна кора, острівець. Б. ван дер Колк зазначає, що «...у відповідь на саму травму, а також щоб дати раду безупинному страху, який не відступав ще дуже довго після самої події, ці пацієнти навчилися вимикати частини свого мозку, відповідальні за передавання внутрішніх відчуттів та емоцій, які супроводжують і визначають жах. Та в буденному житті ці відділи мозку реєструють увесь спектр емоцій і відчуттів, які формують наше самоусвідомлення – наше розуміння того, ким ми є. Те, що ми спостерігали, було трагічним виявом адаптації: намагаючись позбутися жажливих відчуттів, ці люди позбавили себе можливості почуватися-по справжньому живими» [1, с. 140]. У людей з дисоціативним розладом часто трапляються флешбеки та спостерігається підвищена реактивність лімбічної системи, зокрема амігдали. Тому, аби вгамувати амігдалу – застосовуються практики «знизу вгору» (активація блукаючого нерва за допомогою тілесно-орієнтованих технік) та практики «зверху вниз» (активація медіальної префронтальної кори за допомогою медитацій усвідомленості) [1, с. 96]. Щодо значення практик усвідомленості Б. ван дер Колк пише: «Саме тому медитація усвідомленості є наріжним каменем у лікуванні травми, адже вона допомагає зміцнити мПФК» [1, с. 147].

F45 – Соматоформні розлади. Це група психогенних захворювань, у клінічній картині яких психічні порушення ховаються за соматовегетативних симптомами, що нагадують соматичне захворювання, але при цьому не виявляється ніяких органічних проявів, які можна було б віднести до відомої в медицині хвороби [5]. До групи соматоформних розладів відносять: F45.0 – Соматизований розлад; F45.2 – Іпохондричний розлад; F45.3 – Соматоформну вегетативну дисфункцію; F45.4 – Хронічний соматоформний больовий розлад; F45.9 – Соматоформний розлад не уточнений.

Варто зазначити, що в оновленому американському діагностичному довіднику п'ятого перегляду (DSM-5) з'явилась

категорія «Розлад із соматичними симптомами і аналогічні розлади» (Somatic symptom and related disorders), що відповідає категорії соматоформних розладів в МКХ-10 [5]. Підкреслимо, що для постановки діагнозу «Соматоформний розлад» потрібна одночасна наявність усіх наступних ознак без виключення:

- відсутні дані про істотне біологічне структурне або функціональне порушення органу, системи;
- симптоми захворювання тісно пов'язані з психотравмуючими факторами, тобто виникли після стресу та загострюються під час стресу;
- підвищена тривожність з приводу можливого захворювання, а пояснення і переконання лікарів щодо безпідставності переживань залишаються безрезультатними [5].

F48.0 – Неврастенія. Це психічний розлад з групи неврозів, що виникає в результаті поєднання дистресу з тривалою напруженою фізичною та/або психологічною діяльністю. Основними симптомами неврастенії є хронічна втома, когнітивна загальмованість, емоційна нестабільність, порушення сну, апетиту.

F50 – Розлади прийняття їжі. Це група психічних розладів, пов'язаних із порушеннями прийому їжі, патологічними харчовими звичками. До таких відносять: психогенне переїдання, нервова анорексія, нервова булімія, нервова орторексія, синдром нічної їди, спотворення смаку в стравах та інших.

Серед інших психічних розладів, що є найбільш гострими під час війни в Україні виокремлюємо наступні. Тривожні розлади: специфічна фобія, соціофобія, панічний розлад, агорафобія, генералізований тривожний розлад. Розлади настрою: екзогенна депресія, ажитована депресія, передменструальний дисфоричний розлад, післяпологова депресія. Розлади, пов'язані з травмою та стресом: гострий стресовий розлад (від 2 днів – до 1 місяця), гостра форма посттравматичного стресового розладу (від 1 до 3 місяців), хронічний посттравматичний стресовий розлад (більше 3 місяців), посттравматичний стресовий розлад із відтермінованим проявом (більше 6 місяців). Розлади сну: безсоння, гіперсомнія, нічний жах, апное уві сні. Розлади особистості: Кластер С (тривожні) – тривожний розлад особистості, залежний розлад особистості, обсессивно-компульсивний розлад особистості.

Особливу увагу варто зосередити на сутності екзогенної депресії, яка є достатньо складною проблемою серед інших видів розладу настрою. Нейробіологічні дослідження Д. Свааба дозволяють стверджувати, що сильна активізація вісі стресу запускає розвиток

депресії (гіпоталамус – гіпофіз – наднирники, які в свою чергу синтезують адреналін, норадреналін та кортизол). Так, він пише: «Ми реагуємо на стрес, активуючи в гіпоталамусі нервові клітини, що посилають у гіпофіз речовину (CRH), а гіпофіз у свою чергу спонукає наднирники викидати гормон стресу кортизол. Цей гормон відповідає за те, щоб наше тіло і мозок могли справитися зі стресовою ситуацією. Звичайно, якщо вісь стресу гіперактивна, то стресова зовнішня подія може призвести до того, що виробляється забагато як CRH, так і кортизолу, а ці речовини діють на мозок настільки сильно, що викликають депресію» [7, с. 151]. Отже, гіпоталамус відіграє у цьому ланцюжку провідну роль. Але важливо з'ясувати: з чим саме пов'язаний стрес, що підвищує реактивність гіпоталамусу й детермінує депресію?

Відповідь на це питання допомагає сформулювати А. Корб. Учений звертає увагу, що «в одному дослідженні <...> учасників попросили подумати про близьку людину, про того, до кого вони звернулися б із проблемою. Їх попросили уявити собі, що ця людина стоїть у них за спиною й висловлює підтримку <...> Від думки про близького друга у них знизилася реактивність гіпоталамусу – тієї ділянки мозку, яка відповідає за стресову реакцію» [2, с. 176]. Крім того, відчуття близькості, емпатія, орієнтація на Іншого підвищує активність в медіальній та дорсолатеральній частинах префронтальної кори, внаслідок чого зростає почуття контролю над власними емоціями та життям в цілому. Отож, гіпоталамус чутливий до почуття єдності з іншими людьми. Недарма він відповідає за синтез гормону та нейромедіатору окситоцину, що поглиблює почуття довіри, любові, близькості та знижує рівень тривожності. Отже, що якщо за певних причин людина перестає відчувати фізичну або психічне почуття єдності з Іншим, то відповідно починає переживати стан самотності, який підвищує реактивність гіпоталамусу й призводить до виникнення екзогенної депресії.

В сучасній медичній психології та зокрема, в психосоматиці, виокремлюють два напрямки, що пояснюють природу психосоматичних розладів: психодинамічні та психофізіологічні моделі [4]. До психодинамічної моделі належать такі теорії: «Істерична конверсія й органічний еквівалент тривожних станів» (З. Фройд); «Теорія специфічного конфлікту» (Ф. Александер); «Теорія ресоматизації» (М. Шур); «Теорія алекситимії» (П. Сифнеос). Загальним для усіх цих теорій та є те, що акцент здійснено на значенні несвідомих чинників у виникненні психосоматичних розладів. До психофізіологічної моделі входять наступні теорії: «Боротьба або втеча» (У. Кенон); «Теорія стресу» (Г. Сельє); «Фрустрація»; «Дефіцит

задоволення» (К. Блум); «Навчена безпорадність» (М. Селігман). Для зазначених теорій загальним є те, що на відміну від психодинамічної моделі, вони наголошують на значенні свідомого стресу у виникненні та розвитку психосоматичних розладів.

Психодинамічні та психофізіологічні моделі психосоматичних розладів справедливо акцентують увагу на різних чинниках психічного здоров'я, проте вони абсолютизують окремі аспекти і не дозволяють цілісно усвідомити патомеханізм виникнення невротичних розладів та психосоматичних дисфункцій. Щоб це здійснити, треба розуміти загальний механізм взаємозв'язку свідомого та несвідомого, який був сформульований В. Франклом й підтверджений на рівні нейробіології А. Корбом. Так, В. Франкл наголошує, що наші інстинкти (несвідоме) лише «формують запит» на поведінку, тоді як наше «Я» (свідоме) приймає рішення, що робити з цим запитом. Саме наше «Я» здатне вирішувати й здійснювати вільний вибір, незалежно від того, куди нас спрямовують несвідомі побудники [8]. А. Корб у нейробіологічних дослідженнях дійшов подібного висновку і зазначає, що наші вчинки – це результат взаємодії між префронтальною корою (свідомістю), ядром та дорсальною зоною смугастого тіла (несвідомим). Ядро та верхня зона подають імпульс, а префронтальна кора приймає рішення, що з цим імпульсом робити [2, 72-73].

Префронтальна кора є «президентом» мозку і в умовах спокою легко виконує свою контролюючу функцію щодо лімібічної системи та смугастого тіла. Утім, коли виникає сильний свідомий стрес (роль психофізіологічних моделей психосоматичних розладів), відбувається ослаблення префронтальної кори і на цьому фоні починає домінувати несвідоме (роль психодинамічних моделей психосоматичних розладів). Так, А. Корб зауважує: «Коли ми спокійні і розслаблені, префронтальна кора доволі успішно стоїть на своєму. Але з посиленням тривожності або стресу авторитет переходить до прилеглого ядра і дорсальної частини смугастого тіла. <...> У стані стресу ми або наслідуюмо найглибше закарбовані звички, або стаємо жертвами імпульсів» [2, с. 79], тобто опиняємося під владою несвідомого – невідреагованих емоцій, стереотипних, інфантильних форм поведінки, вмикається механізм конверсії.

Отже, з одного боку, свідомий стрес може стати причиною як психічних та психосоматичних розладів зокрема, а з другого боку – він послаблює контроль над сферою несвідомого: актуалізуються минулі внутрішньо-психічні конфлікти, які через механізм конверсії виходять назовні через тілесні симптоми або трансформуються у психічні

розлади – людина починає відчувати себе схожим чином відповідно до несвідомого травматичного переживання.

Утім, В. Франкл звертає увагу, що самі по собі стресові зовнішні обставини, соціальні кризи, конфлікти не є причиною психічних розладів. Те, наскільки важка життєва ситуація й викликана нею психологічна травма, наскільки вона травмує людину, залежить від самої людини, її характеру та здатності переносити це страждання, а не від переживань як таких. Досвід табірної життя В. Франкла показує, що «людина таки має свободу вибору. Було чимало прикладів, часто героїчного характеру, які довели, що апатію можна подолати, а роздратованість стримати. <...> Людину можна позбавити всього, крім єдиного: останньої людської свободи – обирати власне ставлення до будь-яких наявних обставин, обирати власний шлях. <...> Отже, кожна людина здатна, навіть під впливом обставин, вирішувати ким стане духовно й фізично. Вона може зберігати свою людську гідність навіть у концентраційному таборі» [8, с. 80-81]. Ми погоджуємось з позицією психолога, але зробимо уточнення: те, наскільки впливають на людину зовнішні й внутрішні конфлікти, залежить від ступеня її духовного розвитку [6, с. 299-304].

У сучасній психології панує абстрактний підхід до аналізу внутрішнього світу людини, бо дослідники не враховують рівні її духовного розвитку. Подолати зазначені недоліки здатна метафізична теорія особистості [6, с. 297]. Згідно концепції, усі люди об'єктивно різняться за рівнем свого духовного розвитку, що дозволило виокремити чотири соціально-психологічних типи людини. Проаналізуємо ці типи особистості й визначемо, який соціально-психологічний тип має підвищені ризики до виникнення та розвитку психічних й психосоматичних розладів зокрема.

Перший тип – залежна особистість, яка спонукається у своїй діяльності стимулом – безпосередніми тілесними потребами. Така людина живе за принципом задоволення. Принцип задоволення, що діє в межах несвідомого (ядро смугастого тіла), може виявлятися настільки сильним, що йому вимушена підкорятися свідомість, тобто людина йде за своїми несвідомими інстинктивними бажаннями, потягами, потребами й стає їхнім рабом. Про стан психіки таких людей З. Фройд зауважує: «Відносини Я і Воно можна порівняти з відносинами між вершником і конем. Кінь постачає енергію для руху, вершник має привілей визначати мету, спрямовувати рух куди сильнішої за нього тварини. Проте між я і Воно досить часто трапляється аж ніяк не ідеальна ситуація. Коли вершник мусить вести коня туди, куди заманулося коневі» [9, с. 459]. Тому, за метафізичною теорією

особистості такий соціально-психологічний тип людини отримав назву – «залежна особистість» [6, с. 309]. Мислення залежної особистості має одновимірний характер, вона здатна оперувати однією змінною величиною. Залежна особистість з острахом сприймає все нове, а тому намагається повернутися до звичних, комфортних умов життя. У такого типу людини слабка воля, вона не здатна керувати власними потребами, а тому опиняється залежною від них. Свідомість (префронтальна кора) знаходиться в інертному стані, а тому такий тип людини є вразливим до виникнення та розвитку психічних й психосоматичних розладів. Варто зазначити, що А. Адлер такий соціально-психологічний тип назвав «людиною, що уникає» розв'язання проблем, а Е. Фромм – «рецептивним».

Другий соціально-психологічний тип – посередня особистість, у якій спонуканням до діяльності виступає вигода (економічна, політична, правова, психологічна, моральна, світоглядна) [6, с. 310]. Така людина живе за принципом реальності. Мислення такої людини носить двовимірний характер, вона здатна засвоювати та впорядковувати інформацію в певну систему, спроможна виконувати кілька суміжних операцій. Цей тип людини має достатньо високий рівень соціальної активності, уміло й швидко пристосовується до нових обставин, може протистояти негативному ставленню оточуючих, але орієнтований на досягнення лише егоцентричних цілей. Від результатів власної діяльності відчужується й соціальної відповідальності не несе. Посередня особистість спроможна орієнтуватися в ринкових відносинах, але вона проявляє егоїстичну позицію й досягає вигоди переважно за рахунок інших. Принцип задоволення природних потреб також є важливою складовою свідомості посередньої особистості, утім завдяки силі волі вона здатна частково контролювати імпульси та звички власного нижчого несвідомого, особливо коли це стосується її безпосередньої вигоди, але людина такого рівня духовного розвитку залишається залежною від колективного несвідомого (наприклад, попадає під вплив споживацького відношення до світу). Такий соціально-психологічний тип людини має високий рівень ризику виникнення та розвитку психічних й психосоматичних розладів. Зауважимо, що такий тип людини Адлер назвав «людиною, що бере», та «людиною, що керує», а Фромм – «експлуаторським» та «ринковим».

Третій соціально-психологічний тип людини – зріла особистість, яка спонукається у свої життєдіяльності соціальним інтересом [6, с. 311]. Життєвим принципом є мораль та обов'язок. Мислення зрілої особистості – тривимірне, вона здатна цілісно

засвоювати інформацію, творчо підходити до розв'язання професійних задач в межах чинної парадигми. Свідомість зрілої особистості характеризується центрованістю на проблемі, а пошук ефективного шляху її вирішення спонукає до наполегливої внутрішньої роботи над власними здібностями. Зріла особистість здатна вибудовувати діалог з власним вищим несвідомим, розуміти його мову, що дозволяє ефективніше ухвалювати рішення та рухатися шляхом самоактуалізації. Активний стан свідомості та сила волі (активна префронтальна кора) зрілої особистості дозволяють керувати своїми бажаннями та потребами й не бути рабом імпульсів нижчого несвідомого. Зріла особистість також здатна контролювати вплив колективного несвідомого, не попадати під суспільні настрої, маніпуляції, свідомо ухвалювати важливі рішення, а тому має низький рівень ризику виникнення та розвитку психічних й психосоматичних розладів. Отже, зріла особистість – це свідомо людина, яка здійснює процес самотрансценденції – виходить за межі власного «Я», її активність спрямована на творче вирішення суспільних проблем в межах спорідненої праці та чинної парадигми. Підкреслимо, що А. Адлер такий соціально-психологічний тип людини назвав «соціально-корисним типом», а Фромм – «продуктивним».

Четвертий соціально-психологічний тип – геній. Його інтелектуально-психологічні характеристики збігаються з ознаками зрілої особистості, суттєва різниця полягає в тому, що геній вирішує професійні, суспільно-значущі проблеми на основі принципово нової парадигми, тоді як особистість діє в межах чинної. Геній, як і зріла особистість, також здатний вибудовувати діалог з власним вищим несвідомим, контролювати вплив нижчого несвідомого та колективного, але спроможний й змінювати характер колективного несвідомого, започатковуючи нові парадигми діяльності. Геній, як і зріла особистість має низький рівень ризику виникнення та розвитку психічних й психосоматичних розладів. Творчість генія – свідомо відповідь викликам часу, перед якими стоїть людство; урешті-решт його творчість – це усвідомлені дії щодо вирішення тих проблем, що створили залежний та посередній типи людини в результаті своєї безвідповідальної діяльності.

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі

Отже, з одного боку хронічний стрес (військові дії в Україні), з другого – певний рівень духовного розвитку людини (залежна, посередня особистість) детермінують формування різних психічних й

психосоматичних розладів. Серед найпоширеніших – це тривожні розлади: специфічна фобія, соціофобія, панічний розлад, агорафобія, генералізований тривожний розлад; дисоціативні розлади: дисоціативний розлад ідентичності, дисоціативна амнезія, синдром деперсоналізації-дереалізації; розлади настрою: екзогенна депресія, ажитована депресія; розлади, пов'язані з травмою та стресом: гострий стресовий розлад, гостра форма посттравматичного стресового розладу, хронічний посттравматичний стресовий розлад, посттравматичний стресовий розлад із відтермінованим проявом; розлади сну: безсоння, гіперсомнія, нічний жах, апное уві сні; розлади, пов'язані із соматичними симптомами: соматоформні розлади (соматизований розлад, іпохондричний розлад, соматоформна вегетативна дисфункція, хронічний соматоформний больовий розлад); неврастенія.

Соціальний інтерес, як спонукання до життєдіяльності у зрілої особистості формує активний стан свідомості, дозволяє здійснювати самотрансценденцію, підвищувати рівень усвідомленості. Це активізує префронтальну кору (свідомість), яка контролює імпульси прилеглої ядра (несвідоме), а також коригує роботу дорсального смугастого тіла (підсвідоме) – стримує негативні та формує корисні звички. В стані активності префронтальна зменшує активність лімбічної системи, зокрема мигдалини, що зменшує ризики виникнення психічних та психосоматичних розладів.

Література

1. Колк ван дер Б. Тіло веде лік. Як лишити психотравму в минулому. Х. : Віват, 2023. 624 с.
2. Корб А. У пастці депресії. Як подолати тривожність і радіти життю. Київ, 2019. 216 с.
3. Мате Г. Коли тіло каже «ні»: ціна прихованого стресу. Дніпро : Смакі, 2022. 304 с.
4. Медична психологія : підруч. ; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро : ЛПРА, 2022. 300 с.
5. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. 3-тє видання, виправлене і доповнене. К. : Видавничий дім Медкнига, 2021. 200 с.
6. Сабадуха В.О. Метафізика суспільного та особистісного буття : монографія. Івано-Франківськ : ІФНТУНГ, 2019. 647 с.
7. Свааб Д. Наш творчий мозок. Х. : Клуб сімейного дозвілля, 2019. 463 с.

8. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. Харків : Клуб сімейного дозвілля, 2016. 160 с.

9. Фройд З. Вступ до психоаналізу. Тернопіль : Навчальна книга-Богдан, 2021. 552 с.

References

1. Kolk van der B. Tilo vede lik. Yak lyshyty psykhotravmu v minulomu. Kh. : Vivat, 2023. 624 s.
2. Korb A. U pastsi depresii. Yak podolaty tryvozhnist i radity zhyttiu. Kyiv, 2019. 216 s.
3. Mate H. Koly tilo kazhe «ni»: tsina prykhovanoho stresu. Dnipro : Smaki, 2022. 304 s.
4. Medychna psykhologiiia : pidruch. ; za zah. red. dokt. med. nauk, prof. I. D. Spirinoi. Dnipro : LIRA, 2022. 300 s.
5. Praktychna psykhosomatyka: diahnostychni shkaly. Navchalnyi posibnyk / Za zah. red. O.S. Chabana, O.O. Khaustovoi. 3-tie vydannia, vypravlene i dopovnene. K. : Vydavnychiy dim Medknyha, 2021. 200 s.
6. Sabadukha V.O. Metafizyka suspilnoho ta osobystisnoho buttia: monohrafiia. Ivano-Frankivsk: IFNTUNH, 2019. 647 s.
7. Svaab D. Nash tvorchy mozok. Kh. : Klub simeinoho dozvillia, 2019. 463 s.
8. Frankl V. Liudyna v poshukakh spravzhnoho sensu. Psykholog u kontstabori. Kharkiv : Klub simeinoho dozvillia, 2016. 160 s.
9. Froid Z. Vstup do psykhoanalizu. Ternopil : Navchalna knyha-Bohdan, 2021. 552 s.