

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ПОЛІТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Т. М. Титаренко

**СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я
У ЗАГРОЗЛИВИХ ЖИТТЄВИХ
ОБСТАВИНАХ**

МОНОГРАФІЯ

Кропивницький 2026

УДК 159.96
Т 45

Рекомендовано до друку вченою радою
Інституту соціальної та політичної психології НАПН України,
протокол № 03/26 від 2 лютого 2026 року

Рецензенти:

Н. В. Чепелева, доктор психологічних наук, професор, дійсний член НАПН України;
І. Г. Губеладзе, доктор психологічних наук, член-кореспондент НАПН України;
О. Г. Злобіна, доктор соціологічних наук, професор

Титаренко Т. М.

Ставлення до здоров'я у загрозованих життєвих обставинах:
Т 45 монографія / Національна академія педагогічних наук України,
Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький :
Імекс-ЛТД, 2026. – 138 с.

ISBN 978-966-189-768-6

Монографію присвячено проблемі ставлення людини до власного здоров'я в умовах інтенсивної фази війни (2022–2025 рр.). Розглянуто феномени загрозованих життєвих обставин, стилю життєтворення, самооцінки здоров'я, самоспівчуття, психологічного капіталу у воєнному контексті. Визначено, як мирні мешканці сприймають загрозовані життєві обставини, які зміни у власний стиль життя вони вносять протягом війни, як змінюється самооцінка власного стану здоров'я, які ресурси самовідновлення використовуються і як накопичуються. Показано, у який спосіб за роки після повномасштабного вторгнення змінювалися стратегії самовідновлення.

Для науковців, викладачів, магістрантів та аспірантів, молодих учених, психологів-практиків, соціальних і медичних працівників, фахівців, які працюють у сфері здоров'я, широкої читачької аудиторії.

УДК 159.96

ISBN 978-966-189-768-6

© Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2026
© Титаренко Т. М., 2026

ЗМІСТ

Переднє слово	4
Розділ 1. Людина в епіцентрі загрозливих життєвих обставин	10
1.1. Що таке загрозливі життєві обставини: психологічна природа феномену	10
1.2. Які життєві обставини переживаються як загрозливі під час війни	26
Розділ 2. Цінність здоров'я у воєнному контексті	43
2.1. З чого складається самооцінка здоров'я.....	43
2.2. Як змінюється ставлення людини до здоров'я під час війни	57
Розділ 3. Стиль життєтворення і його трансформації в умовах війни	67
3.1. Стиль життєтворення і чинники, які на нього впливають.....	67
3.2. Зміни стилю життєтворення мирних мешканців України.....	76
Розділ 4. Ресурси самовідновлення за загрозливих життєвих обставин	89
4.1. Самотурбота й особистісний капітал: як накопичувати ресурси здоров'язбереження	89
4.2. Як зменшити негативний вплив війни на здоров'я людини: стратегії відновлення	101
Післяслово	118
Список використаних джерел	130

ПЕРЕДНЄ СЛОВО

...і в смерті обернуся до життя...

Василь Стус

Кожен мешканець України відчуває потребу в захисті від тотального і тривалого порушення плин у повсякденності. Людська безпека передбачає не лише захищеність від голоду, холоду, хвороб чи репресій. Ми почуваємося безпечно, коли є захист від несподіваного зовнішнього порушення плин нашого звичайного життя. Нам потрібні такі умови існування, коли задовольняються основні потреби, захищається людська гідність. Саме така особистісна безпека гарантує високу якість життя людини, а війна, усередині якої ми перебуваємо, цю якість життя руйнує.

Стійке переживання безпеки передбачає спокійне усвідомлення минулого, послідовне розгортання різних видів активності в теперішньому і можливість прогнозування власного майбутнього. Стан безпеки є станом довіри до світу, де немає страхів, тривоги, напруження, і саме він найбільше страждає у воєнних умовах. Цю довіру сьогодні частково втрачено. А коли світу довіряти небезпечно, страждає і довіра людини до самої себе, адже питання про можливість виживання, самозбереження, збереження близького оточення опиняється під знаком питання. І тут загострюється потреба переосмислити, а то й уперше цілеспрямовано досягнути вічне питання життя і смерті.

Серед найочевидніших проявів ставлення людини до життя і смерті під час війни, безумовно, ставлення до власного здоров'я. Чи змінилося за останні роки це ставлення? Адже багатьом людям тепер знайоме гостре відчуття власної смертності, що багаторазово виникає знову і знову, тому смерть відчувається інколи дуже близько. І якщо ставлення до здоров'я змінилося, то як це впливає на сьогоднішнє переживання цінності життя, психологічного добробуту, способів самореалізації? На ці складні питання науковцям ще треба шукати відповіді. Одним із кроків на цьому шляху стане наша книжка.

Як відомо, ставлення до смерті, як і ставлення до життя, формується поступово, починаючи з пробудження самосвідомості в

дитинстві, і триває до кончини людини, у різні часи по-різному переживається і трансформується. Чим старшою людина стає, чим ближче дихання смерті, тим яскравіше вона відчуває швидкоплинність, унікальність, цінність свого існування на планеті Земля.

Досвід, який людина набуває, умови, в яких це відбувається, безпосередньо впливають на динаміку ставлення до смерті. Відповідно ставлення до смерті може змінюватися карколомно, бурхливо або спокійно, уповільнено, природно. Переживаючи складні часи, потрапляючи в екстремальну ситуацію, людина щоразу по-новому усвідомлює незворотність власного життя, його скінченність, фінальність.

Чому це важливо? Бо ставлення до смерті є механізмом побудови життєвого світу з його унікальним для кожної людини простором і часом. Саме це ставлення як зворотний бік ставлення до життя загалом передбачає значущість певних цінностей і смислів, задає параметри ставлення до себе, свого оточення, здоров'я, обрив самореалізації. Кожна суттєва переоцінка власного життя визначає вихід за власні межі, за обрій конкретної і звичної життєвої позиції. Гостре відчуття фатальної приреченості стимулює переосмислення власного минулого, відмову від чогось застарілого, вторинного, бажання зняти з душі гріхи, встигнути виправити помилки, зробити те, що досі відкладалося, на що не вистачало часу.

Усе це приводить до зміни спрямування траєкторії життя, розгортання нового ландшафту життєтворення. Старі цінності перестають надихати, а колишні смисли ніби блякнуть, вичерпуються. Життєвий ландшафт з його векторно спрямованою траєкторією стає тимчасовою територією особистісних пошуків, експериментів і змін. Він задає таку конфігурацію цінностей і смислів, яку людина апробує під впливом чергових екстремальних ситуацій.

Інтегральний показник ландшафту складається з провідної потреби, яка має бути задоволена через певний спосіб переосмислення минулого, оцінювання викликів теперішнього та бачення нових горизонтів майбутнього.

Кожний складний життєвий період, як, наприклад, війна з її екстраординарним досвідом, завжди несподівано і неминуче штовхає людину до імпровізацій з власним життям. Саме ці

вимушені імпровізації дають змогу чи примушують виходити із зони комфорту, знаходити ресурси, щоб перетворювати себе і все навколо себе. У цій складній і тривалій травматичній ситуації людина обирає життєвий ландшафт, який на цей момент життя, у цих конкретних умовах є для неї прийнятним, адаптивним, слухним.

Серед не найбільш поширених ландшафтів назвемо, наприклад, ландшафт саморозвитку. Його траєкторія задається базовою потребою пошуку кращої версії себе, самовдосконалення. На території цього ландшафту людина послідовно набуває нові навички і вміння, випробовує досі незнайомі перетворювальні практики. Частіше трапляється ландшафт служіння з його потребою безкорисливої роботи не заради слави чи грошей, а заради виживання країни. Ще більш поширений, особливо серед жінок, ландшафт турботи з його найголовнішою потребою збереження життя і здоров'я близьких людей. Згадаймо також екзистенційний ландшафт, який був досить масовим на початку війни і зараз залишається поширеним серед молоді. Його головна цінність – збереження власного життя, виживання.

Типи ландшафтів, особливості їх побудови у військовослужбовців і мирних мешканців України, включно з періодом пандемії, докладно висвітлено в монографії Т. Титаренко «Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя», виданій до повномасштабної фази війни, у 2020 році, і в наступній монографії – «Мое майбутнє залежить від мене: практики здорового сьогодення у воєнних і повоєнних умовах», що побачила світ 2024 року і побудована на матеріалах, зібраних уже після повномасштабного вторгнення.

Але з тих часів сама війна, ступінь небезпеки, сприймання близькості смерті – усе це, може, і не кардинально, але відчутно змінилося. Нові життєві обставини, пов'язані з тривалістю, стресогенністю війни, із тим, що немає чіткого розмежування між фронтом і тилом, породжують нехарактерні для довоєнного часу переживання, диктують інші пріоритети.

Відповідно, людина обирає відносно здоровий чи геть нездоровий спосіб життя у воєнних умовах не цілком самотійно. Хоча скидати з рахунків власну відповідальність за щоденну поведінку і звички зарано. Частина зваженого, усвідомленого вибору

на користь здоров'я і його збереження в багатьох людей є досить високою.

Крім того, кожен з дитинства до самої старості зазнає відчутних впливів світу, в якому проходить його життя; суспільства, яке вважає своїм; спільнот, з якими себе ідентифікує. Оточення заохочує, стимулює, певною мірою тисне, нав'язує, диктує ті чи ті поведінкові прояви, поширені уподобання, значущі цінності. Здорове оточення, як правило, непомітно і наполегливо заражає корисними для здоров'я поведінковими патернами, а нездорове – навпаки. Це поступово відбивається на більшості сфер життєдіяльності людини, загальному стилі її життєтворення.

До того ж і мирне життя, і ще більшою мірою воєнне, готує чимало випадковостей, раптом актуалізує ніким не прогнозований розвиток подій. Важко уявити, що особистість змінюється під час війни, лише когось наслідуючи, чомусь підпорядковуючись або ретельно плануючи, детально продумуючи, зважаючи кожен крок. Вона живе і розвивається від однієї непрогнозованої, небезпечної ситуації до іншої, від одного складного життєвого рішення – до іншого. Її ставлення до власного здоров'я, відповідно, підпорядковується незнаним досі флуктуаціям.

Тому вивчати відмінності між традиційними і новітніми каналами впливу соціуму на поведінку мешканців України у сфері здоров'я слід невідкладно. Адже уявити далекосяжні наслідки травматичних воєнних обставин на знецінення людиною власного здоров'я, зневагу до можливостей його збереження і відновлення досить легко. Глибока демографічна криза, велика кількість поранених, хворих, частково недієздатних людей, екологічні та епідемічні ризики в спустошених і зруйнованих регіонах, нестача медичних працівників, неконтрольоване зростання хронічних і гострих соматичних захворювань, посттравматичних стресових розладів, тривожних і депресивних станів – усі ці наслідки воєнної трагедії доведеться долати роками і десятиліттями.

Що суспільство має робити, щоб зберегти, відновити, сформувати наново позитивне ставлення до здоров'я різних верств населення? Хоча б часткове вирішення цього надскладного завдання не лише допоможе людям, а й сприятиме підвищенню авторитету психологічної науки в розробленні державної політики у сфері охорони здоров'я. Тематика ставлення людини до власного здоров'я

за складних, інколи загрозливих життєвих обставин сприятиме інтенсифікації міждисциплінарного обміну в дослідженнях, пов'язаних зі здоров'ям і задоволеністю життям, здоров'ям і психологічним добробутом, здоров'ям і довголіттям.

Перший розділ книги присвячено такому феномену, як загрозливі життєві обставини; описано деякі їхні особливості, відмінності від обставин травматичних. Визначено також, чому дослідницький фокус зосереджено саме на воєнних загрозах і їх сприйманні, переживанні мирними мешканцями України. Якісне емпіричне дослідження, спрямоване на визначення життєвих обставин, які в очах українців є загрозливими для здоров'я і самопочуття, проведено на початку 2025 року. Типи загроз було проаналізовано за актуальністю, оцінкою їх як внутрішніх чи зовнішніх, гендерними і віковими показниками.

Другий розділ присвячено з'ясуванню специфіки самооцінки здоров'я та її значущості для психологічного добробуту. Зміни в ставленні людини до власного здоров'я, які відбулися протягом активної фази війни, вивчалися на основі опитування. Порівнювалися самооцінки здоров'я чоловіків і жінок, людей різних вікових груп.

У третьому розділі розглянуто стиль життєтворення. Приділено увагу контекстуальним, соціально-середовищним чинникам, які керують стильовими змінами, і чинникам індивідуально-психологічним, які зсередини впливають на поведінку. Досліджено найбільш типові стильові зміни, які відбулися після початку війни в поведінці мирних мешканців України. Зіставлено конструктивні і деструктивні стильові зміни, їх поширеність, гендерні і вікові траєкторії.

У заключному, четвертому, розділі йдеться про ресурси самозбереження і відновлення, про можливості їх накопичення. Серед ресурсів розглядається такий феномен, як самоспівчуття, самотурбота; згадуються поширені ландшафти життєтворення, які задають ефективний у воєнних умовах життєвий стиль; розглядаються можливості накопичення психологічного капіталу як своєрідної «подушки безпеки», що забезпечує здатність самовідновлення. Емпірично визначено поширені стратегії відновлення, якими користуються мешканці України протягом війни. Визначено активні і пасивні ресурсні стратегії, їх

представленість у чоловіків і жінок, молоді, людей середнього віку і старших респондентів.

Хочеться висловити своє багаторічне тепле ставлення і незмінну вдячність Інституту соціальної та політичної психології НАПН України під керівництвом Миколи Миколайовича Слюсаревського. Особлива подяка – рідному відділу соціальної психології особистості, колектив якого, очолюваний Оксаною Валеріївною Креденцер, допомагав у плануванні і проведенні дослідження, брав активну участь в обговоренні роботи на різних етапах її виконання. Конструктивні поради і пропозиції співробітників відділу сприяли вдосконаленню тексту монографії.

РОЗДІЛ 1

ЛЮДИНА В ЕПІЦЕНТРІ ЗАГРОЗЛИВИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИН

*«...життя – це самопожертва
і прийняття ризику, і, якщо досвід
не має у собі помірної дози першого
за наявності другого, життям йому
не стати».*

Нассім Талеб

1.1. Що таке загрозливі життєві обставини: психологічна природа феномену

Навряд чи хтось заперечуватиме, що життєвий шлях людини передбачає чимало напружених періодів, неприємних несподіванок, раптових загроз, численних випробувань. Будь-який крок у бік нового, незнайомого, ризикованого – це гарантований стрес різної інтенсивності і тривалості, наслідки якого буває не просто долати. І далеко не лише новизна створює напруженість у житті людини. Кількість причин, що викликають неприємності, стають тригерами кризи, можна перераховувати довго.

Але не завжди складності і проблеми, кризи і травми, якими наповнене людське життя, є однозначно руйнівними, шкідливими. Адже саме подолання внутрішніх конфліктів, конструктивне розв'язання кризових ситуацій стають і ресурсом для зростання самоповаги, і способом прояву неповторності, оригінальності, і поштовхом для подальшого саморозвитку.

Досвід свідчить, що позитивні наслідки подолання складних життєвих ситуацій проявляються не відразу і, на жаль, далеко не у всіх. Спочатку людина стикається з болісними симптомами, різким погіршенням самопочуття, соматичними і психіатричними

порушеннями. І саме такі негативні прояви привертають до себе більше уваги, краще запам'ятовуються. А значущі і цінні набутки, нові навички, більш конструктивні способи реагування, цінний у подальшому досвід подолання формуються й усвідомлюються не в кожного і далеко не відразу. Тому позитив саморозвитку зовсім не обов'язково пов'язується у свідомості з колізіями минулого.

Нерідко під час консультування людина дивується, що її сьогоднішній врівноважений стан, її високий рівень життєстійкості можуть бути тісно пов'язані з колишніми травмами. Психологічна наука також недостатньо уваги приділяє позитивним наслідкам подолання. Психологи, фізіологи, медики, соціальні працівники радше зосереджуються на деструктивних аспектах травматизації, інтенсивно вивчають гострі стресові і постстресові ситуації, посттравматичні стани, шукають екологічні способи проживання екстремальних випробувань, психологічної допомоги і підтримки людини в подоланні їхніх руйнівних наслідків.

Психологічну травму визначають як складний стан, який виникає внаслідок переживання екстремальних, трагічних подій. Дослідники констатують, що у травмованої людини не вистачає ресурсів для адекватного сприймання загрозової ситуації, до адаптації. Вона не готова адекватно осмислити, зрозуміти, пережити і прийняти травматичний досвід, з яким стикається.

Чи не вперше психотравму описав у далекому 1867 році британський лікар Дж. Еріксен. Піонерську за змістом роботу Еріксена неодноразово перевидавали в Британії і Сполучених штатах. Нещодавно її було знову перевидано в США як необхідну для сучасних студентів книгу (Eriksen, 2022). Еріксен вивчав наслідки катастроф, що в середині XIX століття час від часу відбувалися на залізниці, для психіки пасажирів. Протягом тижнів після пережитого потерпілі скаржилися на душевний дискомфорт і нічні кошмари, пов'язані з катастрофою. Спеціалісти фіксували у них також порушення когнітивних функцій, а саме здатності до концентрації уваги, запам'ятовування інформації тощо.

Сьогодні травму вважають неоднозначним, непростим феноменом і розглядають у різних аспектах (Olf et al., 2019). І лікарі, і психологи як відправну точку в розумінні травми зазвичай використовують розроблений Американською психіатричною асоціацією діагностико-статистичний посібник із психічних розладів

(DSM), оновлений у 2022 році. Відповідно до цього посібника травми розглядають як явище, що виникає внаслідок психосоціальних та екзогенних проблем, з якими стикається людина. Ці проблеми приховують у собі загрозу чи то серйозного поранення, чи то сексуального насилля, чи навіть смерті. Важливо, що травму можна дістати не лише ставши учасником небезпечних подій, а й спостерігаючи за такими подіями або навіть слухаючи розповіді про них, читаючи про них у телеграм-каналі, переглядаючи ролик у ютубі.

Серед основних видів травм називають такі, які, на жаль, добре знайомі багатьом мешканцям України. Це, наприклад, травми, пов'язані з війною, вимушеним переселенням, переслідуваннями, масовим насиллям зі стріляниною, бомбардуванням тощо.

До травмування призводять особливо несприятливі життєві обставини, екстремальні події, які раптово порушують звичний плін життя і несуть загрозу здоров'ю людини, її безпеці. Це може бути раптова смерть чи трагічна загибель близької людини, несумісний із життям діагноз, каліцтво.

Не менш травмогенними є природні і техногенні катастрофи. Виверження вулканів, смерчі, землетруси, інші стихійні лиха – це відомі з давніх часів природні катастрофи, до яких людина практично ніколи не може бути заздалегідь готовою. Техногенні катастрофи не мають такої великої історії, як природні, але за масштабами і наслідками можуть конкурувати з природними лихами. Серйозні аварії на атомних станціях (а багато з нас пережили в 1986 році страшну аварію на Чорнобильській АЕС), інциденти на великих хімічних підприємствах, інших промислових об'єктах, будівництві, транспорті – це приклади техногенних катастроф, від яких страждають одночасно великі і дуже великі групи людей, інколи – цілі регіони.

Міжнародна стратегія ООН зі зменшення наслідків стихійних лих (UN-IDSР) розглядає стихійне лихо як серйозне порушення функціонування громади або суспільства, що спричиняє широкомасштабні людські, матеріальні, економічні або екологічні втрати, що перевищують можливості постраждалої громади або суспільства впоратися з ними, використовуючи власні ресурси. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає катастрофу

дуже лаконічно: як раптове екологічне явище достатнього масштабу, що потребує зовнішньої допомоги.

Спираючись на багаторічні і широко цитовані дослідження Е. Quarentelli, додамо, що катастрофа не лише впливає на соціальну структуру, створюючи великі проблеми у функціонуванні суспільства, а й завжди має свій психологічний вимір (Quarentelli, 1988; 2006). Після катастроф масово спостерігаються емоційна нестабільність людей, інтенсивні стресові реакції, тривога, депресія, поведінкові та інші розлади, що мають величезний вплив як на постраждалих осіб, так і на громади. Часом навіть після надання комплексної допомоги одужання залишається нестійким і неповним, що призводить до низки психотичних симптомів. Найчастіше трапляється коморбідний посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який поєднується зі страхом, безнадією, почуттям нікчемності, безпорадності тощо.

Серед посттравматичних станів особливий інтерес становлять такі стани, що виникли внаслідок природних катастроф, як-от: урагани, землетруси, торнадо, пожежі, цунамі, паводки тощо. Навіть добре знайомі багатьом екстремальні погодні явища на зразок надмірної спеки, сильних морозів чи ураганних вітрів, що призводять до загибелі людей, тварин, руйнації домівок, так само можуть стати джерелом ПТСР.

Різними є причини природних і техногенних катастроф, що впливає на ставлення людей до їхніх наслідків. З природними лихами, здається, легше змиритися. Їхні причини колись пояснювали гнівом богів, недостойною поведінкою, за яку прийшла заслужена кара. Тепер причини природних катастроф шукають переважно в недостатній вивченості природних явищ, якими людина керувати не може. Причини ж техногенних катастроф, а саме промислових аварій, терористичних колізій, політичних заворушень, завжди пов'язують з некомпетентними людськими діями і непродуманими намірами. Саме тому змиритися з ними людині набагато важче. Певно, до таких катастроф можна віднести і війни.

Безумовно, сьогодні так протиставляти причини природних і техногенних катастроф не варто. Адже людський слід можна відшукати і в багатьох природних лихах. Не лише в техногенних. Хіба ми не бачимо сильні повені на території західних регіонів нашої країни, спровоковані не лише природою? Важко заплющувати очі на

хижацьке вирубування карпатських лісів і небажані зміни клімату, спровоковані цими людськими діями.

Найтравматичнішими серед природних катастроф вважають землетруси, особливо силою понад вісім балів. Дуже часто вони бувають на території Туреччини. Згадується страшний землетрус у районі Ізміра на північному заході країни в 1999 році. Тоді загинуло близько 17 тисяч людей. Набагато більше жертв – понад 87 тисяч – було під час масштабного землетрусу, що стався в Китаї в провінції Сичуань у 2008 році. Постраждали школи, лікарні, підприємства. Поштовхи силою 7,8 бала за шкалою Ріхтера відчували навіть жителі Пекіна і Бангкока.

Маю власний дитячий досвід переживання землетрусу значно меншої сили. Спогад про пережите актуальний для мене й досі. Уночі раптом виникли якісь дивні звуки, почав сильно дзвеніти посуд у буфеті. Це нас розбудило. Захиталися люстри, зарухалися меблі, навіть важкі. Здавалося, що все розвалюється і навіть стеля зараз упаде. А потім уже не вдалося стояти, бо земля почала йти з-під ніг, а стіни – нахилитися, і ми, дуже налякані, повибігали з наших багатоповерхових будинків у двір. Подія сталася в Казахстані, і після неї мама остаточно вирішила, що треба із сейсмоактивного району повертатися в тиху Україну.

Наслідки природних і техногенних катастроф, може, і порізнному, але завжди відбиваються на психічному здоров'ї людей. Передусім страждає населення країн, що розвиваються. Саме там через такі проблеми, як бідність, брак ресурсів, погана інфраструктура, нестача кваліфікованих кадрів, найчастіше фіксують небажані наслідки катастроф. Крім того, у цих країнах загалом мало уваги приділяють проблемам психічного здоров'я, що виникають унаслідок стихійних лих (Маквана, 2019).

Порівнюючи травматичні і загрозливі життєві обставини, зауважу, що тривалість дії травматичних і загрозливих обставин дуже різна. Зазнавши сильної травми, людина ніби приречена нести із собою цей тяжкий досвід протягом тривалого часу, інколи – усього життя. Негативні наслідки травмування можуть несподівано проявлятися в певних ситуаціях і справляти руйнівний вплив на різні аспекти людського життя, його якість навіть через багато років після того, що колись сталося. Професійно надана психотерапевтична допомога поступово дає людині змогу звільнитися від жахливих

спогадів, почати жити не в минулому, а в теперішньому і майбутньому. Загрозливі життєві обставини не мають такого тривалого впливу. Як тільки вони стають більш безпечними, а тим більше – зникають, не викликавши травму, людина оживає, самостійно відновлюється і починає активно рухатися вперед.

Крім того, будь-яке травмування людина сприймає як потенційно небезпечне для життя і здоров'я. Особливо якщо травматичні обставини діють довго, повторюються, накопичуються. Тоді більшість людей чекають на погіршення психологічного і соматичного здоров'я ще до того, як ці погіршення відбудуться. А загрозливі обставини можуть так і залишатися потенційною загрозою впродовж життя людини, так і не перетворитися на травматичні. Тому реальні наслідки для здоров'я людина не завжди усвідомлює.

Наприклад, прогнози щодо можливих наступних пандемій небезпечних захворювань на зразок ковіду, які озвучують час від часу епідеміологи і журналісти, хоч і є загрозливими, але, на щастя, поки що залишаються малоймовірними. Активно дискутується в пресі і проблема критичних для людства майбутніх наслідків загального потепління. Ці обставини теж є певною мірою загрозливими. Водночас учені сподіваються, що вони так і залишаться потенційною загрозою, не перетворюючись на реальні травматичні обставини.

Люди часто живуть, відпочивають, працюють за загрозливих обставин, ризикуючи життям і здоров'ям. Маю на увазі не лише шахтарів, надзвичайників чи альпіністів. Згадаймо мальовничий Неаполь, заснований ще у восьмому столітті до нашої ери, який і сьогодні є третім за чисельністю містом Італії після Рима і Мілана. Люди жили і живуть там у безпосередній близькості до вулкана Везувій, який востаннє прокидався 1944 року. Уже в сімнадцятому столітті це незабутнє місто, яке й досі стоїть у мене перед очима, було другим у Європі після Парижа, а університет там було засновано вже у дванадцятому столітті.

Легкий, трохи сумбурний, веселий і експансивний настрій цього старовинного міста, можливо, якимось пов'язаний з постійним нагадуванням всім і кожному про тлінність буття, про зовсім непримарну загрозу. Везувій, єдиний активний вулкан на території материкової Європи й один із найнебезпечніших у світі, видно скрізь

у Неаполі, він ніколи не дає про себе забути. Незважаючи на дамоклів меч, що навис над містом, люди розводять на родючих схилах Везувію виноградники і фруктові сади, а красень Неаполь приймає щороку мільйони туристів.

Цей феномен ігнорування небезпеки знайомий кожному в тих містах України, які нерідко опиняються під обстрілами. Він дуже дивує іноземців, які вперше приїхали в країну і не розуміють, чому люди не поспішають до укриттів. Знову і знову волає тривога, люди дивляться в телефон і спокійно кажуть: це не ракети, це шахеди. Або: це ракети, але не до нас. І йдуть далі: хто – на роботу, хто – у поліклініку, спортзал, у кафе-морозиво, хто – просто гуляє воєнним містом. Діти бігають, не припиняючи гри. Мами з візочками повільно рухаються доріжками парку.

І коли вже починають майже над головою збивати ворожі безпілотники, усе навколо гримить від вибухів, частина людей прямує додому, у паркінг чи метро, а решта і далі йдуть у справах, не переривають робочий процес, дуже рідко говорячи між собою про небезпеку. Лише час від часу дивляться на небо: куди летить, і повідомляють рідним, що виникли проблеми з транспортом або зачищеною аптекою. Так не було на початку війни, але на четвертий рік повномасштабних дій відбулася потужна адаптація, зросла вибірковість реагування на тривожні повідомлення.

До травматичних подій традиційно відносять такі події, які *реально, а не потенційно* змінюють траєкторію життєздійснення, його ціннісно-сміслові орієнтири, якість життя людини загалом. Крім стихійних лих і техногенних катастроф, які вже відбулися, це, наприклад, розлучення, з руйнівними наслідками яких часто працюють психотерапевти. Або смерть близької людини. Або коли батьки втратили дитину. Травматичними певною мірою стають і конфлікти на роботі, раптове звільнення, безробіття, втрата житла, капіталу. На відміну від загрозливих життєвих обставин травматичні події завжди стають причинами порушень здоров'я, травм різної складності.

Зрозуміло, що, крім відмінностей, загрозливі й травматичні обставини мають і спільні характеристики. І ті, і ті не приносять користі здоров'ю людини, погіршують якість її життя, суб'єктивне задоволення ним. Загрозливі обставини, навіть якщо вони і не стають згодом травматичними, усе ж привносять у процес

життєздійснення особистості суттєві обмеження, створюють тло постійного напруженого очікування неприємностей, зниженого настрою і погіршеної працездатності. Особливо заважають загрозливі обставини творчим самопроявам, несподіваним, спонтанним рішенням, плануванню майбутнього.

Ну, а різноманітні негативні впливи травматичних подій на життя людини, її здоров'я і психологічний добробут вивчають прицільно в багатьох країнах як психологи, так і фізіологи, лікарі, соціологи. Зауважу лише, що травмована людина страждає від недовіри до світу загалом і до оточення зокрема. Це заважає здатності розуміти іншого, будувати спільну взаємодію, екологічно розв'язувати конфлікти. Не відчуваючи емпатію, не вмюючи повноцінно співчувати, травмована людина має складності з пошуком партнера, створенням сім'ї. Відповідно, адаптивність погіршується, осмислення нового досвіду гальмується, самореалізація не відбувається на повну силу.

Оскільки щоденні воєнні загрози в Україні охоплюють практично все мирне населення різних регіонів, стає зрозумілим, чому в цій книжці фокус дослідницького інтересу спрямовано не так на травматичні, як на загрозливі життєві обставини. Війна є, безумовно, травматичною, але це не унеможливило наявності цілої низки реальних загроз, які тільки потенційно можуть стати травматичними. Велика частина населення нашої країни зазнала й далі зазнає важких травм. І це насамперед військові, які бачили загибель своїх товаришів, стикалися з результатами звірств ворога; це полонені, жителі окупованих територій, деякі категорії вимушених переселенців, які втратили все і не мають куди повернутися після війни. Крім того, це сім'ї, у яких рідна людина загинула на війни, у яких ворог викрав і вивіз кудись їхніх дітей, убив батьків. Усі ці люди потребують допомоги спеціалістів різного профілю, підтримки соціальних служб, патронату з боку держави.

Отже, загрозливі обставини – це обставини, які є потенційно небезпечними і мають тенденцію стати травматичними. Це сьогодення реальність, яка погіршує якість життя, впливаючи на здоров'я і самопочуття, депривуючи потребу в безпеці.

Ми зосередимося насамперед на більшості мирного населення України. Це люди, обставини життя яких постійно загрозливі, але які, на щастя, досі не стикалися зі складними травмами. Тягар

воєнної загрози накопичується рік від року, стає важким вантажем, позбавляє легкості. Крім того, люди не можуть не відчувати, що будь-яка воєнна загроза може щомиті реалізуватися. І тоді наслідки травмування, імовірно, доведеться лікувати не один рік, якщо вони взагалі можуть бутивилікувані.

Повернімося до травми, яку протягом кількох останніх десятиріч докладно і різнобічно вивчають нейробіологи, неврологи, психіатри, психологи, соціологи, соціальні працівники. Зауважимо, що змінюється не лише стан окремих людей, а й стан усієї громади. Відповідно, працювати в подальшому над подоланням наслідків катастрофи треба комплексно, плануючи заходи, що сприяють одужанню громади (Rosenberg, 2022).

Погляньмо, що відомо про стадії розгортання стихійних лих, про психологічні наслідки природних і техногенних катастроф.

У дослідженнях стихійних лих інколи виділяють першу фазу, яку називають переддія, коли вже відчувається загроза, що насувається, і відбувається це за кілька днів або годин до початку лиха. Друга фаза, яка має кілька етапів, є фазою безпосереднього розгортання події. Вона триває від початку лиха до початку рятувальних робіт. І, нарешті, третя фаза, теж нерідко з певними етапами і назвами, є фазою післядії, коли безпосередня загроза вже зникла, рятувальні роботи тривають і проводиться евакуація потерпілих. Якщо на першій фазі людина відчуває напруження і тривогу, то на другій це вже паніка, жах, а на третій відбувається руйнація звичних соціальних зв'язків і вторинна травматизація.

Після сильного землетрусу в Скоп'є (10 балів), що тривав 20 секунд і призвів до руйнування столиці Македонії, коли загинуло понад 1000 людей, а ще 200 000 втратили дах над головою, дослідники виокремили такі фази динаміки психічного стану:

- 1) пригнічення, депресія, апатія, масова дезорганізація поведінки, що триває перші дві-три доби;
- 2) поява проявів надмірного збудження і водночас полегшення симптомів депресії, які фіксуються на п'яту-дванадцятую добу;
- 3) відновлення нормального стану й адаптація до наявної ситуації починаються від десятої-дванадцятої доби і тривають до двох-трьох місяців.

За деякими даними, до чверті потерпілих від землетрусів мають унаслідок пережитого такі серйозні розлади, як реактивні

психози. Решта зазвичай страждає від більш поширених невротичних станів, які можуть тривати досить довго, інколи до кількох років.

Деталізуючи цей загальний підхід, Американський центр з вивчення психічних розладів при катастрофах (Disaster assistance section) описує такі чотири фази травматичної динаміки (International Strategy..., 2004).

(1) Перша, «героїчна», фаза коротка, вона триває всього кілька годин. У цей період зазвичай спостерігаються прояви масового альтруїзму, надання безкорисливої допомоги оточенню. Людина сподівається на швидке припинення дії травматичного фактору, на порятунок, який має прийти.

(2) Друга фаза дістала романтичну назву «медового місяця». Її тривалість – від тижня до 3-6 місяців. Ті, хто вижив, відчують гордість, що вдалося перебороти лихо. Вони сподіваються, що все минеться, повернеться до норми.

(3) Третя фаза настає тоді, коли сподівання попередньої фази не виправдалися. І тому вона називається фазою «розчарування», що може тривати від 2 місяців до 2 років.

(4) І, нарешті, четверта фаза, яка має назву «відновлення». Вона починається тоді, коли людина усвідомлює, що навіть після трагедії життя все ж триває, і треба повертатися в сьогодення, розв'язувати побутові проблеми.

Згідно з даними Американської Адміністрації з питань зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров'я (SAMHSA), ось як відповідні фази катастрофічних подій впливають на причетних.

Фаза перед катастрофою. Якщо перед початком катастрофи не було централізованого попередження, то на цій фазі можуть загострюватися почуття вразливості й втрати контролю. Здається, що втрачається здатність захистити себе і свою сім'ю. Якщо попередження звучать, то у людини виникає почуття провини, що вона не звернула на це належної уваги. Можуть бути і самозвинувачення через ігнорування попереджень. Ця фаза зазвичай триває годинами або навіть хвилинами, наприклад під час терористичного нападу. Інколи фаза розтягується на кілька місяців, як це буває під час сезону ураганів.

Коли катастрофа вже почалася, цю фазу називають фазою удару. Її психологічні наслідки залежать від типу катастроф. Якщо катастрофи розвиваються повільно і не становлять великої загрози, то на початку людина відчуває короткий шок. Якщо ж катастрофа швидка і небезпечна, стан постраждалих ненадовго стає панічним. Потім початкова дезорієнтація і недовіра змінюються на зосередженість на самозбереженні і захисті своїх близьких. Зазвичай ця фаза є найкоротшою.

На «героїчній» фазі спостерігається високий рівень активності, тоді як продуктивність може бути зовсім невисокою. Відчуваючи альтруїзм, члени громади готові рятувати всіх, хто цього потребує, але ця фаза швидко минає.

На фазі «медового місяця» відбувається різка зміна емоційних станів. У разі стихійного лиха допомога приходить вчасно, стає легкодоступною, що посилює взаємозв'язки в громаді. Людина відчуває оптимізм щодо можливості швидкого повернення до норми. У результаті постачальники послуг та організації мають численні можливості налагодити необхідні зв'язки та побудувати комунікацію взаєморозуміння з постраждалими людьми і групами. Ця фаза може тривати кілька тижнів.

Коли настає фаза розчарування, люди і громади починають усвідомлювати межі допомоги, яку вдається надати в разі стихійного лиха. І тоді їхній оптимізм перетворюється на зневіру, а стресові реакції наростають. Починають проявлятися симптоми фізичного виснаження. Дехто вдається до вживання психоактивних речовин. Розрив між потребою в допомозі і реальною допомогою зростає, що призводить до почуття покинутості. Ця фаза є тривалою і може тягнутися місяцями й роками. Буває, що в роковини стихійного лиха вона загострюється, навіть коли вже ніби згасла. Спровокувати її активізацію можуть й інші події-тригери.

Коли нарешті приходить фаза реконструкції, люди відчувають загальне піднесення, відчуття відновлення, віру в себе. Багато хто з готовністю бере на себе відповідальність за відновлення свого життя. Але незважаючи на те, що люди адаптуються до нової нормальності, вони й далі відчувають біль і сум через втрати. Цей етап може тривати роками, а початок він бере приблизно в річницю катастрофи, якщо вона не загальмувалася на попередній фазі.

Після завершення всіх фаз катастрофічних подій фактори ризику для психічного здоров'я людини не зникають протягом усього життя. Досвід, якого людина набула в період, що передував природній чи техногенній катастрофі, під час самої катастрофи і після неї, відбивається на психічному здоров'ї по-різному. Крім того, ефекти від кожної фази взаємодіють між собою, що інколи посилює психопатологію, підвищує вразливість до психічних захворювань.

Для нас важливо, що віддалені наслідки пережитого, які супроводжуються проблемами із психологічним здоров'ям і добробутом, можуть спостерігатися роками. Такі відстрочені реакції можуть посилювати реагування на майбутні складні життєві ситуації, кризи.

Якщо людина мала в дитинстві, підлітковому віці чи пізніше певні проблеми із психічним здоров'ям, це посилює негативний вплив катастрофи. Якщо травмована людина жіночої статі і має молодший вік – це також несприятливі обставини для виходу з посткатастрофічного стану. Низький соціально-економічний або етнічний статус, недостатність підтримки оточення, незадовільні стосунки з близькими – усі ці обставини також є несприятливими з погляду подолання негативних наслідків катастрофи.

Певні індивідуально-психологічні риси, як-от нейротизм, тривожність, звичка уникати ситуацій, що вимагають подолання, теж посилюють негативний вплив катастроф. Водночас такі властивості особистості, як висока готовність і здатність долати перешкоди, самоєфективність, оптимізм, витривалість, наявність гнучких, розвинених адаптивних здатностей, завжди зменшують загальний стрес, що його викликає катастрофа, і забезпечують більшу стійкість.

Сімейний статус так само має свій вплив. У самотніх людей вищий ризик депресії після катастроф, ніж у сімейних, які надають одне одному підтримку. Хоча в літературі трапляються також дані, які суперечать цьому твердженню. Інколи пишуть, що шлюб, навпаки, може стати фактором ризику появи психопатології після катастрофи, якщо говорити про жінок. Наявність дітей також зумовлює вищий ризик погіршення психічного здоров'я. Це можна пояснити вищим рівнем стресу під час катастрофи, більшою відповідальністю не лише за себе, а й за дитину, необхідністю турбуватися про неї на всіх етапах розгортання катастрофічних подій.

Не можна оминати і попередній травматичний досвід, який обтяжує сприймання катастрофічних подій. Переживання травматичних подій до катастрофи піддає людину більшому ризику щодо проблем із психічним здоров'ям після катастрофи і знижує ймовірність її подальшої стійкості.

Не всі люди в певній громаді, де сталася катастрофа, отримали однакові дози негативного досвіду, адже вони відрізняються за ступенем залученості в події. Хтось постраждав безпосередньо, опинившись в епіцентрі катастрофи, а хтось перебував не так близько, що, безумовно, має значення. Фіксують і випадки опосередкованого впливу, коли сама людина не була всередині катастрофічних подій, але її близькі люди, на жаль, опинилися на місці катастрофи. Деякі вразливі люди зазнають відчутного стресу навіть тоді, коли вони просто бачать відтворення катастрофи в ЗМІ.

І все ж найбільш значущим прогностичним фактором потенційного погіршення психічного здоров'я є масштаб катастрофи.

Дослідники вимірюють уразливість під час катастроф різними способами. Це кількість та інтенсивність подій, пов'язаних із катастрофою, тип катастрофи, тривалість впливу, кількість загиблих, близькість до місця, де сталася катастрофа. Доза стресу і сила реакції на нього тісно пов'язані. Незалежно від того, як уразливість вимірюють, ризик психопатології зростає залежно від інтенсивності дії травматичних подій.

Найгірше – якщо людина відчувала реальну загрозу життю, дістала поранення і стала свідком жахливих подій, таких як смерть або завдання шкоди іншим. Тому, на жаль, наша катастрофа, а саме повномасштабна війна з агресором, що супроводжується великою кількістю загиблих, поранених, зниклих безвісти, може призвести до значного поширення психопатології серед населення. Адже значна частина тих, хто вижив на фронті, у полоні чи окупації, були свідками жахливих подій. Крім того, вони, як і більшість населення України, особисто пережили і переживають досі численні небезпечні для життя ситуації, зокрема пов'язані з масовими обстрілами міст і селищ. Багато хто втратив рідних, близьких, колег і друзів, не має більше постійного житла, звичної роботи, нажитого майна, грошей.

Посилаючись на дослідників ментального здоров'я в посткатастрофічний період, зробимо попередній висновок щодо

наслідків нашої війни. Більшість виділяє два ключових предиктори подальшого розвитку і перебігу можливих психічних захворювань, пов'язаних з катастрофами, – негативний і позитивний. Негативний предиктор – це дія в довгостроковій перспективі тривалих стресорів (залежно від їхньої сили, кількості, частоти виникнення, взаємовпливів). Позитивний предиктор – це наявність достатньої соціальної підтримки різних рівнів.

Серед стресорів, крім втрати роботи і майна, війна провокує численні негаразди в шлюбних стосунках, незадовільний стан фізичного здоров'я, необхідність вимушеного переселення. Щодо користі підтримки відомо, що вона може захистити від розвитку психічних захворювань і під час катастрофічних подій, і після завершення їхньої дії. Соціальна підтримка є буфером проти негативних психологічних наслідків стресу, впливаючи на те, як людина сприймає новий досвід, усвідомлює його, справляється з ним. Якість підтримки залежить від розгалуженості комунікативних мереж, до яких залучена травмована людина.

Загалом очевидно, що подібно до того, як характеристики чи умови до, під час і після катастрофи впливають на розвиток психопатології, погіршення психологічного здоров'я і самопочуття, так і підтримувальні втручання, організовані в періоди до, під час і після катастрофи, можуть поліпшити результати психічного здоров'я. Психологія має розробити рекомендації щодо того, яких заходів можна вжити до, під час і після катастроф, щоб запобігти психічним розладам, зменшити їхню тяжкість, лікувати їх та сприяти одужанню.

Ключові функції підготовки до катастрофи полягають у мінімізації впливу потенційно травматичних подій, пов'язаних із катастрофою, і зменшенні ймовірності виникнення додаткових стресових факторів після катастрофи. Органи місцевого самоврядування і громади можуть зменшити ймовірність і серйозність впливу катастроф кількома способами. Скажімо, не треба заохочувати придбання нерухомості в особливо небезпечних місцях, а будівельні правила слід змінити так, щоб запобігти масовій загибелі людей. Пам'ятаймо, що руйнування, травми, смерть і втрата житла вже після природних катаклізмів характерні для країн з низьким рівнем доходу, оскільки ці правила не діють і не виконуються.

Розгляньмо більш прицільно психологічні наслідки пережитої війни. Виділяють кілька видів потенційно травматичних подій, які зазвичай пов'язані з війною. Це насамперед екстремальне насильство; травматичні втрати; вплив конфліктів і постійних стресових факторів (Jayasuriya, 2025).

Цілеспрямоване насильство, без якого не обходяться війни, і породжена війною психічна травма є дуже складними формами стресорів, які часто взаємопов'язані, але мають дещо відмінні характеристики.

Травма, яку людина отримує внаслідок війни, охоплює широкий спектр переживань: це й участь у бойових діях, і спостереження за смертю або пораненням іншої людини (багатьох людей), і життя хоч і не поруч з фронтом, але в умовах тероризування агресором мирного населення. Широкомасштабний вплив воєнної травми часто зачіпає спільноти, команди, мережі, великі і малі групи населення. Емпіричні дослідження документують глибокі психологічні наслідки воєнного травмування, як-от посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожні розлади, що поширюються на значні маси людей.

Крім тривалого перебування всередині воєнного конфлікту, чимало людей спостерігають, гостро переживають, а інколи й відчувають на собі, членах своєї сім'ї різні форми цілеспрямованого насильства. Цей вид травматичних подій особливо підсилюється під час війни і передбачає навмисне, цілеспрямоване заподіяння сильного фізичного і психологічного болю, залякування, приниження, ламання волі людини, її віри. Пов'язані з насильством обтяжливі обставини негативно впливають безпосередньо на здоров'я, передусім ментальне, психічне, хоча, безумовно, страждають і здоров'я соматичне, і психологічний добробут людини.

Проведені наукові дослідження війн на Балканах, у Камбоджі, Ізраїлі, Палестині свідчать, що посттравматичні наслідки баченого і пережитого насильства дають про себе знати і через багато років. Тривале перебування в епіцентрі війни, переживання насильницьких дій ворога прокладають шлях до психічних захворювань, які важко подолати. Так, на Балканах через кілька років після війни зберігався високий рівень посттравматичних стресових розладів і депресивних станів, пов'язаних з побаченим і пережитим. Серед камбоджійців наслідки політичного насильства і тортур спостерігалися навіть

через 25 років. Так само і вплив війни, і цілеспрямоване насильство стали причиною поширеності психічних розладів серед населення Палестини (Canetti et al., 2010; Saltzman et al., 2022).

Українці знають, якщо не прямо з власного досвіду, то з досвіду членів родини, знайомих, співробітників, сусідів, із соціальних мереж, наскільки схильний до жорстокого насильства наш ворог, і ці знання теж є травматичними. Жорстокі тортури, яких зазнають полонені, мирні мешканці на окупованих територіях, навіть діти, уже мають і матимуть надалі серйозні наслідки. Не менш значущими є також втрати. Ідеться і про найближчих людей, і про випадкову загибель знайомих і незнайомих під час обстрілів, про втрату даху над головою, роботи, доходів, почуття безпеки. Багато людей втрачають відтак бачення майбутнього, руйнуються їхні плани, надії, перспективи.

У публікаціях останніх років, зосереджених на психологічних наслідках війни в Україні, чимало авторів пишуть про проблеми із психічним здоров'ям, які виникають, про стресові стани різної інтенсивності, складності з адаптацією, посттравматичні стресові розлади з депресивними і тривожними станами, з різноманітними скаргами на соматичні захворювання, які діагностично не підтверджуються. Як показало дослідження нашої співвітчизниці Ліани Спицької, ці розлади є приблизно у половини опитаних; причому жінки більш схильні до ПТСР, тривожних і соматоформних розладів, а чоловіки – до залежності від психоактивних речовин (Spytska, 2024).

Розробляючи шкалу стресорів, пов'язаних із війною в Україні, словацькі колеги виокремлюють серед них стресори, пов'язані із суспільством, з особистістю і безпекою (Vargová et al., 2024). Люди тривожаться щодо власного майбутнього, говорять про утруднений доступ до предметів першої необхідності. Нерідко пишуть про складності із вчасним отриманням необхідних медичних послуг, адже тривають атаки на медичні заклади, не вистачає лікарів різного профілю, дуже мало середнього медичного персоналу, потрібних ліків у певних регіонах. Найбільший страх викликає ризик ескалації війни, яким постійно лякає наш ворог, включно з ядерною загрозою, і страх економічної кризи. Інколи пишуть також про холодомор, екоцид, спричинений війною, про віддалені наслідки для навколишнього середовища, для клімату, якості води, їжі, повітря.

Розгляньмо докладніше, як саме мирні мешканці нашої країни переживають загрози, що їх принесла війна, як ці загрози вже впливають і можуть вплинути в подальшому на здоров'я і психологічний добробут людей. Поговорімо і про те, які наслідки для особистості, її життєтворення ми матимемо на четвертому році повномасштабної війни і пізніше.

1.2. Які життєві обставини переживаються як загрозові під час війни

*Війна приємна тільки тим,
хто не зазнав її.
Флавій Веґецій Ренат*

*Війна складається
з непередбачуваних подій.
Наполеон I Бонапарт*

Чи завжди війна і вимушена міґрація оцінюються як загрозові життєві обставини, переживаються як реальна загроза життю і здоров'ю?

Щоб відповісти на питання щодо життєвих обставин, які в очах українців є загрозовими для здоров'я і самопочуття, було заплановано провести якісне емпіричне дослідження. Перший його етап у грудні 2024 охоплював розроблення методології дослідження, формулювання завдань і робочих гіпотез, апробацію схеми відкритого опитування, оцінювання ефективності запропонованої дослідницької процедури групою експертів.

Роль експертів виконували дев'ять науковців, психологів і соціологів з науковими ступенями, які мали попередній досвід проведення якісних досліджень з участю військових, мирних мешканців і вимушених переселенців. Експерти стали першими респондентами і допомогли виділити саме ті структурні компоненти життєвих історій, які прояснили, як повніше вирішити поставлені завдання, більш чітко і у відповідній послідовності формулюючи базові запитання. На цьому етапі запроповану емпіричну

процедуру вдалося вдосконалити саме завдяки експертним висновкам. Було також затверджено відповідну назву і схему послідовних відкритих питань, що сприяло усвідомленню і прийняттю набутого під час війни життєвого досвіду.

Другий етап роботи, що проводилася разом із Г. Громовою, передбачав збирання емпіричного матеріалу. Він тривав близько трьох місяців (із січня до березня 2025 року) на платформі Google Form. Респондентам-добровольцям було запропоновано письмово поміркувати на тему «Як зберегти себе під час війни». Вибірка, що остаточно склалася, налічувала 328 чоловіків і жінок віком від 17 до 74 років. Жінок у такій добровільній стихійній вибірці зазвичай буває значно більше, ніж чоловіків. У нашому дослідженні ця тенденція проявилася досить яскраво – жінок виявилось майже в'ятеро більше (272, тоді як чоловіків – 56).

Текст інструкції був таким: «Якщо Вам важливо і цікаво зрозуміти, як Ви проходите випробування останніх років, якщо Ви шукаєте додаткові ресурси для самозбереження, розкажіть, будь ласка, про себе і своє здоров'я під час війни. За бажанням можна орієнтуватися на таку схему».

Схема передбачала п'ять аспектів, перші три з яких пов'язані із завданнями, поставленими в цій книзі, і тому саме вони будуть проаналізовані докладно. Останні два аспекти, пов'язані з екологічними ризиками, сприймаються в цьому контексті як додаткові й аналізуються лише побіжно.

1. У чому Ви бачите загрози для власного здоров'я і самопочуття?

2. Що саме Ви змінили в стилі свого життя, звичках?

3. Що/хто найбільше допомагає Вам відновлюватися?

4. Яку роль відіграє навколишнє середовище, екологія у Вашому самозбереженні?

5. Що Ви могли б зробити, щоб середовище ставало здоровішим?

Перш ніж відповідати на поставлені запитання, респонденти мали оцінити актуальний стан власного здоров'я порівняно зі станом, який був до війни, у балах: 5 – здоров'я стало набагато кращим, 4 – трохи поліпшилося, 3 – не змінилося, 2 – трохи погіршилося, 1 – набагато погіршилося. (Цей аспект самооцінки здоров'я буде проаналізовано в другому розділі книги.)

Респондентам було повідомлено, що дослідження анонімне. Їм пропонувалося зазначити лише вік і стать. Також вони мали змогу зв'язатися в разі потреби з дослідниками за допомогою вказаної електронної адреси.

Для пошуку векторів самооздоровлення було проведено дескриптивний та інтерпретативний аналіз отриманих даних. Відмінності між підгрупами і взаємозв'язки між змінними відтак проаналізовано за допомогою таблиць спряжиння і непараметричних критеріїв.

Проведений дескриптивний аналіз повних текстів інтерв'ю дав змогу виокремити значущі смислові елементи, а далі за допомогою інтерпретативного аналізу – виявити типи загрозливих життєвих обставин (табл. 1) і зміни в поведінці, стильові характеристики (див. розділ 3).

Таблиця 1

Характеристики дескрипторів загроз

Номер	Тема	Опис	Приклад
1	Війна	нестабільна ситуація внаслідок війни, постійного стресу, діяльності ТЦК, браку умов для повноцінного сну, відпочинку	«Єдина загроза – це війна»; «Постійне безсоння внаслідок воєнних дій» «Війна заважає відновленню і збільшує стрес»
2	Психопатологія	погіршення психологічного здоров'я (тривога, страх, депресія, апатія, вигорання, напруження)	«Головний біль, нервовість»; «Стан повної розгубленості»; «Неймовірно багато горя»
3	Тривога за рідних	переживання страху, тривоги за рідних, близьких, провини перед ними	«Переживаю за сім'ю, дітей»; Загроза – коли є проблеми у рідних»; «Страх за життя близьких»

Номер	Тема	Опис	Приклад
4	Фронтвики, переселенці	участь у боях, вимушене переселення, внаслідок чого самотність, розлука, важкодоступність медичної допомоги	«Розлука з дитиною через бойові дії»; «Загроза для мене в самотності»; «Невчасно надана медична допомога»
5	Соматизація	погіршення соматичного здоров'я, активізація шкідливих звичок	«Втрата здоров'я»; «Загроза у хворобах, що виникають на тлі перманентного стресу»; «Загроза – у погіршенні стану здоров'я»
6	Небезпека обстрілів	зростання небезпеки внаслідок ракетних, дронівих обстрілів, ядерних і хімічних загроз	«Загроза в терористичних діях з боку ворога»; «У ракетних атаках, можливих прильотах»; «Обстріли, брак укриттів або укриття, які недостатньо відповідають вимогам»
7	Інформаційний стрес	пригніченість, викликана поганими новинами, негативною інформацією	«Відео із жорстоким змістом»; «Інформаційні вкиди, які тримають у постійному напруженні»; «Перевантаженість негативною інформацією, що йде із ЗМІ і соціальних мереж»
8	Екологія, побут	побутові (вимкнення світла, газу), робочі,	«Погіршення якості продуктів харчування в

Номер	Тема	Опис	Приклад
		екологічні та епідеміологічні проблеми, проблеми в стосунках	магазинах, на ринках»; «Загрози – в епідеміях, погіршенні екології»; «Постійні вимкнення світла»
9	Помилки влади	неконструктивні дії влади в політиці, економіці	«У зв'язку зі складними економічними обставинами в країні, підвищенням цін зростає невпевненість, обмеженість можливостей»; «Загроза – у діях влади»; «Гуманітарна криза»
10	Особистісне зростання	активізація рефлексивності, аналіз можливих наслідків відкладеного життя, невизначеного майбутнього	«Тривоги дають натхнення і відчуття, що нагальні потреби можна відкласти»; «Революція Гідності і війна дуже вплинули на світобачення, відбувся стрибок в усвідомленні власної національної ідентичності»; «Невизначеність майбутнього нашої країни»
11	Загроз немає	Аспект загроз зовсім не висвітлюється в текстах відповідей	«Не бачу ніяких загроз для себе»; «Немає загроз»; Прочерк замість відповіді на перше питання

У кожному з трьох фрагментів опитування виділялися окремі дескриптори, тобто структурно-змістові характеристики тексту, які траплялися найчастіше. Так, у першому фрагменті таких дескрипторів, що стосувалися загроз для здоров'я і самопочуття, виділено десять. Серед них були як зовнішні щодо людини загрози, на які вона жодним чином не може впливати, так і загрози внутрішні, на які вона все ж має більший чи менший вплив, а значить, може свідомо зменшувати їхню значущість для себе.

Для подальшої статистичної обробки даних дескриптори було закодовано:

1 – нестабільна ситуація внаслідок війни, постійного стресу, діяльності ТЦК, браку умов для повноцінного сну, відпочинку;

2 – погіршення психологічного здоров'я (тривога, страх, депресія, апатія, вигорання, напруження);

3 – переживання страху, тривоги за рідних, близьких, провини перед ними;

4 – вимушене переселення, самотність, розлука з дітьми, іншими членами сім'ї, важкодоступність медичної допомоги;

5 – погіршення соматичного здоров'я, активізація шкідливих звичок;

6 – зростання небезпеки внаслідок ракетних, шахедних обстрілів, ядерних і хімічних загроз;

7 – пригніченість, викликана поганими новинами, негативною інформацією;

8 – побутові (вимкнення світла, газу), робочі, екологічні та епідеміологічні проблеми, проблеми в стосунках;

9 – неконструктивні дії влади в політиці, економіці;

10 – активізація рефлексивності, аналіз можливих наслідків відкладеного життя, невизначеного майбутнього;

11 – загроз немає.

Кожний дескриптор, крім деталізованого опису його змісту, дістав узагальнену назву (тему), наприклад: війна, психопатологія, тривога за рідних тощо; також наведено приклади кодування дескрипторів з текстів розгорнутих відповідей (див. табл. 1).

Більшість респондентів згадували лише одну загрозу, відповідаючи на перше питання «У чому Ви бачите загрози для власного здоров'я і самопочуття?». Наприклад, вони писали, що бачать загрозу «у ракетах, що летять на голову»; «у війні в Україні

загалом»; «у ризику потрапити під обстріли»; «у власному емоційному стані». Деякі респонденти описували по дві загрози, наприклад: «емоційна і нервова нестабільність, відчуття фізичної небезпеки»; «повітряні тривоги; ну, і відео з фронту із жорстким змістом»; «війна, тривожність».

Були й такі учасники, які перераховували по три і більше загроз, наприклад: «Пряма загроза – потрапляння ракети, шахеда, уламка в дім. Психологічна загроза – постійний стрес, відкладене життя, провина, хвилювання через те, що можеш втратити близьку людину»; «Психологічне навантаження (постійний стрес, тривожність), фізичне виснаження (зміна звичних умов життя, недосипання), новинний тиск (перевантаженість негативною інформацією, яка посилює тривожність і виснажує психіку».

Розгляньмо, які загрози виявилися для учасників дослідження найбільш актуальними, зокрема типи загроз для здоров'я і самопочуття (рис. 1).

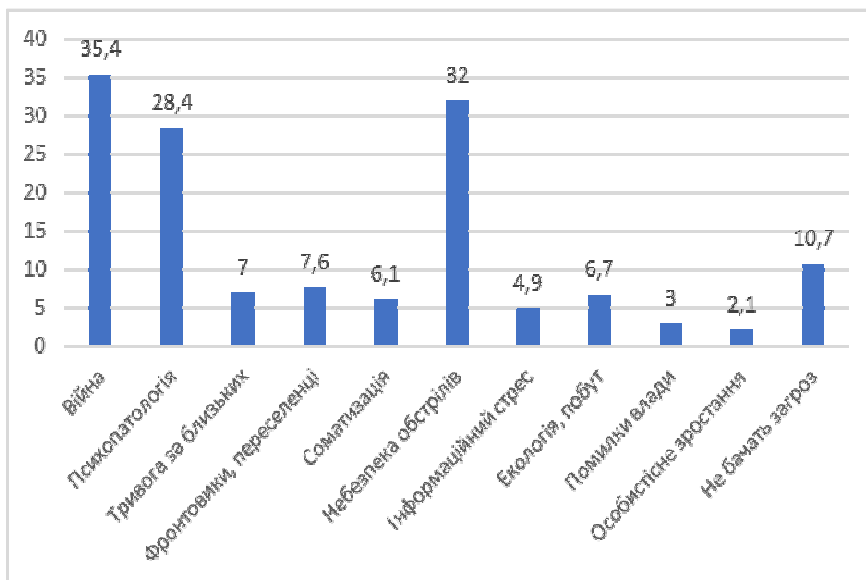


Рис. 1. Типи загроз для здоров'я і самопочуття (загальний розподіл відповідей)

Найбільш значущими загрозами на початку 2025 року, коли ворог ще не знищував так прицільно енергетику, респонденти вважали нестабільну ситуацію внаслідок тривалої, інтенсивної війни й постійного стресу (35,4%) і зростання небезпеки, зумовленої обстрілами і можливою подальшою інтенсифікацією аж до хімічних і ядерних погроз (32%). До трійки «лідерів» можна також віднести погіршення психологічного здоров'я, яке відбувається внаслідок дії перших двох типів руйнівних впливів (28,2%). Практично кожен респондент писав про ці три типи загроз (95,8%), і саме вони мають привертати найбільше уваги психологів і психотерапевтів.

Найменшими загрозами респонденти вважали погіршення соматичного здоров'я (6,1%), пригніченість унаслідок великої кількості поганих новин (4,7%) і неконструктивні, помилкові дії влади (3%).

До групи відповідей, не пов'язаних із загрозами, увійшли фрагменти текстів, у яких чи то зовсім заперечувалася наявність будь-яких загроз (11), чи йшлося про такі позитивні зміни, як активізація рефлексивності, що побічно свідчить про особистісне зростання (10). Загалом частка таких фрагментів становила 13,4%. Заперечували наявність загроз 11% респондентів, які чи то не хотіли розкривати власне ставлення до цієї проблеми, чи й справді не усвідомлювали, що певні загрози на них усе ж таки впливають. Розвиток рефлексивності, на жаль, можемо фіксувати лише у 2,1% учасників опитування. Можливо, низький показник пов'язаний з тим, що в інструкції до інтерв'ю увага респондентів спеціально не фіксувалася на особистісному зростанні, тож відповіді, які кодувалися як показники активізації рефлексивності, виникли цілком спонтанно.

Тепер погляньмо на групу загроз зовнішніх і порівняймо їх із групою загроз внутрішніх і групою, що поєднала брак загроз і відповіді, не пов'язані із загрозами (рис. 2). До зовнішніх дескрипторів, які застосовували респонденти для характеристики загрози для власного здоров'я, можна віднести п'ять, а саме: нестабільну ситуацію, що не створює умов для повноцінного відпочинку (1); вимушене переселення (4); зростання небезпеки внаслідок обстрілів і загроз (6); побутові, робочі та інші проблеми (8); неконструктивні дії і рішення в політиці, економіці (9). Серед внутрішніх дескрипторів загрози для власного здоров'я

виділяються стабільні ускладнення загального стану (2); переживання страху, тривоги за рідних (3); погіршення соматичного здоров'я (5); пригніченість, викликана поганими новинами (7). Як видно з діаграми (рис. 2), респонденти вважають внутрішні загрози (41,5%), до яких належать негативні переживання, тривога за близьких, соматичні ускладнення, на третину менш актуальними, ніж зовнішні (68,6%). Виявляється, рідч передусім в обстрілах, ракетних і дронних, в очікуванні використання ворогом хімічної, ядерної зброї, у постійному напруженні, яке несе війна. Однак страхи, пригніченість, тривожні стани, загострення різних хвороб, які вони мають провокувати, виникають не у всіх.

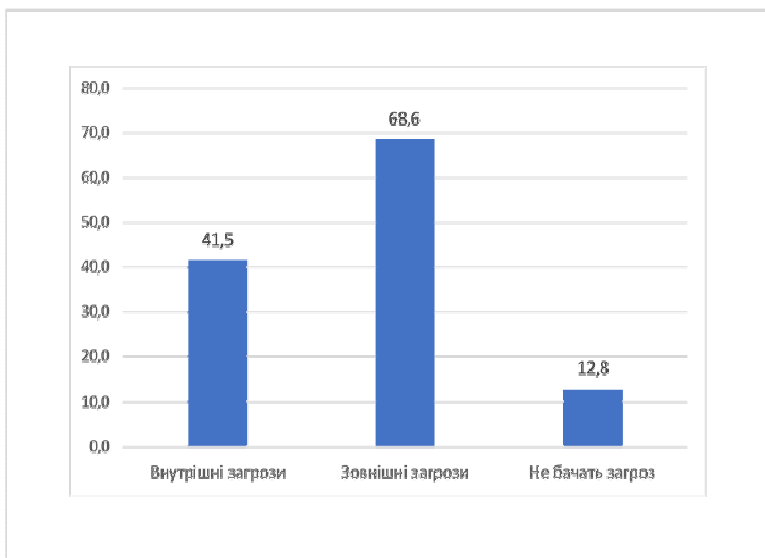


Рис. 2. Внутрішні і зовнішні загрози (n=328)

Більш докладний порівняльний аналіз матеріалів інтерв'ю показав, що ранг зовнішніх загроз вищий у тих респондентів, які вимушено переїжджали під час війни в межах України. Можливо, це пов'язане з обставинами переїзду, адже це особи з південних і східних регіонів, які найбільше постраждали від близькості фронту, а інколи й окупації. Саме тому ці люди частіше згадують про життєві

обставини, спровоковані війною. А от щодо внутрішніх загроз, то на них частіше зупиняються ті учасники дослідження, які вимушено переїхали за кордон. Саме вони, за даними численних досліджень, мають найгірший психоемоційний стан (Ben-Ezra et al., 2023; Brackstone et al., 2024).

Порівняймо тепер сприймання загроз чоловіками і жінками. Як видно з рисунка 3, у чоловіків і жінок дещо різне ставлення до типів загроз. Так, чоловіки трохи менше бояться обстрілів (28,6%), тоді як у жінок цей показник вищий (32,7%). Жінки ж більше переживають з приводу психологічного здоров'я, яке погіршується (29,4%); у чоловіків цей показник становить 23,2%. Жінки більше зосереджуються на загрозах, пов'язаних з вимушеним переселенням (8,5%), тоді як частка чоловіків з такими переживаннями всього 3,6%. Чоловіки частіше вважають загрозою помилки влади (5,4% порівняно з 2,6% у жінок), а жінки частіше пишуть про загрозу інформаційного стресу (5,5% порівняно з 1,8% у чоловіків).

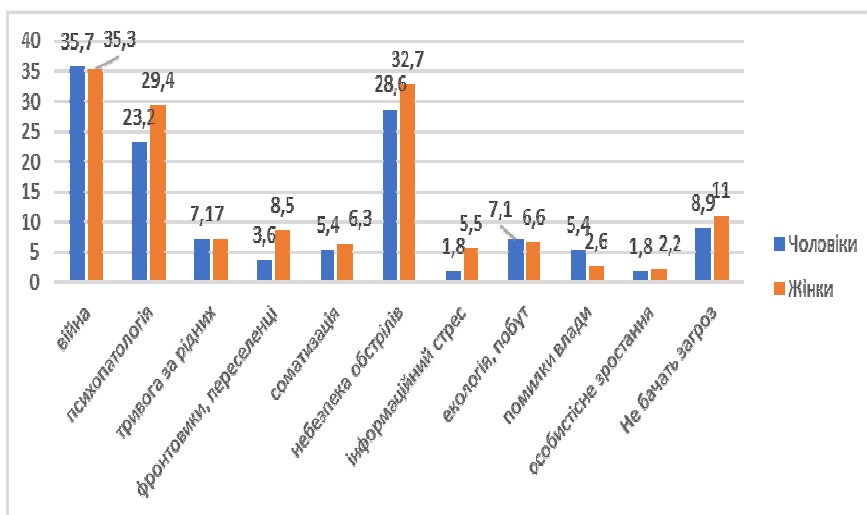


Рис. 3. Типи загроз для здоров'я і самопочуття (чоловіки, жінки)

Погляньмо на співвідношення внутрішніх і зовнішніх загроз у чоловіків і жінок (рис. 4). Як бачимо, жінки дещо частіше описують

вплив внутрішніх загроз для власного здоров'я і самопочуття (41,8%) порівняно з чоловіками (37,5%), а чоловіки натомість більше згадують зовнішні загрози (71,4%), ніж жінки (68%). Байдужих до загроз чоловіків виявилось 10,7%, а жінок – 13,2%.

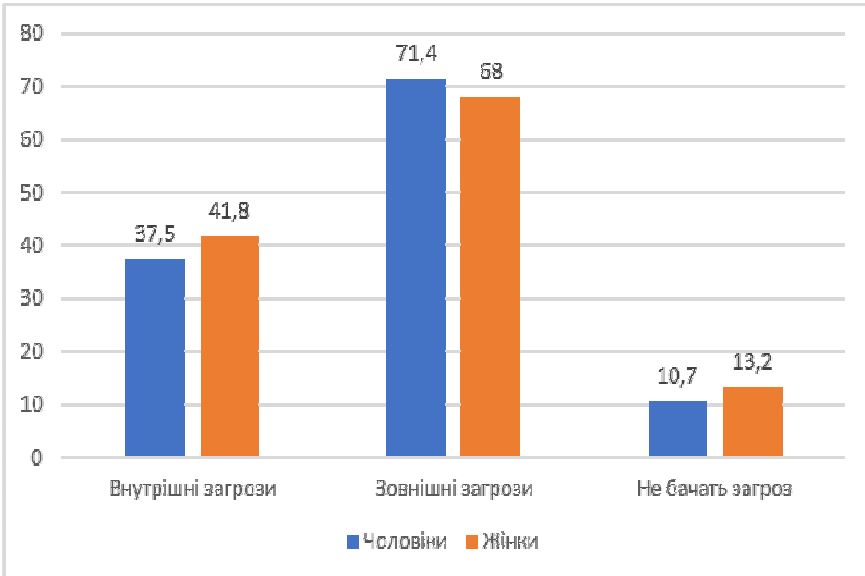


Рис. 4. Конфігурація зовнішніх і внутрішніх загроз для чоловіків і жінок

Для аналізу вікових особливостей всю сукупність респондентів було поділено на три групи, які дістали умовні назви «молодші» (17-24 роки), «середні» (25-45 років) і «старші» (46-85 років). Такий розподіл не відповідає жодній віковій періодизації. Ми зважали передусім на рівень самостійності, суб'єктності респондентів у реагуванні на загрозливі життєві обставини. Під віковою траєкторією (термін Kratz, 2025) кожної групи будемо розуміти уявну лінію, за якою людина досягає якісно більш відповідального віку. Метод поперечного зрізу, який тут використовується, дав змогу порівняти три вікові групи в один і той самий момент часу – на четвертому році повномасштабної війни,

водночас уявляючи ту вікову траєкторію, яка вже позаду і яка очікується надалі (рис. 5).

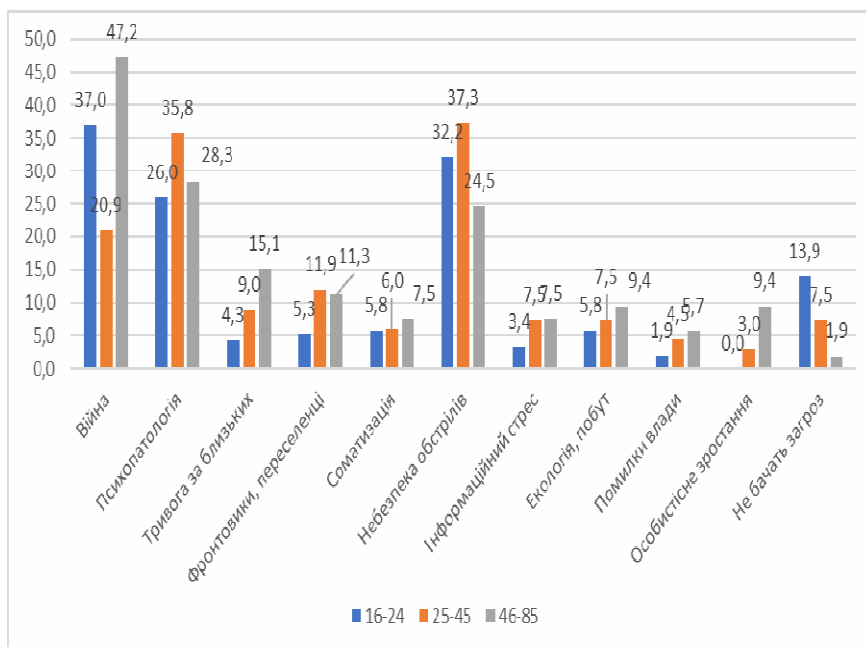


Рис. 5. Типи загроз (вікові траєкторії)

Молодша група, що складається переважно зі студентів, ще не має повної самостійності в ухваленні життєво важливих рішень. Люди старшого віку вже теж не дуже самостійні, коли приймають невідкладні рішення щодо самозбереження в разі виникнення загрозливих обставин, хоча причини тут інші. З віком поступово зростає інертність, падає адаптивність, знижується готовність до швидкої зміни діяльності чи місця проживання. Крім того, старші люди нерідко мають об'єктивні обмеження, що диктуються їхнім станом здоров'я. Водночас максимально самостійними, відповідальними і продуктивними є респонденти, яких ми віднесли до середньої групи. Вони приймають рішення і за юних дітей-студентів, і за власних батьків, адже війна вимагає швидких, інколи радикальних дій, що часом викликають сильний спротив. Крім того,

розподіл вибірки на три групи за віком пов'язаний з її складом: молодих учасників-добровольців виявилось найбільше (208 осіб), людей середнього віку – втричі менше (67 осіб), а старших людей – ще менше (53 особи).

Погляньмо, як саме в нашому дослідженні проявилися вікові траєкторії. Як ставиться до загроз, які з них згадує найчастіше група молоді? На першому місці у молоді дуже нестабільна і небезпечна ситуація, пов'язана з війною. Ця ситуація триває практично безперервно протягом усіх трьох років, що пройшли після повномасштабного вторгнення, і спричинює чимало різноманітних обмежень (37%). Хлопець (21 рік) зізнається: «Купа стресу, неможливо вивозити work-life баланс. Купа фонові тривоги просто не дає відпочити і виспатися». Респондентка (21 рік) пише: «Загроза – у нестабільному графіку сну..., стресі». Її ровесниця перераховує ті ж симптоми і додає до них «загальне виснаження організму». Дехто уточнює, що необхідність жити протягом тривалого часу поза власним домом стає дуже травматичною.

Далі йде загроза погіршення психологічного здоров'я, що вже починає проявлятися в зростанні тривоги і пригніченості (32,2%). В інтерв'ю дівчини (22 роки) читаємо: «У мене була емоція повного шоку, потім я місяці чотири не усвідомлювала – хто я, де я. Це був стан повної розгубленості». Ще одна молода дівчина (19 років) розповідає: «Маю підвищений рівень тривоги, постійно себе накручую... Це впливає на моє ментальне здоров'я». Чоловік (26 років) вважає загрозою для себе власну депресію. Молодший хлопець (19 років) міркує так: «Загроза – у можливості смерті».

На відміну від загальної сукупності респондентів, молодь дещо менше зосереджена на загрозі обстрілів цивільного населення, хоча ця загроза дуже посилилася протягом останніх пів року (26%). Ось відповідь хлопця (21 рік): «Загалом я дуже спокійна людина, тому тільки загроза, коли є повітряна тривога, ...трохи наганяє якісь негативні відчуття». Дівчата 16 і 17 років уточнюють, що для них головна загроза – «прильоти, вибухи, влучання».

Що ж до найменш поширених загроз, то тут теж є відмінності між віковими групами. Молодь нечасто звертає увагу на помилки влади (1,9%). Одна з респонденток (20 років) підкреслює, що її «непокоїть змінна політика країн-союзників, чергові новини про

зменшення кількості поставленої зброї». Про інформаційний стрес (3,4%) пишуть трохи частіше. Так, дівчина 19 років згадує новинний тиск, перевантаженість негативною інформацією, яка посилює тривожність і виснажує психіку. І лише 4,3% молоді вважають загрозою для себе небезпечні обставини життя їхніх рідних.

Розгляньмо, які загрози бачать для себе люди середньої вікової групи. Трійку загроз-лідерів очолює небезпека обстрілів (37,3%), а не воєнна ситуація, як у молоді. Чоловік 38 років, що ретельно описує актуальні для себе п'ять типів загроз, на перше місце ставить «пряму фізичну загрозу від русні (включно із самим нападом, ракетами, дронами, ядеркою...)». Жінка 50 років пише про єдину загрозу для власного здоров'я, яку вона бачить: «обстріли з боку орків». Про те ж саме пише і жінка 25 років: загроза – «вибухи від країни-терориста».

На друге місце серед поширених загроз (35,8%) представники середньої групи, аналогічно з молоддю, ставлять різні аспекти погіршення психологічного здоров'я. Жінка 42 років пише: «Головна загроза – стрес і панічні атаки». Чоловік 52 років основною і єдиною для себе загрозою теж вважає паніку, а чоловік 44 років уточнює, що для нього загроза – це «тривога, невпевненість, страхи».

На третьому місці – воєнна ситуація, яку ця група сприймає як загрозу відчутно рідше (20,9%), ніж дві інші групи учасників дослідження. Жінка 40 років серед загроз, які згадує, на перше місце ставить постійні стреси, а жінка 39 років чітко формулює, що загроза – це «стан війни». Жінка 50 років пояснює, що для неї загроза – це «порушення звичних умов життя, невизначеність майбутнього».

Серед найменш значущих загроз називають помилки влади (4,5%), хоча це все ж відбувається вдвічі частіше, ніж у молоді. Чоловік 38 років зізнається: «Загроза від неправомірних дій ТЦК». Далі йде загострення соматичних захворювань (6%). Так, жінка 36 років пише про запаморочення, проблеми з імунітетом, жаліється, що став падати зір, який до того був стовідсотковим. Трохи частіше як загрозу згадують інформаційний стрес (7,5%) разом з екологічними і побутовими проблемами (7,5%). Жінка 52 років пише про шкідливе для неї «застрягання» в новинах», а жінка 45 років – про «погіршення якості продуктів харчування в магазинах і на ринку».

Що ж до людей старшої групи, то для них наповнена стресами воєнна ситуація значно більш виражена і переживається як загроза здоров'ю інтенсивніше, ніж в інших вікових групах (47,2%). Наприклад, жінка 74 років ділиться своїми відчуттями: «Надто багато напруження. Часто безсонні ночі». Чоловік 76 років пояснює: «Зараз мешкаю в Англії. Не можу лікуватися!». Жінка 66 років, теж фіксуючи стресове напруження, додає чинники «насилля», «переселення».

Майже третина людей старшої групи скаржаться на погіршення психологічного здоров'я (28,3%). Так, жінки 59 і 66 років пишуть про тривожність, яка стала загрозою для здоров'я. Жінка 52 років розповідає про постійний страх, а ще одна жінка 56 років пояснює: «Спати як прийдеться по декілька годин – виснажливо, і вже можу сказати, що за три роки це значною мірою вплинуло на організм – зменшилася витривалість, почалися... запаморочення і головні болі».

Чверть респондентів старшої групи вважає основною загрозою небезпеку обстрілів (24,5%). Зокрема, жінка 52 років, описуючи цю загрозу, уточнює: «Небезпека в необхідності контролювати польоти дронів і ракет». Про те ж саме пише і чоловік 50 років: «Небезпека – у постійній загрозі обстрілів». Старший чоловік (61 рік) підтверджує цю думку: «Загроза в тому, що може фізично прилетіти».

Про загострення соматичних захворювань респонденти старшого віку пишуть не так часто, хоча докладно (7,5%). Цей факт виявився дещо несподіваним, адже здавалося, що з віком значущість хронічних соматичних захворювань має відчутно зростати. Ось жінка (61 рік) розповідає: «Загроза для мене особисто – це погіршення здоров'я, судини, руйнування зубів, а вкладатися в зуби нічим і не на часі».

Серед незначущих загроз старші люди згадують інформаційний стрес (7,5%) і помилки влади (5,7%). Так, жінка 47 років вважає для себе загрозою інфляцію. Чоловік 57 років висловлює невдоволеність через об'єктивне розхитування єдності суспільства. Жінка (61 рік), крім неможливості побачитися з родичами, які перебувають на окупованій території, і поганий зв'язок, пише про «політичні ігрища».

Розгляньмо більш узагальнено всі три групи, порівнюючи внутрішні, зовнішні загрози та ігнорування будь-яких загроз (рис. 6).

Як бачимо, молодь найменше уваги приділяє внутрішнім загрозам (37%), тоді як люди середнього віку сприймають їх більш виразно (44,8%), а старшого – значно інтенсивніше (52,8%). Зовнішні загрози представники старшої групи також сприймають найбільш серйозно (73,6%) порівняно з представниками середнього (67,1%) чи молодшого (67,8%) віку. Зовсім не відчувають загроз для себе 13,9% молоді, трохи менше таких «безтурботних» серед представників старшої групи (11,3%) і ще менше – серед осіб ранньої зрілості (10,4%).

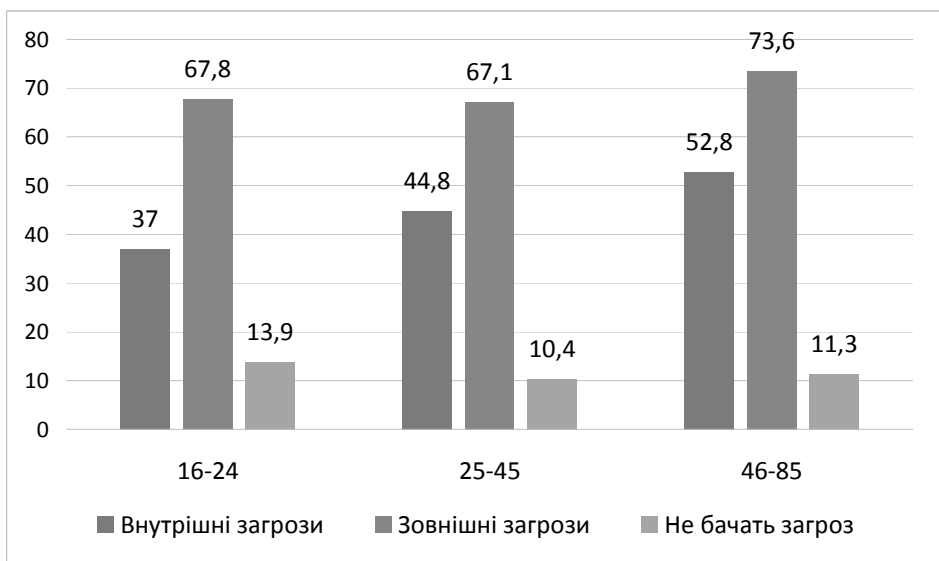


Рис. 6. Конфігурація зовнішніх і внутрішніх загроз для вікових груп

Отже, зовнішні загрози виявилися загалом більш значущими, ніж внутрішні, хоча серед найбільш поширених загроз, крім небезпеки, що постійно приховує в собі тривала воєнна ситуація з її щоденними стресами, і страху в очікуванні обстрілів, досить поширеною є й така внутрішня загроза, як погіршення психологічного здоров'я.

Реагування на внутрішні загрози посилюється з віком і залежно від рівня освіти, що свідчить про те, що життєвий досвід і

знання можуть зумовлювати зростання занепокоєння щодо особистих/внутрішніх небезпек (наприклад, психологічних проблем або проблем, пов'язаних зі здоров'ям). Зовнішні загрози визначаються поточними життєвими обставинами і тим, наскільки комфортно люди відчуваються в умовах невизначеності.

Загрозливі життєві обставини, якщо вони тривають досить довго, викликають у більшості респондентів негативні емоційні стани і сприймаються як потенційно небезпечні. Судячи з відповідей, вони реально загрожують життю і здоров'ю людині, хоча можуть і не спричинити травму.

Наступний розділ буде присвячено тому, з чого імпліцитно складається самооцінка здоров'я і як людина бачить зв'язок війни і власного здоров'я. Розглянемо також ставлення до здоров'я в динаміці.

РОЗДІЛ 2

ЦІННІСТЬ ЗДОРОВ'Я У ВОЄННОМУ КОНТЕКСТІ

*Дев'ять десятих нашого щастя
залежить від здоров'я.*

А. Шопенгауер

2.1. З чого складається самооцінка здоров'я

Розпочнімо аналіз самооцінки здоров'я з визначення еталона, з яким людина свідомо чи несвідомо себе порівнює, формуючи самооцінку. Згадаймо, яку людину вважали українці психологічно здоровою ще до повномасштабного вторгнення ворога.

У 2017 році ми розробили якісну методику непрямого контекстуального інтерв'ю, яка дала змогу визначити індикатори здорової особистості, що функціонують у психологічній науці. У концептуальних підходах 33 класиків світової персонології ми шукали відповідь на запитання «Що таке здорова особистість?». Було проведено ретельний контекстуальний аналіз відомих теорій особистості та здійснено процедуру інтелектуальної фільтрації. Фільтрами стали запитання: «Яка особистість для автора є нормальною, збалансованою, гармонійною, зрілою?», «Які характеристики особистості говорять про те, що у неї немає відхилень, невротичних розладів, патологічних станів?», «Які синоніми для опису здорової особистості використовує автор?».

За підсумками аналізу отримано 37 інтегральних показників здорової особистості, серед яких деякі траплялися в кожного другого автора, як, наприклад, цілісність чи потреба в самореалізації, а інші згадувалися лише одноразово, як, наприклад, сміливість, віра в себе чи емоційна глибина.

Визначивши частотність показників психологічного здоров'я особистості, ми відтак спробували вибудувати їхню ієрархію.

Найпопулярнішими показниками виявилися такі: 1) особистісна цілісність, 2) потреба в самореалізації, 3) здатність до саморегуляції, 4) творчість, креативність, 5) схильність до співпраці з іншими людьми, 6) здатність формувати цінності, шукати сенси, 7) наявність гармонії, врівноваженості, 8) осмислення досвіду, 9) автентичність, рефлексивність, 10) здатність до співпереживання, людяність.

Зосередьмося відтак на трьох характеристиках, що мають найбільшу частотність, тож будемо розглядати їх як ядро здорової особистості. Відповідно, ядерними характеристиками є цілісність, потреба в самореалізації та здатність до саморегуляції, що й визначають сутність психологічного здоров'я. Саме з цим еталоном людина несвідомо порівнює себе, коли конструє самооцінку власного здоров'я.

Узагальнюючи периферійні характеристики здорової (тобто цілісної, самореалізованої і самоврегульованої) особистості, розділимо їх на три групи. Найбільш поширеними виявилися індивідуально-психологічні характеристики, за допомогою яких персонологи описують психологічне здоров'я. На другому місці за поширеністю – ціннісно-сміслові характеристики, і лише на третьому – характеристики соціально-психологічні.

Якщо говорити про характеристики індивідуально-психологічні, то здоров'я особистості пов'язують передусім з креативністю, збалансованістю та адаптивністю. На ціннісно-смісловому рівні – з пошуком нових сенсів, осмисленням досвіду та здатністю до гедоністичних переживань, умінням діставати задоволення від життя. Соціально-психологічний рівень охоплює схильність до співпраці, здатність до співпереживання та відповідальність перед соціумом (Титаренко, 2018).

Чи не про самоврегульованість писав ще давньогрецький філософ Демокріт, коли стверджував, що досягненню здоров'я сприяє евтюмія як ідеальний душевний стан і спосіб життя, що його варто прагнути? Евтюмія передбачає незворушність, емоційний спокій, постійність. У цьому врівноваженому, гармонійному стані душа живе безтурботно і спокійно, не бентежиться ані через пристрасті, ані через страхи.

Подібний стан описують, коли характеризують нірвану в масових і традиційних світових релігіях – буддизмі чи індуїзмі, що панують в Індії, Японії, Монголії, Бурятії, Калмикії, на Тибеті.

Нірвана як нескінченний спокій і просвітлення досягається, коли людина звільняється від жадоби, злоби, омани та ілюзій. На шляху до нірвани треба спиратися на добрі вчинки і позбуватися жаги чуттєвих насолод. Поширений в Індії, на Шрі-Ланці джайнізм з його вшануванням ненасильства проповідує суворий аскетизм, культ власних зусиль, праведного способу життя заради досягнення нірвани, вічного блаженства, в якому і полягає сенс людського існування. Популярний у Пенджабі сикхізм, що поєднує буддизм з ісламом, спрямовує людину на духовне визволення через угамування власного еґо. Крім приборкання еґо, сикхізм вважає найголовнішим дисципліноване служіння та оптимістичний погляд на життя. Водночас він засуджує гнів, жадобу, прив'язаність і хтивість, що заважають союзу душі з Богом.

Перш ніж переходити до самооцінки здоров'я, зауважимо, що масові уявлення про здоров'я, що найчастіше стають еталонними, можуть частково не відповідати уявленням, представленим у персонологічних концепціях.

Усвідомлення і переживання себе як здорової людини, самооцінка власного здоров'я тісно пов'язані з усвідомленням і переживанням себе як людини суб'єктивно благополучної, щасливої.

На переконання Е. Фромма, щастя відображає стан здоров'я особистості, яка повністю розкриває свій потенціал. Навіть підлітки і молодь, які мали б звертати на здоров'я не дуже велику увагу, усе ж серед дескрипторів щастя не забувають про нього. У дослідженні, присвяченому уявленням юнацтва про щастя, першу трійку дескрипторів щастя складають належність до значущої групи, позитивний емоційний стан і здоров'я. Матеріальне становище і самореалізація поступаються здоров'ю (Бончук, 2016).

Спираючись на дані власного емпіричного дослідження, проведеного з участю користувачів соціальних мереж у 2017 році, можемо назвати найпопулярніші тематичні рубрики, за допомогою яких наші співвітчизники ще до пандемії і повномасштабної війни описували стан щастя. Майже 37% опитаних визначали щастя як стан балансу, гармонії, рівноваги. Кожен четвертий писав про щастя як про емоційний стан захоплення, радості, ейфорії. Ще 27% визначали щастя як любов, кохання, турботу про рідних. Менш виразно представлені тематичні рубрики, згідно з якими люди визначають щастя як саме життя, його переживання та усвідомлення;

як самоприйняття, впевненість у собі, самоповагу; як захопленість значущою діяльністю, плідність, творчість (Титаренко, 2018, с. 19-20).

За останні роки тезаурус щастя мав би дістати дещо інакше семантичне наповнення. Серед значущих понять, певно, з'явилися б безпека, спокій, мир тощо. Але уточнення змісту поняття щастя потребує додаткових досліджень. На цей момент розумітимемо щастя як дуже значущу особистісну реалію, що переживається, усвідомлюється, конструюється кожною людиною особисто. Змістові характеристики цього конструкта значною мірою свідчать про сьогоденні і майбутні ціннісні пріоритети. Є підстави думати, що кожна зріла людина, яка вже набула певний досвід розв'язання складних, проблемних життєвих ситуацій, більше прагне бути щасливою, ніж багатою, успішною, коханою чи знаменитою. Хоча, можливо, далеко не кожна людина і не завжди це усвідомлює.

Від чого залежить переживання щастя? Для декого, як здається, головним є вплив зовнішніх умов. «У прекрасних умовах хто ж не буде щасливим!» – стверджують такі люди. Насправді це ілюзія, адже для щастя потрібні як зовнішні, так і внутрішні умови в комплексі. І нерідко зовнішні не стають вирішальними. Так, у найбагатших країнах зовсім необов'язково більше щасливих людей, ніж у країнах відносно бідних. Про це свідчить хоча б високий показник суїцидів в економічно успішних країнах. Ще один переконливий приклад, який став сюжетом численних романів і фільмів: підштовхування своєї дочки, а інколи й сина до шлюбу із заможною людиною, що аж ніяк не гарантує подальше сімейне щастя.

То, може, джерело щастя всередині? Людина вважає, що зустріла своє кохання, але її обранець не звертає на неї увагу. Вона довго бореться за свою любов, отримує бажане, а потім, врешті-решт, усвідомлює, що закохалася колись не у свого обранця з усіма його недоліками, а в недосяжний ідеал. І цей ідеал не має нічого спільного з реальною людиною. Навіть виникає думка, що їй жилося набагато цікавіше і вільніше, поки вона сама за себе відповідала і ні з ким не узгоджувала власні вчинки. Так ідеалізація недосяжного партнера перетворюється на ідеалізацію самотності.

Якщо до внутрішніх чинників, від яких залежить стан щастя, віднести загальний стан здоров'я, то стає очевидним не вплив

здоров'я на щастя, а їхній тісний взаємовплив. Адже як здорова людина має більше шансів почуватися щасливою (хоча це необов'язково), так і щаслива людина має більше шансів бути здоровою, чи хоча б швидко одужувати. Спираючись на наукові дані, можемо стверджувати, що найбільше сприяють щастю, психологічному добробуту, довголіттю плідна комунікація з достатньою кількістю людей, наявність значущих просоціальних зв'язків, прояви альтруїстичної поведінки.

Чи може щастя більшою мірою залежати від індивідуальних особливостей людини? Певна залежність, безумовно, є, хоча дані дещо суперечливі, адже вони певною мірою диктуються методологією дослідження. Серед властивостей особистості, які сприяють стану щастя, найчастіше називають екстраверсію, оптимізм, високу самооцінку.

Чи правда, що так звана «доза щастя» і наповненість різними переживаннями для екстравертів й інтровертів дуже відрізняються? Оскільки популярні опитувальники розробляють переважно екстраверти з високою самооцінкою й оптимістичним в екстравертному сенсі поглядом на життя, то вони й стверджують, що екстраверт щасливіший. Щоправда, лише тоді, коли він має багато контактів, коли його помічають, обирають. Інтроверти, навпаки, стають нещасливими, коли у них зростає інтенсивність комунікації.

У нашому дослідженні 2017 року ми зосередилися на аналізі умов щастя, його джерел. Понад третину респондентів (37%) головною умовою переживання щастя вважають кохання до близької людини, любов до власних дітей, сім'ї, самого себе, до Бога. На другому місці (24%) – спільність, взаємодія, співпраця. Такою ж за розповсюдженістю є умова самореалізації (24%), що конкретизується через творчість, досягнення успіху, втілення життєвих планів, наявність власної справи.

У сучасній психології досліджень, присвячених психологічному добробуту, набагато більше, ніж робіт, безпосередньо сфокусованих на щасті. Оцінюючи власний психологічний добробут, людина, безумовно, оцінює і здоров'я, хоча, можливо, імпліцитно. Спитаймо себе, чи можна відчувати задоволеність власним життям, якщо непокоїть фізичне чи психічне здоров'я? Чи стійким буде душевний комфорт, емоційний спокій, коли мучать хвороби? Чи радітиме людина соціальній запитаності,

численним дзвінкам, запрошенням на зустрічі і конференції, якщо не вистачає сил та енергії?

У поняття психологічного добробуту зазвичай обов'язково включають здоров'я. Найбільш обґрунтованою в психологічній науці вважають класичну концепцію психологічного добробуту (або благополуччя) Керол Рифф. Серед складників психологічного добробуту дослідниця виділяє самоприйняття, позитивні стосунки, особистісне зростання, наявність мети, сенсу, здатність адаптуватися до складних зовнішніх умов відповідно до особистих потреб і цінностей, автономність мислення і поведінки (Ryff, 2008).

Більшість людей не знає, що висока або низька оцінка власного здоров'я насамперед визначає психологічний, фізичний та соціальний добробут (D. A. Stinson & A. N. Fisher). Цей вплив зазвичай пояснюється на основі двох моделей: моделі соціальних зв'язків і ресурсної моделі (Stinson, 2020).

Відповідно до моделі «я-і-соціальні зв'язки», низька самооцінка передбачає негативні наслідки для здоров'я, оскільки вона регулює відповіді на загрозу відторгнення таким чином, що це може йти на користь або ж, навпаки, на шкоду здоров'ю. Говорячи про модель соціальних зв'язків і самооцінку здоров'я, нерідко використовують термін «соціальний капітал». Так, завдяки дослідженню літніх людей у Китаї виявлено, що найбільший ризик поганого здоров'я мають люди з низьким рівнем згуртованості. Поліпшення самооцінки здоров'я можна очікувати в разі збільшення соціальної підтримки, розвитку взаємності контактів, більшої згуртованості (Vai, 2022).

Ці результати підтверджуються дослідженнями на ірландській популяції людей після 50 років. Зокрема, показано, як негативно відбиваються тривожність, самотність і зниження соціальних контактів на самооцінці здоров'я (Calvey, 2022). Про значущість мереж соціальної підтримки літніх людей свідчить і дослідження, нещодавно проведене в Південній Кореї (Kang, 2024) і США (Ermer, 2019). Якщо ж говорити про підлітків, то вони дістають останнім часом підтримку здебільшого через віртуальні онлайн-мережі.

Згідно з ресурсною моделлю, самооцінка і здоров'я пов'язані, і не лише тим, що більш висока самооцінка є психологічним ресурсом, на який люди спираються у важкі часи. Певна кількість досліджень, проведених у Сполучених Штатах і Європі, свідчать про

позитивний вплив соціально-економічних ресурсів на самооцінку здоров'я в дорослому віці (Anderson, 2000). Цей вплив може посилюватися залежно від доходів батьків у дитинстві. Цікавим у цьому контексті видається канадське дослідження, завдяки якому доведено, що значущий вплив фіксується лише для жінок, до того ж переважно з більш заможних верств населення. Жодна робота, що стосується впливу освіти батьків або їхніх дорослих дітей, не досягла статистичної значущості (Veenstra, 2022).

Хоча є і дослідження, відповідно до яких соціально-економічні ресурси мають сильніший вплив на здоров'я дорослих людей з неблагополучних сімей, оскільки соціально-економічні ресурси в дорослому віці замінюють або компенсують нестачу ресурсів, пов'язаних зі здоров'ям, на ранньому етапі життя. Так само є дослідження, в яких формулюється гіпотеза про людей з неблагополучних сімей, які мають нижчий рівень особистого контролю і тому отримують більше користі від освіти, яка його посилює. Проводячи дослідження на вибірці, що складалася з респондентів 20 європейських країн, соціологи Метью Андерссон і Кеннет Воган виявили, що вплив освіти на самооцінку здоров'я і кількість захворювань був сильнішим серед людей, які зазнали фінансових труднощів у дитинстві (Andersson, 2017).

Ще один ресурс, що впливає на самооцінку здоров'я, це умови проживання, якість навколишнього середовища. Так, наприклад, під час дослідження чорношкірих і латиноамериканців Х'юстона виявлено, що мешканці, які негативно оцінюють умови свого району, частіше оцінюють своє здоров'я як погане. Крім того, на самооцінку здоров'я впливає расова сегрегація, зокрема чорношкірих і латиноамериканців (Anderson, 2000).

Не менш значущими ресурсами підвищення самооцінки здоров'я стають певні соціально-демографічні фактори та умови праці. Виявляється, поява під час пандемії ковіду можливості працювати з дому, брати участь у робочих нарадах і підвищенні кваліфікації онлайн стала джерелом гарного самопочуття і більш здорового стану людей у різних країнах, а також бажаних змін у робочому та особистому житті.

Так, під час дослідження, проведеного на більше ніж двох тисячах німецьких і швейцарських працівників різних професій, виявлено, що близько 30% працівників повідомляли про погіршення

їхнього робочого та особистого життя, тоді як близько 10% писали про поліпшення в роботі, а 13% навіть бачили позитивні зміни в особистому житті. Якщо говорити про умови праці, то погіршення психологічного добробуту і зниження самооцінки здоров'я бачили ті, хто мав обов'язково перебувати на роботі, а поліпшення констатували ті, хто працював з дому. Що ж до особистого життя, то люди молодшого віку, ті, хто жив самотньо, говорили радше про негативний вплив ковідної кризи, а ті, у кого був постійний партнер або сім'я, хто мав більше часу на відпочинок, фіксували, навпаки, позитивний вплив на власне особисте життя (Tušl, 2021).

Роль соціально-демографічних характеристик у зв'язку із самооцінкою здоров'я вивчали досі порівняно мало. І все ж дуже цікаві дані отримано, наприклад, завдяки великому міжнаціональному дослідженню, проведеному нещодавно (у 2022–2023 роках) у 22-х географічно, економічно і культурно різноманітних країнах. Участь у дослідженні взяли майже 23 тисячі осіб віком 18-80+. У гендерному вимірі вибірка була збалансованою (жінок – 51%, чоловіків – 49%). Більшість учасників були одружені (53%), 39% працювали на роботодавця, а 57% мали 9–15 років освіти. Регулярно відвідували певну релігійну службу 62% респондентів – щоправда, деякі з них кілька разів на рік (20%), дехто – раз на тиждень (19%). Далі йшли ті, хто відвідував частіше ніж один раз на тиждень (13%) і 1-3 рази на місяць (10%). Ніколи не відвідували ніяких релігійних відправ 37% людей. Варто зауважити, що практично всі (94%) учасники були не мігрантами, а корінними жителями своїх країн (Bradshaw, 2025).

Привертає увагу те, що найбільш високі середні значення самооцінки здоров'я було отримано в країнах, що розвиваються, а саме в Індонезії, Нігерії і Кенії. А найнижчі значення самооцінки здоров'я – в економічно розвинених країнах, як-от Німеччина, Австралія, Швеція, Велика Британія та Японія. Вочевидь, високий дохід на душу населення зовсім необов'язково забезпечує вищу самооцінку здоров'я у мешканців цих країн. До речі, як і якість і доступність медичних послуг.

Результати метааналізу показали, що самооцінка здоров'я варіювалася залежно від віку, статі, сімейного стану, зайнятості, освіти, відвідування релігійних служб та імміграційного статусу респондентів. Загалом, самооцінка здоров'я була вищою у людей

молодшого віку, але все ж не в кожній країні. Винятком стали Австралія, Японія і Швеція, де самооцінка здоров'я була вищою і у представників молодшої вікової групи, і у представників найстаршої групи порівняно з відносно низькою самооцінкою здоров'я у представників середньої вікової групи.

Те ж саме можна сказати і про вищу самооцінку здоров'я у чоловіків порівняно із жінками. Більш оптимістичні в оцінці власного здоров'я чоловіки в Аргентині, Бразилії, Єгипті, Індії, Ізраїлі, Мексиці, Іспанії, Швеції, Танзанії і Туреччині. Сім країн у цьому переліку – це країни, що розвиваються, і життя там досить непросто для жінок, оскільки зберігається й досі високий ризик материнської смертності під час пологів, не вистачає кваліфікованої медичної допомоги, є проблеми з доступом до пренатальних і післяпологових послуг. А ще фіксуються випадки недоїдання, гендерно зумовленого насильства і дискримінації з боку чоловіків. І хоча загалом чоловіки мають вищу самооцінку здоров'я в більшості країн, усе ж є винятки.

Не заглиблюючись далі в деталі цього інформативного і цікавого дослідження, лише додамо, що більш висока самооцінка здоров'я була виявлена у неодружених (порівняно з удовами чи розлученими); людей, що працювали або навчалися (студентів); людей з більшою кількістю років освіти; у тих, хто відвідував релігійні служби. Однак між країнами спостерігалася значна неоднорідність у зв'язках між демографічними характеристиками і самооцінкою здоров'я, що свідчить про важливість урахування культурного контексту (Bradshaw, 2025).

Чималу увагу сучасних дослідників, які вивчають взаємозв'язок між самооцінкою і здоров'ям, привертає феномен (синдром) самозванця, уперше описаний Поліною Роуз Кленс і Сюзанною Аймес (Clance, 1978; 1985). Люди із цим синдромом відчувають його негативний вплив на здоров'я і психологічний добробут. «Самозванець» не може оцінювати своє здоров'я як добре чи непогане, бо він ні в чому не почуввається впевненим. На його думку, він невмілий, йому постійно не вистачає компетентності, тому і досягнень бути не може. Така людина постійно напружено очікує, що її замаскована недосконалість впливе назовні, і тоді її нарешті помітять навколишні.

Страждання від низької самооцінки доповнюються вираженим перфекціонізмом і супроводжуються цілим букетом невротичних реакцій типу напруженості, тривожності, пригніченості, почуття провини. Перфекціонізм у психології визначається як риса особистості, що стимулює людину прагнути досконалості в будь-якій діяльності, за яку вона береться. Усе має бути на «п'ять з плюсом, і ніяк інакше». Постійно треба щось доводити собі й іншим. Вимоги до себе людина ставить максимально високі, недосяжні і цим ніби постійно підживлює свою низьку самооцінку. Опанування нових компетентностей завжди супроводжується страхом, бо ж ніяка сумлінність не допоможе досягнути надвисоких стандартів.

Загалом, вважалося, що синдром перфекціоніста тією чи іншою мірою характерний для третини населення. Але у студентів-психологів цей феномен з усім букетом перфекціоністських когніцій, депресією, тривогою, співчуттям до себе діагностують аж у 88%. Віднайдено значні позитивні кореляції між феноменом «самозванця» і такими показниками ментального здоров'я, як депресія, тривога, самоспівчуття (Tigrayan, 2021).

У студентів-медиків поширеність синдрому «самозванця» приблизно така ж, як і у студентів-психологів (87%). Вираженість цього феномену у майбутніх лікарів супроводжуються низьким співчуттям до себе, відчутними проявами нейротизму/тривожності та почуттям самотності. У жінок такі тенденції виражені більш рельєфно (Rosenthal, 2021).

Важливо підкреслити, що самооцінка здоров'я – це вагомий складник Я-концепції людини. А від Я-концепції як досить усталеного утворення залежать процеси самоусвідомлення, самоідентифікування, прийняття набутого досвіду, презентації себе оточенню. Можна сказати, що самооцінка здоров'я не лише впливає на майбутнє погіршення або поліпшення загального стану людини, її самопочуття і настрою, а й сприяє більш глибоким змінам у Я-концепції.

На самооцінку здоров'я впливають як зовнішні, так і внутрішні чинники. Щодо суто зовнішніх чинників дані дещо суперечливі. Чи не найбільш дослідженим є чинник якості медичної допомоги, можливості її отримати. Цікаво, що задоволеність власним здоров'ям частіше фіксується в країнах з низьким рівнем економічного розвитку, наприклад у деяких африканських. Хоча

саме там досить низький рівень надання медичних послуг, гірший догляд за хворими. Ці країни мають виразно нижчі норми щодо здоров'я, добробуту порівняно з європейськими.

Серед умовно зовнішніх чинників самооцінки здоров'я звертають увагу на соціально-психологічні (наприклад, комунікативні, статусні) та індивідуально-психологічні (наприклад, готовність навчатися, розвиватися, змінювати кваліфікацію). Порівнюючи своє здоров'я зі здоров'ям інших, людина оцінює і спілкування зі значущим оточенням, і самореалізованість у професійній сфері, і прийняття різних життєвих обставин.

Внутрішні чинники, що впливають на самооцінку здоров'я, це соціальні уявлення, настановлення на здоровий спосіб життя, ціннісні орієнтації, локус контролю (Каніболоцька, 2021, с. 24). Впливають також певні особистісні риси, усталені якості, як-от оптимізм, відкритість досвіду, стресостійкість, адаптивність, врівноваженість, адекватність. І самооцінку, і оптимізм можна розглядати як важливі ресурси, які по-різному впливають на адаптацію до складних захворювань, поліпшують настрій і самопочуття людини (Anderson, 2000).

Є також дані щодо зміни самооцінки залежно від статево-вікових характеристик мешканців України. У молоді (до 25 років) незалежно від статі оцінка здоров'я найвища. У зрілому віці самооцінка здоров'я загалом знижується, особливо у чоловіків. Жінки довше зберігають позитивну самооцінку здоров'я. У немолодому віці (після 61 року) все відбувається навпаки: у чоловіків самооцінка здоров'я підвищується, а у жінок – падає (Добрянська, 2020).

Досліджуючи самооцінку здоров'я у підлітків, респондентів поділили на дві групи: тих, хто вважає себе здоровим, і тих, хто має скарги на здоров'я і здоровим себе не вважає. Виявилось, що підлітки із захворюваннями не мають бажання набувати знання про здоров'яорієнтовану поведінку, отримують менше допомоги від старших з питань ЗСЖ (здорового способу життя), менш обізнані щодо впливу шкідливих звичок на здоров'я, мають нижчий рівень фізичної активності. Їхнє ставлення до здоров'я впливає і на інші сфери життя: вони частіше незадоволені якістю викладання і стосунками в сім'ї, школі, не готові до позашкільної активності (Пересипкіна, 2018).

Статеві-вікові характеристики зв'язку самооцінки і здоров'я досліджують і зарубіжні колеги. На початку дорослого життя (18-29 років), який автори вважають критичним періодом, відбувається багато змін в умовах життя, стосунках, освіті та роботі. Визначено, що жінки, які мають порівняно з чоловіками більш низьку самооцінку, вищий рівень психологічного і хронічного дистресу, більше дрібних щоденних проблем, частіше використовують емоційний стиль подолання. У чоловіків вища самооцінка, і вони використовують раціональний та відсторонений стилі подолання. Психологічний дистрес супроводжується нижчою самооцінкою, великою кількістю життєвих подій і меншою соціальною підтримкою (Matud, 2020).

Серед людей літнього віку (65-95 років) незалежно від гендеру кожен у середньому пережив до трьох травматичних подій, що впливає на самооцінку власного психологічного добробуту. Найболючішими травмами виявилися наслідки фізичного і сексуального насильства. Унаслідок цього протягом багатьох років люди страждають від порушень самоорганізації, мають складності із саморегуляцією, проблеми в стосунках, переживають самотність, тривогу, депресію (Thoma, 2025).

Не забуваймо, що літні люди взагалі схильні оцінювати стан свого здоров'я менш точно, ніж молодші. Так, під час масштабного дослідження ірландців віком 50+ респондентів було поділено на три групи: «песимістично налаштовані щодо здоров'я», коли учасники недооцінювали стан свого здоров'я, вважали його гіршим; «реалістично налаштовані щодо здоров'я», коли учасники досить точно, адекватно оцінювали стан свого здоров'я; та «оптимістично налаштовані щодо здоров'я», коли учасники зазвичай переоцінювали стан свого здоров'я, вважали себе здоровішими, ніж про це свідчили об'єктивні показники.

Розгляньмо, як саме загальна самооцінка впливає на самооцінку здоров'я людини. Встановлено, що між самооцінкою і здоров'ям та психологічним добробутом, переживанням щастя можуть бути різні посередники. Серед них найбільш помітні позитивні і негативні афекти. Виконуючи роль медіаторів, позитивні афекти дають сильну позитивну кореляцію, тоді як негативні – навпаки, опосередковуючи зв'язок між самооцінкою і переживанням щастя (Salavera, 2020). Можемо переносити ці дані на бачення себе

як здорової людини, адже в розуміння щастя цей компонент входить як один із базових.

Складнішим посередником між самооцінкою і психологічним добробутом, який переживається як задоволеність власним повсякденням і наявним рівнем самореалізації, може бути емоційна компетентність. Останню С. Заборовська розглядає як інтегровану психологічну характеристику і доводить, що люди з високою емоційною компетентністю більше задоволені власним життям, ніж ті, компетентність яких невисока. Відповідно, можемо думати, що люди, які мають високу емоційну компетентність, будуть вважати себе здоровішими порівняно з тими, хто занурюється в переживання власного нездоров'я, не вміючи порівняти його зі станом тих, хто поруч (Заборовська, 2025).

Ще складнішим посередником є соціокультурні, сімейні, спільнотні еталони ставлення до здоров'я. Так, завдяки нещодавно проведеному у 22 культурно відмінних країнах масовому дослідженню самооцінки здоров'я виявлено, наприклад, що самооцінка здоров'я у чоловіків є вищою порівняно із жінками. Але в Японії всупереч загальній тенденції все навпаки: самооцінка здоров'я вища саме у жінок (Bradshaw, 2025). Можливо, жінки, оцінюючи власне здоров'я, мають на увазі власну стійкість перед життєвими колізіями, інтерпретують довшу тривалість життя як добре здоров'я. Крім того, жінки в Японії мають відносно високий соціально-економічний статус і, що особливо цікаво, демонструють стійке настановлення представляти оточенню себе більш здоровими, ніж насправді, ігноруючи фактичний стан здоров'я.

Під час нещодавнього дослідження, проведеного співробітниками університету Північної Кароліни, досліджено перехресний зв'язок між самооцінкою і загальним станом здоров'я/психологічного добробуту. Науковці об'єднали дані 40 унікальних метааналізів, які разом охоплювали понад 2000 досліджень та один мільйон учасників. Виявилось, що між самооцінкою і здоров'ям/психологічним добробутом є стійкий загальний зв'язок ($r = 0,31$). Зв'язки здоров'я і самооцінки є послідовними в різних регіонах, навіть за умови використання різних самооцінкових шкал і несхожих дизайнів досліджень. Результати були стійкими і подібними до зв'язків з іншими встановленими предикторами (локус контролю, невротизм,

соціальна підтримка). Зафіксовано особливості зв'язку здоров'я із самооцінкою у вибірках дітей/підлітків ($r = 0,23$) і в дослідженнях, спрямованих на вивчення фізичного здоров'я ($r = 0,15$) порівняно зі здоров'ям психічним ($r = 0,42$) або порівняно із психологічною адаптацією ($r = 0,29$) (Zell, 2025).

Відповідно, можна стверджувати, що самооцінка здоров'я є базисним компонентом загальної самооцінки, ставлення людини до себе. Водночас позитивне ставлення до власного здоров'я незалежно від його реального стану забезпечує загальне позитивне самосприйняття. Крім того, позитивна оцінка власного здоров'я є фундаментом психологічного добробуту, переживання задоволеності життям, навіть щастя. Адже залежно від ставлення до власного здоров'я людина оцінює горизонти майбутнього, його передбачувану тривалість і якість.

Під час подальших досліджень варто звернути увагу на такі два параметри самооцінки здоров'я: перший – здоров'я як що? Заради чого воно потрібне? Чим людина готова пожертвувати заради здоров'я, а чим – ні? І другий параметр – що від мене залежить? За що я відповідаю, коли йдеться про власне здоров'я, його збереження? А що від мене не залежить зовсім і як це прийняти?

Гіпотетично можна уявити щонайменше дві протилежні групи людей. У першій, де здоров'я є найбільшою цінністю і локус контролю інтернальний, повсякденні практики, пов'язані зі здоров'язбереженням, будуть системними, продуманими, зваженими і гнучкими відповідно до змінюваних умов життя. У другій групі людей, які ставляться до власного здоров'я не ціннісно, а функціонально (наприклад, як до зручної можливості отримати бажану владу, заробити багато грошей, перемогти в конкурентній боротьбі) і локус контролю яких є екстернальним, практики здоров'язбереження будуть інакшими: недостатньо системними, непослідовними, непродуманими, особливо в контексті власних можливостей та обмежень. Ітиметься про колонізаторську експлуатацію власного здоров'я як і будь-якого природного ресурсу.

Безумовно, користуючись такою системою координат, де один з параметрів – це ціннісні орієнтації, а другий – локус контролю, можна виділити ще кілька груп людей, ставлення яких до здоров'я визначається їхнім ставленням до власного тіла чи то як друга, чи раба, чи соратника тощо. Цей підхід допоможе більш глибоко

зрозуміти складний феномен самооцінки здоров'я, дослідити складники ставлення людини до себе і побачити способи таргетованих впливів.

2.2. Як змінюється ставлення людини до здоров'я під час війни

Чому людині важливо усвідомлювати, як вона оцінює власне здоров'я і що відбувається з цією самооцінкою під час війни? Хоча б тому, що війна докорінно змінила кожного з нас і світ навколо. Звична, повторювана, зрозуміла повсякденність втратила свої базові якості, перестала бути джерелом спокою і відновлення, тому й особистість втратила точку оперття, не відчуває ґрунту під ногами.

Прірва між минулим, теперішнім і майбутнім, брак комфорту, стабільності і безпеки, щоденна реальна загроза як власному життю і здоров'ю, так і життю та здоров'ю близьких – усе це наповнює процес життєтворення вітрами хаосу, неспокою, сум'яття.

Здоров'я людини завжди перебуває під впливом різноманітних детермінант, серед яких сьогодні на першому плані опинилася війна. Вочевидь війна ніколи не сприяла ні формуванню повноцінного здоров'я, ні, відповідно, його позитивному оцінюванню з боку людини. А низька самооцінка здоров'я підтримує і провокує різноманітні нездорові поведінкові прояви.

Варто лише переглянути ґрунтовну статтю Е. Елліс та її колег, що інтегрує дані 21 дослідження психічного здоров'я і психологічного добробуту вимушених мігрантів з нашої країни, яких у світі налічується наразі понад 6,5 мільйона. Головна увага приділяється таким темам: загальний психологічний дистрес, поширені проблеми психічного здоров'я, ПТСР і травма, подолання і стійкість (Ellis, 2024).

Є підстави вважати, що переосмислення, асиміляція набутого травматичного досвіду, його належна інтерпретація мають вирішальне значення не лише для перспектив посттравматичного зростання і, відповідно, досягнення більш усталеного почуття добробуту, комфорту, внутрішньої збалансованості, рівноваги, а й для позитивної і стабільної самооцінки власного здоров'я.

На думку авторки відомої когнітивної теорії психічної травми Р. Янофф-Булман, практично всі основні наслідки травмування (біль і страждання, зростання вразливості, втрата сенсу) можуть ставати каталізаторами посттравматичного зростання, оскільки позитивне і негативне в особистості нерозривно пов'язані. У довготривалій перспективі травма завжди несе як втрати, так і здобутки (Janoff-Bulman, 2004).

Війна змінює все. Скажімо, у гірший бік змінюються патерни народжуваності, захворюваності, смертності. Трансформується і поведінка, спрямована на зміцнення здоров'я, його збереження. Так само змінюється і поведінка, спрямована не на користь здоров'я.

Самооцінка здоров'я під час війни великою мірою залежить і від того, як людина ставилася до свого здоров'я в мирному житті. Інколи саме війна з її екстраординарними обставинами дає змогу кардинально переглянути власну самооцінку і підвищити її, бо, виявляється, людина здатна долати випробування, підтримувати оточення, відновлюватися і рухатися вперед. Так зростає самоповага, що передбачає і повагу до власного тіла, організму, мозку з їхніми несподіваними вміннями і можливостями.

Тому не можна сказати однозначно, що війна лише негативно впливає на здоров'я і психологічний добробут, що вона позбавляє переживання задоволеності життям. Насправді маленькі повсякденні радості стають більш яскравими і значущими, ніж зазвичай. Птах співає зранку після жахливої ночі, дерева і трава блищать після дощу, запах чаю чи кави наповнює кухню – усе це на тлі реальної загрози запам'ятовується, цінується, навіть надихає.

Оскільки позитивне ставлення до власного здоров'я є вагомим компонентом психологічного добробуту людини в цілому й актуального на момент дослідження переживання нею задоволеності власним життям, руйнівний вплив загрозливих життєвих обставин мав би позначитися на цьому базовому ставленні. Воєнні травми могли змінити довоєнне позитивне або негативне ставлення до здоров'я. Схарактеризовані вище загрози здоров'ю і психологічному добробуту, які принесла із собою війна, можна вважати привнесеним війною впливом.

Тепер завдання полягає в дослідженні змін у самооцінці здоров'я порівняно з довоєнним періодом. Щоб зафіксувати наявність чи брак змін у самооцінці власного здоров'я через три

роки після початку війни і до неї, було зібрано відповідний емпіричний матеріал. Робота тривала із січня до березня 2025 року на платформі Google Form. (Нагадаю, що вибірка, описана в попередньому розділі, налічувала 328 чоловіків і жінок віком від 17 до 74 років.)

Учасникам дослідження було запропоновано оцінити актуальний стан власного здоров'я не як гарний, нормальний чи поганий. Оцінювання мало бути відносним, порівняльним (рис. 7). Слід було порівняти своє сьогоденне здоров'я з власним станом, який був до війни, і зробити це за п'ятибальною шкалою (1 – здоров'я набагато погіршилося; 2 – трохи погіршилося; 3 – не змінилося; 4 – трохи поліпшилося, 5 – стало набагато кращим). Саме таке оцінювання давало змогу з'ясувати саме динаміку стану здоров'я за три роки повномасштабного вторгнення і в такий спосіб хоча б приблизно припустити, чи можна говорити про вплив війни на стан здоров'я і самопочуття.

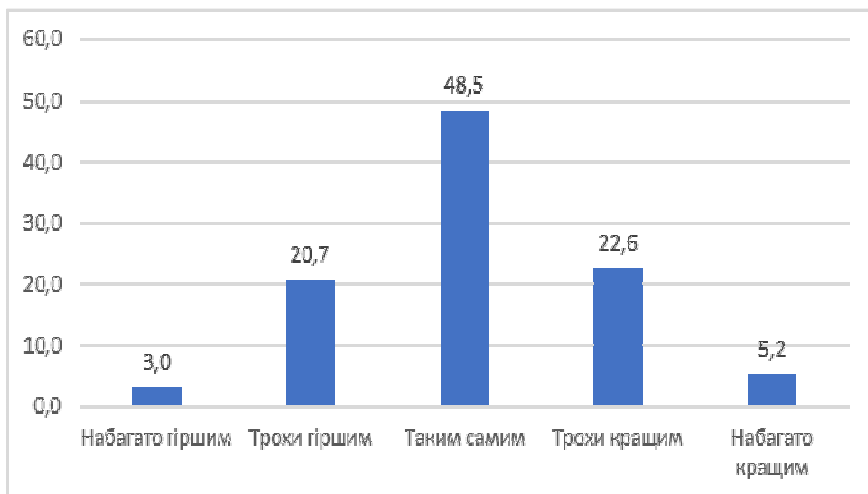


Рис. 7. Самооцінка здоров'я порівняно з довоєнним станом (n=328)

Як показують емпіричні дані, трохи більше ніж половина респондентів (51,5%) бачать певні зміни у власному здоров'ї, порізному оцінюючи їх. Для цих респондентів війна, безумовно, стала

впливовим чинником, від якого залежить психологічний добробут. І хоча три роки життя – великий термін, який міг і без війни стати тригером змін у самооцінці здоров'я, усе ж таки це явище не було б таким масовим.

Тих, хто оцінив власне здоров'я як незмінне, стабільне, не зафіксувавши змін ані на краще, ані на гірше, було чимало – 48,5%. Більша частина вибірки, яка вважає, що зміни в здоров'ї відбулися, поділилася практично навпіл за валентністю змін. Трохи кращим своє здоров'я вважають 22,6% людей, а трохи гіршим – 20,7%. Оптимістів, які вважають, що їхнє здоров'я стало набагато кращим, у вибірці 5,2%. А тих, хто оцінює своє здоров'я як таке, що стало набагато гіршим, усього 3,0%.

Щоб наочніше побачити динаміку самооцінки здоров'я, об'єднаємо в одну групу тих, хто вважає наразі власне здоров'я набагато гіршим, і тих, хто вважає його трохи гіршим. Так само об'єднаємо дві підгрупи з позитивною валентністю оцінок. І третя група буде представлена тими, хто ніяких змін не помітив (рис. 8).

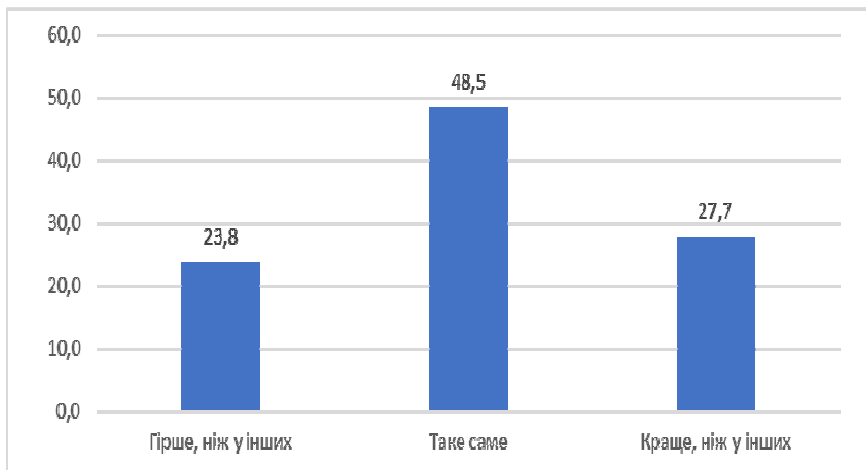


Рис. 8. Самооцінка здоров'я за валентностями (позитивна, негативна, нейтральна)

Негативна валентність свідчить про погіршення здоров'я (як значне, так і не дуже виражене) у 23,8% респондентів, а позитивна – про поліпшення здоров'я (як значне, так і не дуже), яке відбулося у 27,7%. Парадоксально, що тих, хто бачить поліпшення у власному стані, виявилось більше, ніж тих, хто бачить погіршення. Правдоподібне пояснення більшої кількості респондентів, які писали про поліпшення здоров'я, полягає в тому неодноразово зафіксованому в наукових дослідженнях факті, що чимало хвороб справді полегшуються або навіть зникають у часи тяжких випробувань. Людині часто стає не до власних нездужань, коли вона поставлена в умови серйозної небезпеки. Крім того, у відповідях з позитивною валентністю радше могла оцінюватися власна здатність адаптуватися до загрозливих життєвих обставин, ніж динаміка довоєнного і воєнного, актуального стану здоров'я.

Певна кількість респондентів-оптимістів, можливо, порівнює не так свій довоєнний стан здоров'я, як два стани під час війни: на її початку і через три роки. Студентська молодь узагалі писала, що не пам'ятає періоду довоєнного, війна в її свідомості триває нескінченно. І справді, коли респонденту 17-18 років, то порівнювати себе-теперішнього, суб'єктивно дорослого, із собою-школярем у 14-15 років досить нелегке завдання.

Крім того, позитивна або негативна валентність здоров'я могла за минулі три роки розхитатися, зробитися нестійкою, фрагментарною, у деякого – перетворитися на індіферентну, а у деякого – оцінюватися за останніми враженнями, коли людина узагальнює самопочуття останнього тижня чи навіть двох-трьох днів і робить загальні висновки.

Розгляньмо відтак відмінності в самооцінці здоров'я чоловіків і жінок (рис. 9). Виявилось, що жінок, які вважають своє здоров'я незмінним, незалежним від того, що привносить у життя війна, відчутно більше (51,1%), ніж чоловіків (35,7%). І це тоді, коли байдужих до воєнних загроз зовсім мало: чоловіків – усього 10,7%, а жінок – 13,2%.

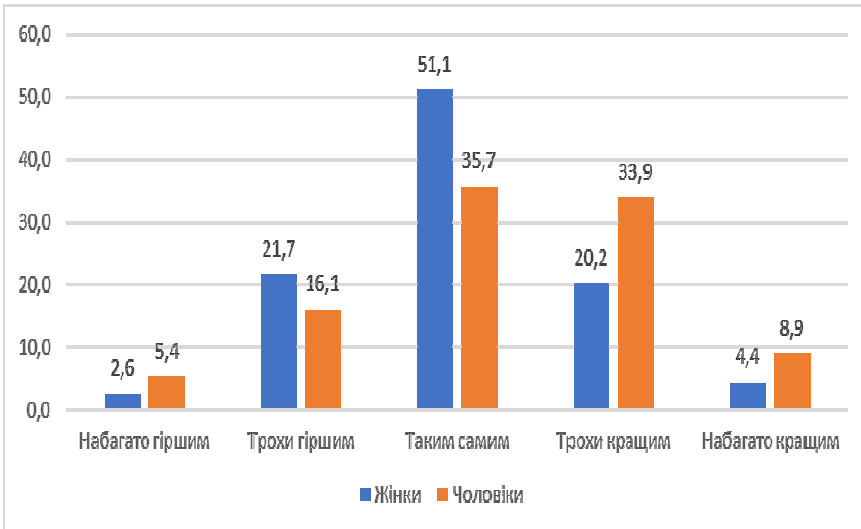


Рис. 9. Самооцінка здоров'я чоловіків і жінок порівняно з довоєнним станом (n=328; 56 чол.; 272 жін.)

Трохи кращим своє здоров'я вважає кожна п'ята жінка (20,2%) і кожен третій чоловік (33,9%). Порівняно з такими обережними оптимістами цілковитих оптимістів, які оцінюють власне здоров'я як таке, що стало набагато кращим, серед чоловіків більше (8,9%) , а серед жінок – удвічі менше (4,4%). Серед обережних песимістів, які оцінюють своє здоров'я як таке, що стало трохи гіршим, кожна п'ята жінка (21,7%) і кожний шостий чоловік (16,1%). Повних песимістів, які впевнені, що їхнє здоров'я за три останні роки стало набагато гіршим, ніж до війни, більше серед чоловіків (5,4%), а серед жінок – удвічі менше (2,6%).

Як бачимо, нейтральна валентність переважає у жінок, а оптимізм – у чоловіків (рис. 10). Оптимісток-жінок удвічі менше (24,6%) порівняно з чоловіками (42,9%). Що ж до песимізму, то його рівень практично однаковий у чоловіків (21,4%) і жінок (24,3 %).

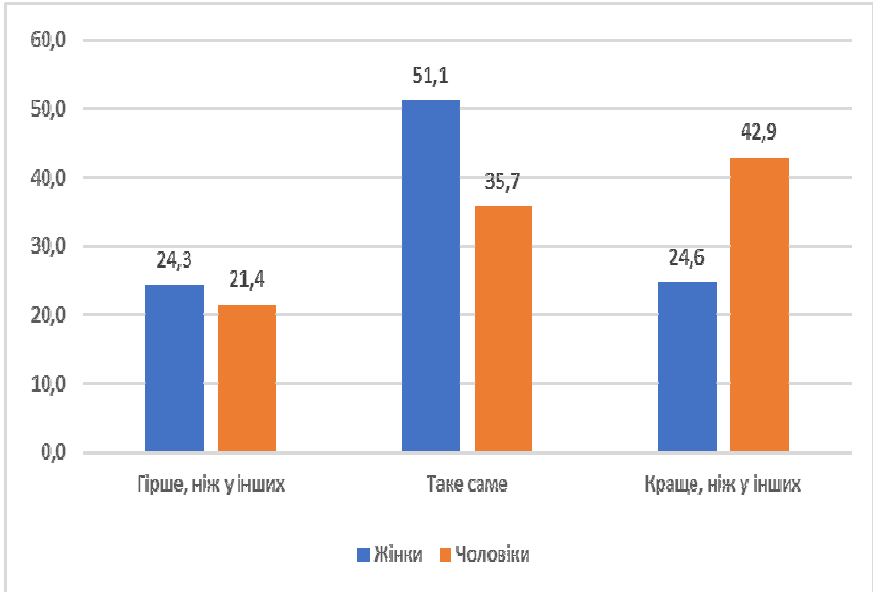


Рис. 10. Самооцінка чоловіками і жінками здоров'я за валентностями (позитивна, негативна, нейтральна)

Залишилися тепер розглянути вікові відмінності між статями (рис. 11).

Найчастіше не бачать змін у власному здоров'ї молоді респонденти (49,5%). Представників середньої вікової групи, які не бачать змін, майже стільки ж (47,8%). Обережних оптимістів найбільше серед молоді (24%), а найменше – серед представників середньої вікової групи (17,9%). Повних оптимістів найбільше в середній віковій групі (7,5%), а найменше – серед молоді (4,3%). Натомість обережних песимістів найбільше в старшій віковій групі (26,4%), а найменше – серед молоді (18,8%). Повних песимістів серед старших респондентів узагалі немає, менше – серед молоді (3,4%) і більше – серед представників середньої вікової групи (4,5%).

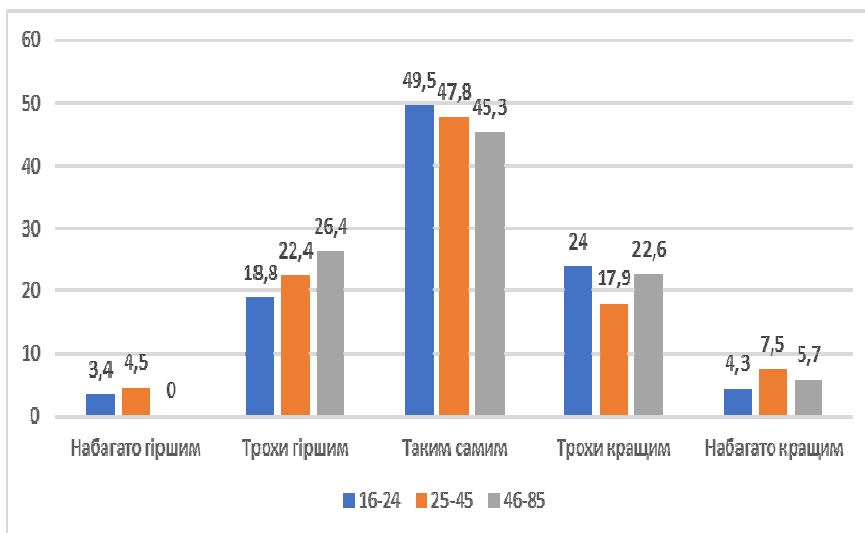


Рис. 11. Самооцінка здоров'я різних вікових груп порівняно з довоєнним станом

Насамкінець розглянемо показники самооцінки здоров'я в різних вікових групах за валентностями (рис. 12). Негативна валентність найменша у молоді (22,1%) порівняно із середньою (26,9%) і старшою (26,4%) віковими групами. Позитивна валентність найменша в середній групі (25,4%), тоді як між молоддю і старшою групою різниці практично немає (28,4% і 28,3%, відповідно). Нейтральна валентність більшою мірою властива молоді (49,5%), а надалі вона з віком послідовно знижується (середня група – 47,8%, старша група – 45,3%).

Отже, понад половина респондентів визнають наявність змін у стані їхнього здоров'я – як позитивних, так і негативних. Решта ж вважає, що їхнє здоров'я залишилося таким, яким воно було і до війни, причому серед респондентів тут переважають жінки.

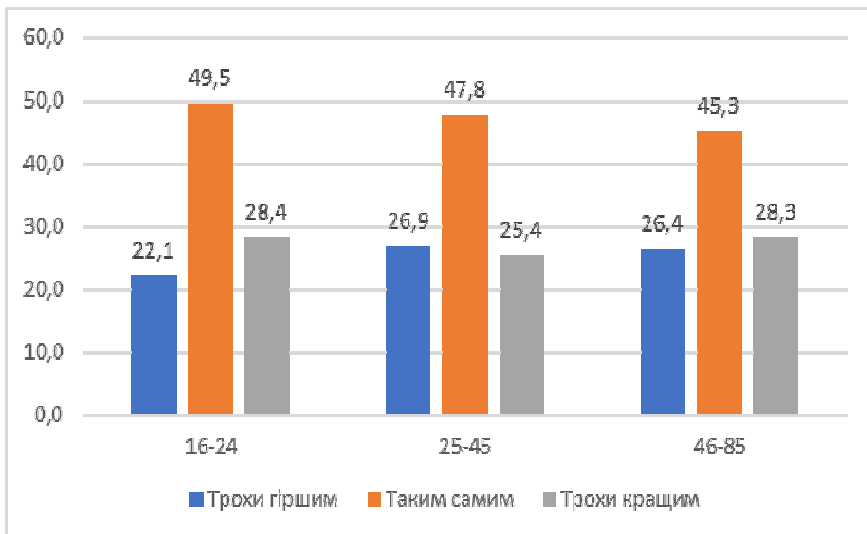


Рис. 12. Самооцінка здоров'я в різних вікових групах за валентностями (позитивна, негативна, нейтральна)

Про поліпшення стану здоров'я респонденти говорять трохи частіше, ніж про погіршення, особливо чоловіки, що, імовірно, пов'язано як з небажанням усвідомлювати негативні симптоми, так і з оцінюванням власної здатності до адаптації, яка, на їхню думку, підвищилася. Крім того, саме ці люди, певно, спрямовані на самоприйняття, яке зазвичай передбачає позитивну самооцінку в різних сферах.

Найчастіше не бачать змін у власному здоров'ї молоді респонденти, найрідше – представники старшої групи. Оцінки старших, які бачать певну динаміку, радше обережно песимістичні, хоча немало й оптимістичних. Кожен четвертий респондент у найбільш працездатному віці (25-45 років) вважає, що за часи війни його здоров'я погіршилося.

Оскільки піклування про власне здоров'я є основою самозбереження в таких загрозливих умовах, як війна, то спеціалістам-психологам і психотерапевтам слід прицільно працювати над підвищенням адекватності самооцінки здоров'я,

необхідністю відмови від ілюзорно-оптимістичних самоочікувань, які заважають тверезому погляду на реальний стан речей.

Щоб зменшити негативний вплив воєнних загроз, запобігти погіршенню здоров'я, мешканці України вносять певні зміни у плин свого життя, коригуючи звичні форми поведінки. У третьому розділі ми розглянемо, які саме зміни стилю життя через три роки від початку повномасштабного вторгнення ворога набули найбільшого поширення.

РОЗДІЛ 3

СТИЛЬ ЖИТТЄТВОРЕННЯ І ЙОГО ТРАНСФОРМАЦІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Стель життєтворення і чинники, які на нього впливають

Нелегка історична дистанція, яку кожному мешканцю України випало долати останнім часом, не дає людині залишитися такою ж, якою вона була до війни. Війна посилює нелінійність, непрогнозованість життя і вимагає від особистості переосмислення звичного способу взаємодії з оточенням, зміни поведінкових патернів відповідно до нової конфігурації цінностей і смислів. Жити, як раніше, уже не виходить, навіть якщо цього і дуже хочеться. Найпомітніше такі вимушені зміни проявляються в стилі життя людини.

Стель – це передусім типова, зручна і звична для людини форма побудови власного життя, втілення оригінальності, неповторності, унікальності в щоденній життєдіяльності. У молоді роки, у період зрілості і в літньому віці людина проявляє власні смаки, уподобання, зацікавлення, звички, за якими її впізнають, запам'ятовують, обирають. Комусь стиль її життя може бути близьким, зрозумілим і приємним, хтось його не розуміє і не приймає. Але саме стиль задає усталену, відтворювану лінію поведінки людини.

Складається життєвий стиль з типових форм самопрояву, способів конструювання себе і власного життя, що їх людина щоденно відтворює. До характеристик стилю можна віднести, наприклад, манеру праці, спілкування, ведення буденних справ, інтенсивність самопроявів, неповторний статево-віковий темпоритм, упізнавані мовні та інші особливості.

Термін «життєвий стиль» став набутком психологічної науки завдяки Альфреду Адлеру, який трактував його як перспективний

план на все життя. Стиль починає формуватися ще в дошкільному віці і протягом усього подальшого життя видозмінюється, стаючи стрижнем життєдіяльності особистості. У стилі проглядає значення, якого людина надає собі і світові навколо. Стиль оформлює спрямованість людських цілей і прагнень, звичний спосіб розв'язання складних проблем у професійній діяльності, дружбі, коханні, сімейних стосунках.

У чому особливості стилю життєтворення? Особистість ніколи не була сталою, статичною системою. Вона завжди рухається, трансформується в плинній реальності, що її оточує. Життєтворення розгортається одночасно в трьох площинах: 1) площині розуміння і прийняття себе, самоідентифікування; 2) площині розуміння і прийняття власного оточення, освоєння значущої комунікативної території; 3) площині пошуку сенсу на кожному етапі життя, смислопородження (Титаренко, 2020). Цей різновекторний творчий процес побудови життя кожна людина по-своєму оформлює, проявляючи власний, притаманний лише їй стиль.

Життєтворення є водночас і найскладнішим, і найпоширенішим типом людської творчості. На нього здатні не лише ті, хто має талант чи видатні здібності. Будь-хто, свідомо чи несвідомо, сміливо чи обережно творить власне життя, змінює його, переосмислює минуле і конструює майбутнє. Відповідно, кожен має власний стиль життєтворення, який кристалізується роками і десятиліттями у звичних, знайомих і непрогнозованих, незнайомих ситуаціях, що потребують невідкладних рішень.

У психологічних дослідженнях, зорієнтованих на проблеми ментального здоров'я, психологічного добробуту, боротьби з наслідками пандемії ковіду, стиль розуміють як спосіб життя, який відповідно до наявних звичок, усталених форм поведінки може бути більш чи менш здоровим, поліпшуватися чи погіршуватися.

Говорячи про зміни стилів життєтворення, більшість авторів зосереджуються на позитивних, корисних для здоров'я змінах. Відповідно, увага привертається до фізичної активності, спорту, відновлюваного сну, інтенсивності і якості спілкування з оточенням, освітніх втручань. Деякі дослідники розглядають такі зміни стилю, які шкодять здоров'ю і психологічному добробуту, доводячи важливість зменшення вживання психоактивних речовин, відмови від надмірного куріння і споживання алкоголю, від нездорових

харчових звичок (Fornili et al., 2021; Sapranaviciute-Zabazlajeva et al., 2022; Sugden, 2024). З огляду на результати таких досліджень стає очевидно, що на негативні стильові зміни слід звертати не менше уваги, ніж на позитивні, особливо якщо йдеться про воєнні загрози.

Відповідно до нозології захворювань, є численні дослідження стилю життя, який чи то сприяє одужанню, чи, навпаки, погіршує стан хворого на серцево-судинні, легеневі, гастроентерологічні та інші захворювання. Що ж до ментального здоров'я, то найчастіше пишуть про психіатричні основи стилю життя, який сприяє лікуванню депресії, підвищенню психологічного добробуту, оздоровленню стосунків. Переваги втручання в стиль життя є науково значущими, і зазвичай пацієнти їх добре сприймають. Психіатрія стилю життя виокремлює, крім фізичної активності, особливостей харчування, відновлюваного сну, також зниження стресу (наприклад, практики психічного добробуту), оптимізацію соціальних зв'язків та зменшення шкоди від вживання психоактивних речовин (Sugden, 2024).

Нова біопсихосоціальна лінза стилю життя, або трансдіагностичний процес, звертає увагу на контекстуальні, соціально-середовищні фактори, які керують поведінкою. Такий підхід, зорієнтований на вплив середовища на стильові зміни, дістав назву соціально-контекстуального (Sugden, 2024). Саме соціально-контекстуальний підхід найбільше відповідає сучасному воєнному контексту, адже війна, усередині якої живуть уже кілька років поспіль українці, і є таким складним, багатоаспектним середовищним чинником.

Але, крім цього підходу, є і протилежний, коли увага зосереджується не так на зовнішніх – середовищних, як на внутрішніх – індивідуально-психологічних чинниках, які по-своєму, зсередини, впливають на поведінку і визначають стильові зміни. Розгляньмо деякі з них.

Наприклад, у диспозиційному підході таким чинником стає настановлення як цілісний стан готовності до активності, схильність індивідуально-типово й усталено реагувати на життєві ситуації, задовольняючи актуальні потреби. Як звична особистісна диспозиція, настановлення впливає на вибір людиною сфери професійної самореалізації, бажаних форм комунікативної

активності, засобів задоволення потреб і, безумовно, загального стилю життя.

Настановлення можна розглядати не лише в індивідуально-психологічному, а й у соціально-психологічному контексті, де воно перестає бути лише внутрішнім чинником стилютворення. Так, у молодіжному середовищі простежується тісний взаємозв'язок настановлень на здоровий чи нездоровий спосіб життя і прихильності до певних субкультур. Адже кожна субкультура формує свої специфічні соціально-психологічні настановлення щодо здорового чи нездорового способу життя (Тутаренко, 2024).

Для певної частини молоді характерними є аграваційні соціально-психологічні настановлення, які зумовлюють перебільшення негативних очікувань і песимістичних прогнозів щодо власної діяльності, значущих стосунків, розв'язання конфліктів, а також статусу в групі. Агравація – це несвідоме викривлення вражень у негативний бік, послаблення позитивних і посилення негативних аспектів дійсності. На кількість та інтенсивність аграваційних настановлень впливають рівень самоприйняття, стійкість самооцінки, становище людини в групі. Виникнення аграваційних настановлень свідчить про бажання молоді людини «сховатися» в песимізм і пасивну безвідповідальність від реальних проблем.

Говорячи про настановлення, згадаймо комплекс Іони (термін Ф. Мануеля), який проявляється в настановленні людини ніколи не досягати таких самопроявів, які вона уявляє як можливі в найвідповідальніші хвилини життя. Людина з цим комплексом живе під тиском постійного страху, що в неї нічого не вийде, зі стійким сумнівом щодо своєї здатності розвиватися, проявляти власний потенціал. Комплекс Іони є одним із захисних механізмів, що перешкоджають досягненню успіху, особистісному зростанню, особливо в юнацькому і молодому віці. А. Маслоу називає цей комплекс «відхиленням від свого призначення», «утечею від своїх талантів». Практично кожна людина тією чи іншою мірою має цей комплекс, стримуючи не тільки найгірші, а й найкращі свої пориви. Так вона нібито зможе уникнути відповідальності, що покладається на неї життєвими обставинами, долею, вищими силами, природною обдарованістю.

Безумовно, на деструктивні соціальні настановлення можна досить ефективно впливати, сприяючи розвитку самоусвідомлення, використовуючи різноманітні практики майндфулнес. Також слід сприяти спробам людини проявляти самостійність у здійсненні життєвих виборів різного ступеня складності, що крок за кроком формує відповідальність за власні рішення і вчинки. Ще один спосіб роботи з настановленнями – конструювання власного майбутнього через перетворення мрій і надій на більш реалістичні очікування, на цілісне бачення власних життєвих перспектив.

Повертаючись до особистісних чинників, що впливають на стильові зміни, звернімося до так званих атрибутивних стилів, яким присвячено чимало сучасних досліджень. Атрибутивний стиль розглядають як складник когнітивної сфери особистості, що впливає і на функціонування сфери емоційної. Узагалі, атрибуція в психології – це приписування соціальним об'єктам характеристик, не представлених у полі сприйняття, а також причин і мотивів поведінки, особистісних якостей і характеристик на основі аналізу їхніх дій і вчинків.

Оскільки атрибуція є провідним механізмом соціального сприймання, вона являє собою своєрідну надбудову над перцепцією, коли не вистачає даних безпосередніх спостережень, щоб адекватно взаємодіяти з навколишнім середовищем. Завдяки атрибуції ми залучаємо сприйнятті об'єкти у сферу власних смислів.

Атрибутивний стиль особистості суттєво впливає на різні аспекти психологічного функціонування і лежить в основі її психічного здоров'я та психологічного добробуту. У сучасній психологічній науці атрибутивний стиль трактують як спосіб пояснення людиною причин різноманітних подій, що відбуваються в її житті. Протягом життя у людини формується певна стійка манера тлумачення причин того, що відбувається.

У когнітивній парадигмі атрибутивний стиль є складним набором стійких когнітивних структур, що охоплюють моделі причинно-наслідкових зв'язків між явищами та актуалізуються людиною щоразу, коли вона стикається з емоційно значущими подіями життя. До основних психологічних особливостей атрибутивних стилів особистості можна віднести її здатність визначати схильність людини сприймати і пояснювати життєві події крізь призму усталених когнітивних критеріїв, наявність позитивної

чи негативної валентності, що лежить в основі оптимізму або песимізму. Атрибутивний стиль визначає і зв'язок з переживаннями, мотивацією та комунікативною поведінкою особистості (Сітцева, 2024а).

Говорячи про складники атрибутивного стилю, виокремлюють такі чотири параметри: ступінь персоналізації, ступінь стабільності, ступінь глобалізації і ступінь керованості. Теоретично доведено, що атрибутивний стиль особистості лежить в основі схильності людини до оптимізму/песимізму, а також визначає загальний емоційний стан, на тлі якого розгортається життя. За Т. Клібайс (2021), елементами функціональної моделі становлення атрибутивного стилю особистості дорослих є суб'єкт з його буденною свідомістю й особистісними властивостями; атрибутивний стиль; образ ситуації; поведінка, яка може бути адаптивною або дезадаптивною. Як системотвірний чинник у системі суб'єкт-ситуація дослідниця розглядає індивідуальне поєднання особистісних властивостей і атрибутивного стилю дорослих.

Атрибутивний стиль, який проявляється в повсякденних практиках, виходячи радше з уявлення про ситуацію, ніж із реальності, може бути різного ступеня адаптивності. Адаптивність стилю, на думку Клібайс, залежить від ступеня відповідності суб'єктивного образу ситуації реальності. Якщо сформулювати чіткіше, то адаптивність залежить від того, наскільки образ ситуації сприяє адаптації до неї (Клібайс, 2021).

Дезадаптація, яка спостерігається за негативного атрибутивного стилю, у разі появи депресії пояснюється неможливістю узгодженого існування у свідомості суб'єкта суперечностей унаслідок порушення діалогічності буденної свідомості. (Саме таку діалогічність ми зазвичай і намагаємось відновити в процесі психотерапії. – Т. Т.).

Певні властивості особистості сприяють високим адаптивним можливостям атрибутивного стилю. Це, наприклад, креативність, гнучкість мислення та поведінки, діалогічність свідомості. Відповідно, у разі знижених адаптивних можливостей спостерігаються екстернальний локус контролю, емоційна нестійкість, страх перед невдачами, страх відторгнення, боязкість у спілкуванні, напруженість механізмів психологічного захисту.

Виходить, що дослідження атрибутивних стилів дає змогу наочно побачити специфічні типи реагування особи на певні ситуації і, як наслідок, увиразнює проблемні місця в психічному здоров'ї досліджуваних груп. Атрибутивний стиль дає первинну картину психічного стану. Так, під час емпіричного дослідження студентів визначено такі стилі вищого порядку: реактивний, сенсифікований, надсоціалізований, недостатньо соціалізований, самовпевнений і репресивний. Відмінності між групами були пов'язані з адаптацією за параметрами самовираження, емоційного контролю, схильності до розладів особистості, наявності фізичних хвороб, самооцінки, невротичних симптомів і задоволення імпульсивних бажань (Сітцева, 2024b).

Серед особистісних чинників стилютворення і, відповідно, стильових змін безумовно значущим, хоча й малодослідженим, є наративне осмислення і збереження набутого досвіду.

Відомий когнітивіст Джером Брунер писав, що ми постійно конструємо і реконструємо своє «я», щоб задовольнити потреби ситуацій, з якими стикаємося, і робимо це завдяки активній взаємодії з навколишнім середовищем, що допомагає конструювати досвід, спираючись також на спогади про минуле, надії і страхи щодо майбутнього (Bruner, 2004). Наративний спосіб мислення широко використовується в різних сферах: наприклад, завдяки контекстуалізованим історіям, які складають студенти про власне життя, вони краще розуміють навіть такий далекий від наративу предмет, як математична статистика (Sherwood, 2024).

У нас немає іншого способу описати себе і прожитий час, крім розповіді про життя, тобто наративу. Саме наратив, як зауважує Дж. Брунер, найбільш успішно «схоплює» відчуття часу, що проживається. Наратор (оповідач) є водночас героєм власної розповіді. У сконструйованій історії кожен має власну мету, не завжди усвідомлювану: хоче розповісти правду, як він її пам'ятає; або возвеличити себе, видати бажане за дійсне; або викликати співчуття. Отже, людське життя – це насамперед історія, яка не відбувається в реальному житті, а радше конструюється людиною у власній голові (Bruner, 2004). Невимушені історії про власне життя створюють той життєвий контекст, у якому здійснюються відповідальні вибори, реалізуються найпотаємніші домагання, формулюються малі і великі рішення. Саме історії про себе і своє

життя стають своєрідними смисловими домінантами, маркуючи й організовуючи, спрямовуючи нашу плінну, гнучку реальність.

Згідно з теорією Брунера, картину внутрішнього світу людина починає «малювати» з дитинства, вислуховуючи розповіді батьків, а потім передаючи набутий досвід іншим. Відповідно, можемо сказати, що з дитинства складається певний нарративний стиль, який буде й надалі притаманний людині. Вона буде обмінюватися історіями зі своїм оточенням, надавати сенсу і ваги конкретним подіям пережитого етапу життя. Важливими можуть стати і бесіда з колегами, і сімейна сварка, і суперечка із самим собою, і публічний виступ. Від способу інтерпретації певної події залежить те, як людина бачить своє життя, саму себе, як поводить з іншими.

З погляду особистісної безпеки важливо, що центральними в сюжеті історій про власне життя зазвичай стають кризи, утруднення, проблемні моменти, які переживаються і розв'язуються. Людина розповідає, як їй довелося змінювати звичну поведінку, відмовлятися від чогось для досягнення успіху, вчитися чогось нового. Так акцент в оповіданні пересувається на стильові зміни, на ті корективи, внесені у власну повсякденність, які допомогли подолати скруту, підвищити власну життєву компетентність.

Значущість життєвої історії для ідентичності людини, особливо в складні життєві періоди, підтверджується використанням методу глибинного інтерв'ю з подальшим аналізом оновлених життєвих історій під час вивчення можливостей адаптації українських біженок до ситуації еміграції. Так, у перші місяці російської агресії предметом дослідження стали життєві історії українських жінок віком від 18 до 65 років, які знайшли прихисток у Чехії. В їхніх історіях війна трактувалася як центральна і водночас негативна подія, пов'язана із симптомами травматичного стресу, і більшість жінок були впевнені, що війна їх змінила. Ці жінки мали здебільшого несприятливий дитячий досвід та актуальні симптоми посттравматичного стресу. Чимало жінок на момент створення життєвих історій пережили розлучення і втрати – бачили загибель знайомих, сусідів, залишилися без житла, майна, роботи. В історіях жінок перепліталися попередній життєвий досвід і поточна потреба адаптуватися до нової життєвої ситуації. Важливість пережитої актуальної події для ідентичності була відчутно вищою, ніж вплив раннього досвіду на теперішню травматизацію (Preiss, 2024).

Найбільш продуктивними стають зазвичай такі стильові зміни, які підвищують загальну адаптивність людини, її життєстійкість, сприяють розвитку креативності, формуванню настановлень на здоровий спосіб життя. Адже саме ЗСЖ є запорукою психологічного добробуту. Так, сучасні зарубіжні дослідження психічного здоров'я українських біженців показують, що ефективні стратегії подолання підвищують стійкість. Ідеться про прийняття таких адаптивних стратегій подолання, як спілкування, сприяння стосункам із сім'єю та друзями, а також стратегій, спрямованих на певну проблему (Ellis, 2024).

Порівняймо зі змінами в стилі досягнення щастя (у розуміння якого вкладають і здоров'я, і психологічний добробут), про які писали мешканці України до повномасштабного вторгнення. Це стильові зміни, зосереджені на меті і русі до неї; зміни в бік прагнення досягти успіху; зміни стилю, що передбачають здатність щоденно радіти життю; і, нарешті, стильові зміни, спрямовані на допомогу іншим людям. Численні дослідження підтверджують, що саме стиль життя, пов'язаний зі співчуттям до інших і допомогою іншим, найбільше сприяє збереженню здоров'я і довголіття та переживанню психологічного добробуту.

В умовах воєнного стану можуть актуалізуватися зміни стилю життя в бік більшої стійкості, пружності, резильєнтності, що допомагає людині вистояти, не зламатися. Важливо звернути увагу на те, що люди, схильні до резильєнтного стилю життя, легше переживають горе, краще справляються з труднощами, травмами і втратами (Kamene, 2025; Zalli, 2024). Набуваючи більшої резильєнтності, люди більш оптимістично ставляться до свого життя, бачать гарні перспективи, незважаючи на перешкоди й розчарування. Вони впевненіше проходять через випробування, виявляють більше гнучкості, коли мають справу з непрогнозованими змінами. За складних обставин резильєнтні особи можуть змінювати своє ставлення до інших так само, як їм вдається змінювати модальність почуттів з негативної на позитивну, що дає їм змогу легше за інших добирати оригінальні рішення. Такі люди мають надійні і розгалужені мережі соціальної підтримки, глибокі стосунки з друзями, родиною, колегами.

Отже, стиль самооздоровчого життєтворення будемо розуміти як життєвий стиль, який складається з відповідної конфігурації

спрямованих на самооздоровлення стратегій життєтворення і практик самозбереження, що є прийомами щоденного життєконструювання.

Урахування стильових особливостей певних груп (наприклад, вікових, гендерних тощо) щодо загрозливих життєвих обставин – важливий складник превенції їхнього негативного впливу на ставлення людини до себе, до власного здоров'я.

У відповідь на загрозливі життєві обставини людина обирає певний стиль життя, який опосередковує її поведінку, але усвідомлюється лише частково. Адже, крім оцінки життєвої ситуації, її причин, власних можливостей, завжди є неусвідомлений компонент, бо людина не до кінця розуміє, чому вона саме так оцінила небезпеку, де було реальне сприймання, а де спрацювали колишні стереотипи, упередження, настановлення, як на оцінку вплинули наслідки пережитих у минулому травм, різноманітні захисні механізми.

3.2. Зміни стилю життєтворення мирних мешканців України

Людина – не статичний і незмінний учасник подій, вона змінюється з часом і не є фінальною. Ця динаміка спонукає дослідника об'єднатися з імпліцитними терапевтичними можливостями якісних досліджень, які не лише описують те, що є, а й розкривають потенціал для пізнання того, що може бути (Penwarden, 2024).

У фрагменті емпіричного онлайн-дослідження з відкритими питаннями, присвяченому змінам у стилі життя і звичках, ми виділили десять дескрипторів:

1) дескриптор здорових звичок і практик (збільшення фізичної активності, долучення до занять спортом, приділення уваги здоровій їжі, сну, вчасним перевіркам у лікарів);

2) дескриптор комунікативний (збільшення спілкування з рідними, друзями, дітьми, домашніми тваринами);

3) дескриптор саморегулятивний (емоційна саморегуляція, молитва, медитація, дихальні практики, відмова від шкідливих звичок);

4) дескриптор компетентнісний (збільшення робочого/навчального навантаження, зростання інтересу до політики, уваги до ЗСУ, вправлення у володінні зброєю, формування навичок домедичної допомоги);

5) дескриптор аскетичних самообмежень (менше сну, відпочинку, догляду за собою, відмова від святкувань);

6) дескриптор безпековий (увага до наявності зарядних станцій, готівки, запасу води);

7) дескриптор відсторонення (пасивність, усамітнення, байдужість, зменшення довіри до оточення);

8) дескриптор негативних звичок і практик (алкоголізація, куріння, «залипання» в новинах, марне витрачання грошей);

9) дескриптор вимушених змін у місці проживання, роботі, спілкуванні;

10) дескриптор стану, коли немає змін.

Щоб полегшити інтерпретацію даних, узагальнимо відомості про всі дескриптори у вигляді спеціальної таблиці (табл. 2).

Таблиця 2

Дескриптори стильових змін за три роки війни

Номер	Тема	Опис	Приклад
1	Корисні практики	Зростання кількості звичок і практик, пов'язаних із фізичною активністю, здоровою їжею, поліпшенням сну, вчасними візитами до лікарів	«Відчутно збільшила відпочинок, дозволивши собі інколи повне байдкування»; «Намагаюся більше гуляти»; «Став займатися спортом і вживати корисну їжу»

Номер	Тема	Опис	Приклад
2	Якість спілкування	Толерантна, уважна взаємодія з членами сім'ї, домашніми тваринами; готовність надати в разі потреби допомогу	«Менше вимагаю від дитини»; «Більше часу проводжу із сім'єю»; «Стала більше піклуватися про здоров'я мого собаки»
3	Саморегуляція	Коригування емоційних станів, настрою, свідомо відмова від шкідливих звичок	«Практикую медитацію»; «Узагалі кинув алкоголь»; «Розвиваю стійкість і самоконтроль»
4	Компетентності	Нові інтереси і навички (політика, зброя, домедична допомога, тайм-менеджмент, українська мова)	«Здобула навичку вчитися постійно»; «Детальніше планую найважливіші завдання та механізми їх реалізації»; «Змінив мову спілкування»
5	Аскетизм	Відмова собі в достатньому сні, якісному харчуванні, фізичній активності, доглядових процедурах; заборона на розваги	«Почала менше спати, перестала ходити в спортзал»; «Менше стала ходити на якісь розваги»; «Стала мінімалістичною у всьому (одязі, предметах побуту, догляді за зовнішнім виглядом)»

Номер	Тема	Опис	Приклад
6	Безпека	Способи поліпшення безпеки, купівля зарядних станцій, запасаання водою, готівкою тощо	«Стежу за зарядом гаджетів, намагаюся мати готівку при собі»; «Стала більш уважно ставитися до запасів їжі і води»; «Тривожна валіза під рукою»
7	Відсторонення	Зростання пасивності, схильність до усамітнення, збайдужіння	«Домінують закритість, замкненість»; «Не дивлюся телевізор, не слухаю радіо, не можу читати вірші, слухати пісні»; «З'явилося бажання повного усамітнення»
8	Некорисні звички	Збільшення вживання алкоголю, нікотину, нецільова витрата грошей, надмірний скролінг соціальних мереж	«Почала більше палити»; «Більше витрачаю грошей, бо наче живу останній день»; «Постійно переглядаю новини»
9	Вимушений переїзд, пенсія, втрата	Кардинальні зміни в роботі, спілкуванні, способах проведення вільного часу	«Зміна місця проживання плюс вихід на пенсію, зменшення кола знайомих»; «Змінилося майже все, від режиму сну до харчування»; «Вчуся жити без батька»

Номер	Тема	Опис	Приклад
10	Стиль життя не змінився	Аспект змін у повсякденній поведінці і звичках у відповідях не висвітлюється	«Нічого не змінилося»; «Усе по-старому»; Замість відповіді прочерк.

Погляньмо на поширеність тих чи тих стильових змін у цивільних мешканців України, що взяли участь у дослідженні 2025 року (рис. 13).

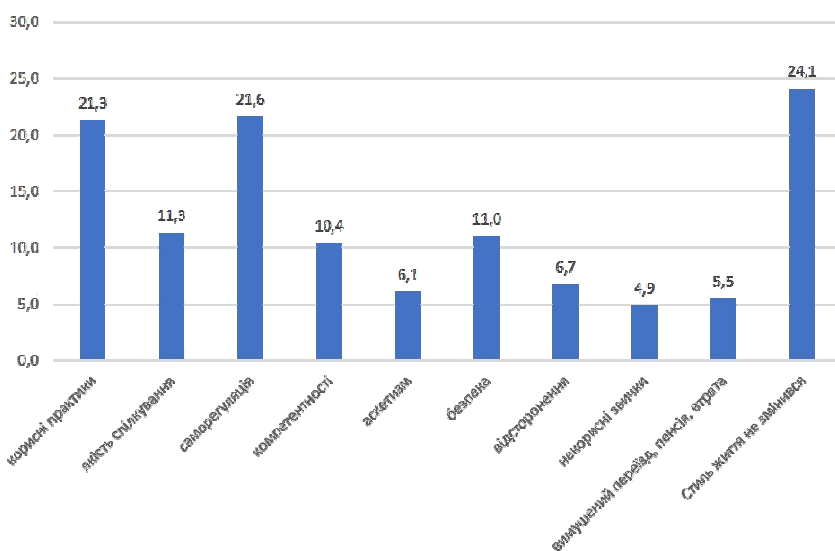


Рис. 13. Зміни стилю життя і звичок за три роки війни (n=328)

Чимало респондентів описували способи, які вони випробовують для поліпшення власного самопочуття, настрою, емоційного стану, як відмовляються від колишніх шкідливих звичок. Ці найбільш поширені зміни в стилі життя були об'єднані за тематикою саморегуляції (21,6%). Так, жінка 45 років, для якої головна загроза полягала в поглибленні депресії, розповіла, як вона

справляється: «Більше приділяю увагу молитві». Молода жінка 19 років, яка вважала основною загрозою постійний стрес і тривогу, поліпшувала саморегуляцію, обмежуючи читання новин.

На другому місці за поширеністю – зміни стилю життя, пов'язані з практиками, що сприяють збереженню здоров'я (21,3%). Це різні форми фізичної активності, а також уважне ставлення до свого харчування, відпочинку, стану здоров'я. Так, жінка 74 років, яка вбачала основні загрози в напруженні і безсонних ночах, внесла такі зміни у власний стиль: «Відкоригувала роботу-відпочинок, збільшивши відпочинок. Дозволила собі час від часу повне байдикування». Дівчина 20 років, яка описувала як загрозу загострення хвороб через часті обстріли і нервування, назвала одну зміну у власному стилі життя: вона тепер здає аналізи щотримісяці. Ще молодша студентка 17 років, для якої основна загроза – це воєнна ситуація загалом, вважає, що їй допоможе така зміна стилю, як посилення уваги до здорової їжі.

Удвічі рідше за поширеністю спостерігається стильова зміна, пов'язана з якістю спілкування (11,3%), яку людина намагається підвищити. Дівчина 19 років, для якої основні загрози лежать у сфері психічного здоров'я (стрес, тривожність, депресія, емоційне виснаження), змінюючи стиль, розповідає про новий пріоритет у житті: більше уваги близьким. Про це ж пише і 17-річна дівчина, яка вважає головними загрозами постійний стрес і переживання з цього приводу; у стилі життя вона змінює комунікативні звички: «Більше спілкуюся з рідними, тому що не знаю, чи зможу ще раз з ними поговорити».

Найменш поширені стильові зміни пов'язані з надмірним вживанням алкоголю, курінням, марнотратством, постійним скролінгом соціальних мереж (4,9%). Жінка 45 років, яка вважає основною загрозою депресивні епізоди, розповідає, що стильові зміни проявляються у витрачанні більшої кількості грошей, бо вона живе щодня як останній день. Удвічі молодша жінка 22 років, яка описує загрози як розгубленість і шок, вважає, що стильові зміни у неї – «постійне читання новин і накручування себе щодо того, що може трапитися».

Якісний аналіз змін стилю життя і звичок показав, що майже чверть респондентів (24,1%) ніяких змін не побачили, тоді як переважна більшість опитаних (75,9%) писали про різні зміни

власного стилю, фокусуючись на одному, двох і більше дескрипторах.

На допомогою кругової діаграми (рис. 14) порівняймо конструктивні і деструктивні стильові зміни. Розгляньмо насамперед позитивні, конструктивні зміни в стилі життя за три роки війни, яких виявилось значно більше, ніж негативних. По-перше, це поява нових практик, що сприяють поліпшенню емоційного стану, відновленню внутрішньої рівноваги. По-друге, це збільшення уваги до здорових звичок і практик, пов'язаних із фізичною активністю, здоровою їжею, сном, візитами до лікарів. Ці два напрями стильових змін, один з яких є турботою про власне тіло, його здоров'я, а другий – турботою про внутрішній стан, душевний спокій, відчутно домінують.

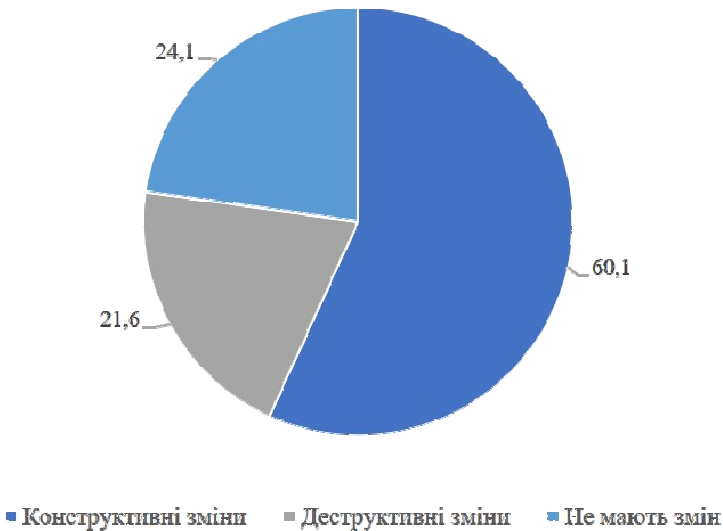


Рис. 14. Конструктивні і деструктивні стильові зміни

Привертає увагу відчутне превалювання корисних, конструктивних змін у стилі життя: їх 60,1%, що є дуже позитивною тенденцією, мета якої – самозбереження попри екстраординарні

обставини. Деструктивні зміни також є, але їхня частка становить лише 24,1%.

Менше змін відбулося у сфері взаємодії з близькими, рідними людьми, ставлення до яких наповнилося більшою увагою і турботою. Ще одна не дуже виразно представлена сфера змін – набуття нових знань і поліпшення різноманітних компетентностей. Ну, і сфера створення більш безпечних та екологічних умов життя, турбота про зарядні станції, запаси води та їжі тощо.

Деструктивні зміни в стилі життя найбільше проявилися в активізації таких негативних звичок, як надмірне вживання алкоголю, куріння, відчутне збільшення часу, проведеного на сайтах новин, безпідставний шопінг. Крім того, люди розповідали про зростання пасивності, байдужості, відстороненості від інших людей; про збільшення самообмежень, відмову собі в необхідному відпочинку, можливості переключитися, отримати позитивні враження. Зафіксовано також негативні стильові зміни, пов'язані з об'єктивними обставинами, що склалися внаслідок воєнних дій, з вимушеним переїздом, втратою житла, майна, роботи.

Розгляньмо гендерні особливості зміни стилю життя за три роки війни (рис. 15). Чоловіки трохи частіше (28,6%), ніж жінки (23,2%), говорять про те, що не відчули жодних стильових змін. Вони чи то не помічають реальних змін, менше рефлексуючи, чи то свідомо не готові ділитися своїм досвідом навіть в анонімному інтерв'ю.

Найбільш поширеною зміною стилю у жінок є поява корисних нових практик і звичок (22,4%). Майже так само поширені практики саморегуляції (21,3%). На третьому місці з великим відривом – практики, пов'язані з поліпшенням безпеки (11,4%). А найменш поширеними жіночими стильовими змінами є аскетичні практики (5,1%), коли людина добровільно позбавляє себе розваг, доглядових процедур, інколи – навіть сну і якісного харчування.

У чоловіків тріада найпопулярніших стильових змін дещо інакша. На першому місці з відчутним відривом – практики саморегуляції, які використовують 23,2% респондентів. Далі йдуть корисні практики і звички (16,1%). А на третьому місці – нові компетентності, формування навичок володіння зброєю, домедичної допомоги, тайм-менеджменту тощо (10,7%). Найменш поширеними змінами стилю у чоловіків є три однакові за значеннями групи

дескрипторів (усі по 1,8%): зростання пасивності і відсторонення; поява некорисних для здоров'я звичок; небажані зміни в роботі, спілкуванні, пов'язані з наслідками вимушеного переселення.

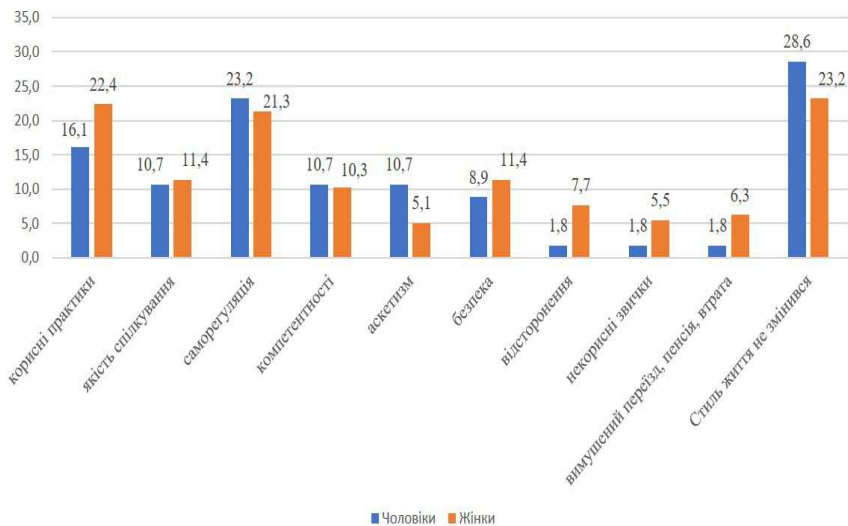


Рис. 15. Зміни стилю життя і звичок (гендерні відмінності)

Про конструктивні стильові зміни майже однаково активно говорять і чоловіки, і жінки. Що ж до деструктивних змін, то тут жінки явно випереджають чоловіків, хоча, можливо, річ у тім, що чоловікам важче визнавати недоліки у власній поведінці. Вони з більшою готовністю, ніж жінки, визнають, що не переживають наразі жодних стильових змін, а от самокритичністю похвалитися не можуть (рис. 16).

Коли говорити про позитивні стильові зміни, то жінки більше уваги, ніж чоловіки, приділяють практикам турботи про власне тіло. Майже однакову увагу приділяють і чоловіки, і жінки турботі про свій внутрішній стан, емоційну збалансованість. Зростання значущості спілкування з близькою людиною та інтерес до нарощування компетентностей у чоловіків і жінок теж майже однакові.

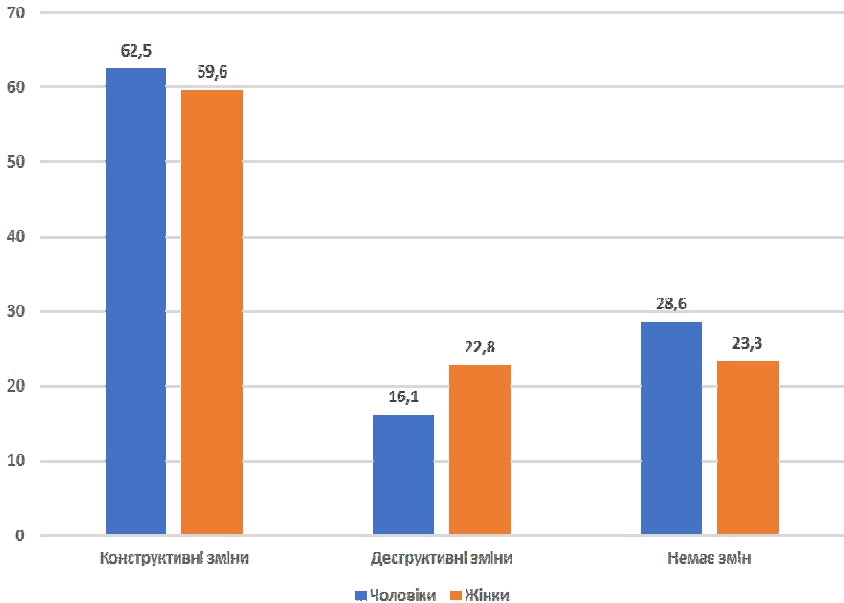


Рис. 16. Конструктивні і деструктивні стильові зміни (чоловіки, жінки)

На користь припущення щодо меншої відвертості чоловіків говорить гендерне порівняння негативних змін стилю. Порівняно із жінками, які говорять про зростання власної пасивності, відстороненості, байдужості, серед чоловіків у цьому признаються вчетверо менше респондентів. Ця ж тенденція спостерігається і щодо зростання негативних звичок, про яке жінки говорять більш відкрито, ніж чоловіки. Щоправда, чоловіки вдвічі більше схильні до самообмежень у відпочинку, сні, розвагах, ніж жінки. А жінки відчутно більше фіксуються на негативних наслідках вимушеного переселення, ніж чоловіки.

Проаналізуємо вікові відмінності в стильових змінах, що виникли за три роки повномасштабної війни (рис. 17).

У молодшій групі стильові зміни стосуються двох видів практик. Саморегулятивні практики молодь використовує значно частіше (25,5%), ніж інші вікові групи. А от корисні практики і звички, навпаки, рідше, ніж старші респонденти (20,2%). Крім цих

найбільш характерних для молоді стильових змін, слід назвати також практики, пов'язані зі збільшенням безпеки (11,1%). Найменш поширеною зміною стилю є звернення до некорисних звичок (2,9%), і це дивує, адже в найстаршій групі про такі практики розповідають учетверо частіше. Можливо, молодь просто не готова відверто говорити про власні експерименти з алкоголем, курінням, фармацевтичними препаратами тощо.

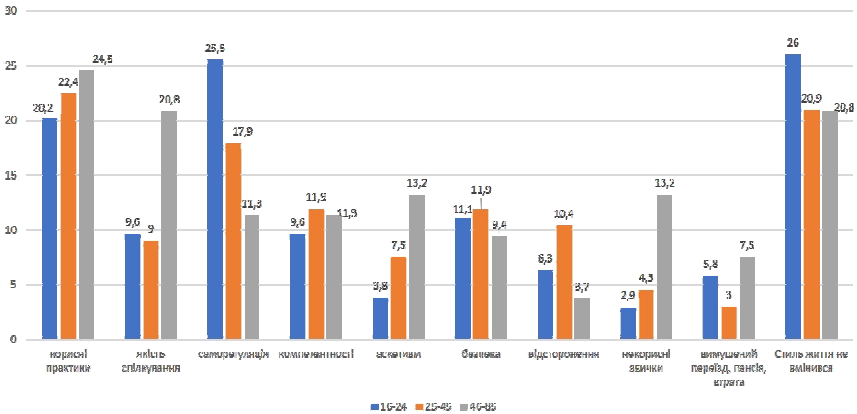


Рис. 17. Зміни стилю життя і звичок (вікові відмінності)

Середня вікова група відрізняється такою стильовою зміною, як засвоєння нових корисних практик (22,4%) і зосередження на саморегулятивних змінах (17,9%). До найбільш поширених стильових змін належать також акцент на нових знаннях, компетентностях (11,9%) та увага до безпекових практик (11,9%). Найменш популярні стильові зміни пов'язані з наслідками вимушеного переїзду. Є підстави вважати, що представники цієї групи краще адаптуються до нових умов і тому ці зміни вже не є для них виразними.

Старша вікова група порівняно з двома попередніми, найбільше зосереджена на корисних практиках і, що характерно лише для неї, – на підвищенні якості спілкування зі значущим оточенням (20,8%). Саме ця група значно випереджає дві інші в стильових змінах, пов'язаних з інтенсифікацією некорисних,

шкідливих для здоров'я практик (13,2%) і практик аскетизму (13,2%), коли людина не виправдано відмовляє собі у всьому, скорочує свої потреби до мінімуму. Ці практики в інших групах не дуже виразні. А найменш поширені стильові зміни пов'язані у старших респондентів з практиками відсторонення (3,7%), замикання в собі, закритості, пасивності.

У наймолодшій віковій групі частіше за дві інші заперечуються зміни в стилі власного життя, пов'язані з війною (рис. 18). Таких «оптимістів», які не готові усвідомлювати значення воєнного контексту для звичного способу життя, майже третина (26%). Серед більш зрілих респондентів двох інших груп таких, відповідно, 20,9% і 20,8%. Позитивні зміни мало відрізняються у всіх трьох вікових групах, неістотно знижуючись з роками (61,1; 59,7; 56,6%). Водночас у наймолодшій позитивних змін у 3,5 рази більше, ніж негативних (61,1% і 16,8%), тоді як у найстаршій різниця між ними набагато менша (позитивні – 56,6%, негативні – 37,7%).

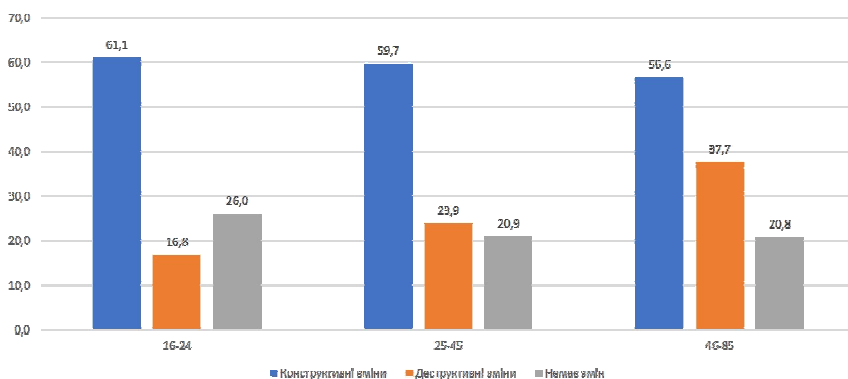


Рис. 18. Конструктивні і деструктивні стильові зміни (вікові відмінності)

Найбільш популярним виявився дескриптор, у якому об'єднано здорові звички і практики поведінки, наприклад: збільшення фізичної активності, занять спортом, приділення уваги здоровій їжі, сну, вчасним перевіркам у лікарів. До дуже поширених віднесено і так званий довірчо-комунікативний дескриптор, що поєднував різні способи збільшення спілкування з рідними, друзями,

власними дітьми, навіть домашніми тваринами. Ще один дескриптор, віднесений до умовно «позитивної» групи, об'єднав збільшення робочого чи навчального навантаження, зростання інтересу до політики, уваги до ЗСУ, вправлення у володінні зброєю, формування навичок домедичної допомоги.

Особливу увагу привернув саморегулятивний дескриптор, що має виражену інтернальну, суб'єкту природу та об'єднує ефективні прийоми емоційної саморегуляції, дихальні, медитативні практики поліпшення власного стану, практики молитви тощо. У внутрішній роботі люди брали саме на себе відповідальність за те, що з ними відбувалося під час війни, і вірили, що можуть самостійно надати собі вчасну допомогу. Відповідно, екстернальний дескриптор об'єднав фрагменти історій, у яких зміни стилю життя не конкретизувалися, а просто фіксувалися як пов'язані виключно із зовнішніми факторами на зразок втрати роботи чи переїзду. Людина не бачила ніякої власної відповідальності за те, що з нею відбувалося.

Серед дескрипторів, що їх умовно можна віднести до неопозитивної групи, був, наприклад, так званий дескриптор відсторонення, що об'єднував фрагменти історій, присвячені посиленню пасивності, байдужості до новин, усамітнення, зменшення довіри до оточення. До цієї ж неопозитивної групи віднесено і дескриптор негативних звичок з описами посилення алкоголізації, появи нової чи посилення старої навички куріння, «залипання» в новинах, марного витрачання грошей на непотрібні речі. Ще один дескриптор із цієї групи фіксував відчутне зменшення уваги до власних потреб, таких як сон, відпочинок, догляд за собою, вчасне і якісне харчування. Крім того, дехто ще й свідомо забороняв собі під час війни всілякі свята, повсякденні приємні враження.

Поведінка, пов'язана зі стилем життя, у багатьох дослідженнях розглядається як важливий чинник визначення здоров'я. Наприклад, на здоров'я негативно впливають соціальна ізоляція, помилки в прийманні ліків або ігнорування вчасних профілактичних заходів (Handerer, 2022).

Наступний крок дослідження полягає в тому, щоб визначити, якими ресурсами люди користуються, щоб поліпшити власне ставлення до себе, зберегти себе і відновити здоров'я під час війни. Як активізуються і накопичуються різноманітні ресурси і що можна в цій сфері змінити на краще.

РОЗДІЛ 4

РЕСУРСИ САМОВІДНОВЛЕННЯ ЗА ЗАГРОЗЛИВИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИН

4.1. Самотурбота й особистісний капітал: як накопичувати ресурси здоров'язбереження

*Замало мати хороший розум,
головне – добре його застосовувати.
Рене Декарт*

Чи не найважливішим ресурсом самовідновлення в складних, небезпечних життєвих ситуаціях, особливо якщо вони тривають довго і виснажують, можна вважати явище самотурботи.

Самотурбота, хоч і досліджується останнім часом досить активно, але лише щодо представників певних професій. Непогано вивчена значущість турботи про себе для психологів, медичних працівників, фахівців з охорони здоров'я, захисту дітей, фахівців з паліативної і хоспісної допомоги. Є чимало свідчень щодо її позитивного впливу на професійний розвиток спеціалістів у цих галузях (Austin, 2023; Jiang, 2021; Neff, 2020; Smit, 2017; Wong, 2021).

А такий значущий сьогодні контекст проживання пересічною людиною складних часів, кризових періодів, внутрішніх конфліктів залишається поза увагою. І це тоді, коли навряд чи можна зустріти дорослу, зрілу людину, якої ніколи не торкалися ніякі життєві катаклізми.

Наше дослідження зосереджене саме на населенні України різних професій і вікових груп, яке в умовах війни конче потребує самотурботи, і цей дослідницький ракурс підвищує новизну і своєчасність цієї роботи. Ставлення до себе є базисом самозбереження, особливо в таких загрозливих умовах, як війна. І

самотурбота, на наше переконання, під час війни стає вкрай дієвим напрямом здоров'язбереження.

Що ж це за феномен, назву якого перекладають з англійської як самотурбота, самоспівчуття, самопіклування (self-care)?

Коли говорять про самоспівчуття, мають на увазі добре, тепле, мудре ставлення до себе у важкі часи, яке проявляється у відкритості до власних страждань, неупередженому ставленні до власного болю, до життєвих негараздів. Людина, яка вмє турбуватися про себе, переживає зворушеність щодо власних негативних емоційних станів, почуттів, проявляє здатність терпіти дискомфорт, має мотивацію діяти так, щоб полегшити страждання (Austin, 2023; Neff, 2003; 2013).

Якою є природа феномену самотурботи? Акцентуючи увагу на еволюційному, функціональному аналізі базових систем соціальної мотивації, Пол Гілберт вважає, що, коли мільйони років тому люди почали розвивати когнітивні компетентності щодо міркування, рефлексії, передбачення, уяви, мозок у процесі еволюції зіткнувся з можливістю деструктивної поведінки та проблемами із психічним здоров'ям. Щоб компенсувати деструктивний потенціал, почали розвиватися різні форми афіліативної, турботливої та альтруїстичної поведінки. Формувалася здатність толерувати негативні стани, що виникали внаслідок самокритики, почуття сорому, провини, і культивувати натомість самоспівчуття як спосіб організації мозку в просоціальний, психічно здоровий спосіб. Як центральний складник людського життя, турбота про себе виникла й удосконалювалася з розвитком турботи про інших, бажанням виразити любов і прихильність до них. Турбота про себе є одним із найважливіших процесів, що регулюють емоції і стоять в одному ряду з такими соціальними ролями, як статус, відчуття належності та афіліації (Gilbert, 2014).

Отже, самоспівчуття як здатність, притаманна сучасній людині, має еволюційне підґрунтя. Щоправда, здатність до самотурботи в різних людей розвинена по-різному. Проявляється самотурбота як специфічний психічний процес, що дає людині користь і задоволення. Відповідно, кожен інтуїтивно розробляє різні стратегії взаємодії із собою, що допомагають проявляти співчуття до себе, турботливе самопіклування в складних ситуаціях. Інколи

людина усвідомлює власну здатність до самоспівчуття як набір принципів, яких слід дотримуватися в різних сферах життя.

Самоспівчуття можна вважати ключовим механізмом захисту від негативних наслідків стресу. Ця здатність певною мірою сприяє запобіганню стресу, його пом'якшенню і може бути не лише реабілітаційним, а й профілактичним засобом самозахисту. Співчутлива увага до себе, безумовно, є інструментом поліпшення здоров'я і психологічного добробуту (Matheson, 2025).

Не менш значущим, ніж самоспівчуття, є співчуття до інших, що буквально означає «страждати разом». Згадаймо, що вони мають спільне еволюційне походження. З огляду на спрямованість процесу виділяють три види співчуття: до себе, до інших і здатність приймати співчуття, отримувати його від оточення. Останній вид співчуття передбачає довіру і відкритість. Загалом процес співчуття (співчування) передбачає чутливість до страждань іншого, поєднану з глибоким бажанням їх полегшити. Ідеться про відкритість до болю інших, а не уникання, ігнорування його. Це конкретні прояви доброти і бажання полегшити страждання інших людей. Це готовність до розуміння інших, їхніх помилок і невдач, уміння поставити себе на їхнє місце (Gilbert, 2014).

Описуючи складники самотурботи, увагу зосереджують на психологічній, духовній, фізичній/дозвіллевій, соціальній поведінці (Wong, 2021). Часто складники розглядають ширше, наприклад з урахуванням чотирьох стовпів здоров'я (фізичного, духовного, сімейного та психічного) у сукупності.

Серед щоденних видів самотурботи найчастіше називають активну залученість людини до виконання фізичних вправ; активність, пов'язану з власним хобі; прицільну увагу до здорового харчування і сну; звернення до практик медитації, побудови мережі соціальної підтримки.

Ефективні форми турботи про себе не є універсальними для всіх. Вони індивідуалізовані залежно від того, яку саме модель турботи про себе людина вважає корисною. Види самотурботи, що їх обирає людина, залежать від її індивідуальних переконань: хтось вважає корисним для себе і свого психологічного добробуту участь у соціальних зібраннях чи регулярні походи до спортзалу, а для когось така діяльність, навпаки, є шкідливою. Саме така вибірковість

проявляється і щодо інших форм самотурботи: прогулянок на природі або занять йогою (Matheson, 2025).

Згідно із сучасними даними, самоспівчуття є ключовим фактором пом'якшення психологічних труднощів, з якими стикаються, зокрема, спортсмени. Під час міжнародних змагань атлетів виявлено, що спортсменки-жінки проявляли значно нижчий рівень доброти до себе і мали менш усвідомлене самоствавлення, ніж спортсмени-чоловіки. Відповідно, втручання, спрямовані на розвиток більш усвідомленого ставлення спортсменок-жінок до себе і власного самоспівчуття, можуть поліпшити підготовку до змагальних видів спорту (Belz, 2025). Зрозуміло, що отримані результати потребують подальшого вивчення, зокрема врахування взаємодії статі, суспільних очікувань і гендерних норм, але загалом дані видаються досить несподіваними.

На готовність і здатність до самотурботи впливають і певні особистісні характеристики, наприклад життєстійкість. Стійкі, резильєнтні люди мають здатність досить швидко відновлюватися після травматичних подій, незважаючи на наявність негативних симптомів. Вони володіють навичками самотурботи в тих формах, які для нерезильєнтних людей незвичні. Їхня здатність відчувати страждання протягом короткого періоду, а потім швидко повертатися до рівня функціонування, який був до травми, відчутно відрізняє їх від тих, хто переживає більш тривалий період дисфункції і повільне повернення до базового рівня функціонування.

Крім того, самоспівчуття є ресурсом резильєнтності (Austin, 2023). Вважають, що резильєнтність не тотожна відновленню і є більш поширеною властивістю. Адже більшість людей навіть після трагічних подій, як-от терористичні акти 11 вересня 2001 року в Нью-Йорку, жажливі інциденти Югославської та інших війн, після смерті близьких друзів і родичів, розлучень відновлюються без зовнішньої допомоги, самостійно.

У міру того, як люди просуваються траєкторіями життєвого циклу, вони все частіше стикаються з потенційно тривожними подіями. Деякі відчувають дуже гострий дистрес, від якого не можуть оговтатися, інші страждають менш інтенсивно і не так довго. Інколи люди, здається, швидко одужали, але потім виникають несподівані проблеми зі здоров'ям або труднощі з концентрацією уваги, здатністю насолоджуватися життям. І все ж більшості людей

вдається долати тимчасові потрясіння у зв'язку з втратою або потенційно травматичними подіями досить добре, без видимого порушення робочого функціонування або без виникнення додаткових проблем у близьких стосунках. Переживши випробування, вони, здається, з очевидною легкістю переходять до протистояння новим викликам.

Порівняймо явища відновлення і стійкості, резильєнтності. Відновлення, яке інколи називають процесом одужання, є траєкторією тимчасового відходу від нормального функціонування, коли тимчасово виникає порогова або підпорогова психопатологія (симптоми депресії, ПТСР). Усе це триває протягом кількох місяців, а потім поступово повертається до рівня, що передував події. Повне відновлення може бути відносно швидким, хоча інколи триває до двох років.

Резильєнтність – це радше не процес, а властивість особистості, що проявляється як стійкість, незламність у травматичних ситуаціях. Резильєнтна людина, навіть стикаючись із такою потенційно руйнівною подією, як можливість швидкої смерті хворого родича, зберігає стабільну рівновагу. Навіть у ситуації насильницького полону, що становить гостру небезпеку для виживання, резильєнтна людина зберігає відносно стабільний рівень психологічного і фізичного функціонування.

Зрозуміло, що тимчасові порушення нормального функціонування цілком можливі. Чимало людей, які втратили близьких, певний час переживають дисфорію, депресію, втрачають здатність продуктивно працювати, уникають спілкування з оточенням, мають симптоми погіршення здоров'я. Дуже часто бувають різноманітні порушення сну. Це може тривати кілька місяців, а то й рік. Але пізніше людина поступово повертається до звичного життя, зберігаючи здатність осмислювати та асимілювати важкий досвід без психотерапевтичної допомоги.

Не всі втрати і не завжди переживаються дуже болісно. Згідно з деякими даними, втрата шлюбного партнера далеко не у всіх викликає депресивні стани. Приблизно половина людей зберігає звичний стиль життя і не скаржиться на здоров'я чи падіння продуктивності. Загалом, резильєнтність можна розвивати, і поведінка людей під час війни, що триває протягом кількох років, у цьому переконує.

Людина може стати більш самоспівчутливою, коли готова відкритися іншому. Ідеться про обмін думками, почуттями і складним, болючим досвідом. Розкриваючись перед іншим, вона тим самим підвищує власну психологічну стійкість. Стійкість розвивається завдяки тому, що саморозкриття змінює інтерпретування людиною того, що трапилось. Водночас змінюються й рівень співчуття до себе і самооцінка загалом.

Ми досі знаємо небагато про посередницьку роль, яку особистісні характеристики можуть відігравати в прогнозуванні стійкості. Так, самооцінка і самоспівчуття можуть опосередковувати зв'язок між саморозкриттям і психологічною стійкістю. І цю функцію самооцінки слід у подальшому враховувати для підвищення ефективності інтервенцій, спрямованих на саморозкриття (Harvey, 2021).

Чи є зв'язок між резильєнтністю і самоспівчуттям?

Відомо, що і резильєнтність, і співчуття до себе пов'язані із психологічним добробутом, хоча й по-різному. Однозначним є їхній зв'язок з оптимізмом і задоволеністю життям, а негативний зв'язок спостерігається щодо депресивних симптомів. Що ж до інших аспектів психологічного добробуту (наприклад, мінімальних симптомів тривожності), то тут усе не так однозначно. Окремо від стійкості співчуття до себе пов'язане з тривожністю, стресом і негативним афектом. А стійкість окремо від самоспівчуття пов'язана з позитивним афектом. Коли ж говорити про психологічний добробут, то він поліпшується, коли є цілеспрямовані втручання, що ставлять за мету одночасне підвищення співчуття до себе і стійкості (Bag, 2022).

Ще на початку нового тисячоліття Крістін Нефф концептуалізувала співчуття до себе як феномен, що складається з трьох взаємопов'язаних компонентів. Це доброта до себе, що протистоїть самоосуду; людяність, що протистоїть ізоляції, і збалансована емоційна усвідомленість, що протидіє надмірній ідентифікації. У сукупності ці елементи сприяють більш прийнятним і збалансованим стосункам із собою, особливо в часи життєвих труднощів. Люди долають ці труднощі і розв'язують проблеми, виявляючи турботу про себе, а не вдаючись до самокритики, і це поліпшує емоційну саморегуляцію. Самоспівчуття забезпечує конструктивне і збалансоване ставлення до особистих недоліків,

невдач і болю, а не заохочує пасивність чи потурання своїм бажанням (Neff, 2003).

У нашому дослідженні робимо акцент на умовах, які спонукають людину звернутися до самотурботи. Серед таких умов ми розглядаємо насамперед воєнні загрози, що стають певною мірою тригером для активізації самотурботи. Попередньо можемо сказати, що самотурбота активізується в разі виникнення загрозливих життєвих обставин, хоча й не у всіх людей однаковою мірою і в однакових формах.

Прагнучи до самозбереження, людина спрямовує самотурботу на власне здоров'я. Це допомагає гнучкіше сприймати тривале воєнне сьогодення і підтримує готовність змінювати власне життя в пошуках більшого суб'єктивного добробуту навіть за складних і непередбачуваних обставин. Людина переконується, що увагу до власного оздоровлення і відновлення не варто відкладати до кінця війни. Бо треба мати сили до цього кінця дожити, роблячи власний внесок у боротьбу з ворогом.

Так з проявів спрямованого на здоров'я самоспівчуття починається коригування загального процесу життєтворення. Маленькі і великі життєві вибори, які щодня робить людина, завдання, які вона вирішує, стають більш зорієнтованими на самовідновлення навіть у таких катастрофічних умовах, як війна. Загалом вплив війни на процес життєтворення і накопичення ресурсів для самовідновлення є нелінійним, адже рух у просторі індивідуально-культурного самоконституювання, взаємодії з небезпечним соціумом завжди є малопрогнозованим. Не вдається чітко спланувати нове конфігурування цінностей і смислів на історичній дистанції, яку випадає долати під час війни.

Пошук опори в екстремальних умовах, намагання зберегти сили, відновити здоров'я – усе це вимагає від людини як високого ступеня автономії, самоорганізованості, так і більш адресних інтерперсональних проявів. Значуще оточення стає за складних життєвих обставин живильним середовищем, що підтримує людину, фасилітує її адаптивні зміни, оптимізує життєтворення.

Згідно з результатами наших досліджень, самооздоровче життєтворення передбачає використання відповідних способів життєпобудови, які мають революційну або еволюційну природу (Титаренко, 2022). Революційним є такий спосіб, до якого людину

підштовхує несподівана, інтенсивна і пролонгована травматична подія, криза. Зовнішні умови, як і внутрішні суперечності, стають вагомим поштовхом для перегляду власних життєвих цілей і способів їх досягнення. Колишні усталені ціннісно-сміслові, прогностично-дієві та інші внутрішні зв'язки руйнуються, стимулюючи інтуїтивне, імпульсивне моделювання нових. Перед людиною постає гостра необхідність швидко пристосовуватися до екстремальних життєвих обставин, організувати своє життя з урахуванням травматизації, що триває.

Після вимушеного звернення до революційних способів самоперетворення людина зазвичай намагається якомога швидше повернутися до більш зваженого, відрефлексованого функціонування. У межах еволюційних способів трансформації соціокультурних та індивідуально-психологічних смислів, що тягнуть за собою зміни в діяльності, взаємодії з оточенням, відбуваються набагато спокійніше, повільніше. Кожен наступний крок осмислюється, випробовується, перевіряється і за необхідності коригується. Людина робить свої життєві вибори, маючи перед очима альтернативи, диференціюючи пріоритети, синтезуючи віднайдені способи ціледосягання.

Пов'язана зі здоров'ям самоспівчутлива поведінка має певні відмінності у людей різних вікових груп. Юнацтво в складних умовах поводиться інакше, ніж зрілі чи старші люди, бо належність до певного віку, ідентифікація з його представниками створюють унікальний соціальний контекст, важливий як для здоров'я однодумців, так і для цілеспрямованих зовнішніх втручань з метою збереження і відновлення здоров'я спільноти.

Спробуймо представити рух людини власним життєвим шляхом і водночас той соціальний контекст, у межах якого це самобудівництво розвивається, через категорію ландшафту. Ландшафт життя будемо розглядати в певних ціннісно-сміслових координатах на конкретному етапі життєвого шляху, на умовній життєвій території. Напрямок руху задає вектор, актуальний для особистості на теперішній час і найближче майбутнє. Цей вектор обирається відповідно до провідних цінностей і смислів. І саме в обраному напрямі людина трансформує себе і значуще оточення, видозмінює ставлення, задає горизонти прогнозу. Перебування в

межах нового ландшафту триватиме, доки обраний вектор руху буде відповідати актуальним життєвим завданням і зовнішнім умовам.

Зміна ландшафтів не є такою помітною в часи панування повторюваної повсякденності, бідної на нові, несподівані події. Буденне, рутинне життя може тривати в межах одного ціннісно-смислового континууму, поки не настають складні часи. Війна з її екстремальними, нерідко трагічними подіями, втратами і травмами примушує обирати нові пріоритети, стає тригером для пошуку нових адаптаційних можливостей, апробації оновлених шляхів життєтворення.

Аналіз ставлення до часу власного життя (минулого, теперішнього, майбутнього) і визначення ціннісних домінант, до яких належать самозбереження і відновлення, дають змогу виявити такі найпоширеніші типи ландшафтів: екзистенційний, турботи, служіння, саморозвитку і соціетальний.

Екзистенційний ландшафт життєтворення спрямований насамперед на посилення відповідальності людини за уникнення знищення, за виживання. Недостатня продуктивність ландшафту зумовлена а) неготовністю осмислити, спільно інтеріоризувати травматичний досвід; б) надмірною зосередженістю на стражденному, трагічному, віктимному життєвих контекстах; в) переважно песимістичним баченням майбутніх перспектив.

Ландшафт турботи є способом життєтворення, побудованим на відповідальності за сім'ю, рідних, односельців, колег тощо. Продуктивність ландшафту зумовлена а) готовністю прийняти й осмислити новий складний досвід; б) домінуванням контексту створення максимально безпечного та екологічного середовища для тих, хто поруч; в) наявністю оптимістичної життєвої перспективи.

Ландшафт служіння є вектором життєтворення, що вибудовується на індивідуальній відповідальності людини за збереження суверенітету країни. Продуктивність ландшафту зумовлена а) готовністю осмислювати і приймати травматичний досвід; б) домінуванням контексту безкорисливої волонтерської діяльності, спрямованої на підтримку армії, боротьбу за власну країну, її виживання; в) наявністю оптимістичної життєвої перспективи повоєнного відновлення держави, її економіки, людського потенціалу.

Ландшафт саморозвитку є шляхом життєтворення, що вибудовується на відповідальності за здатність відроджуватися, відновлюватися. Продуктивність ландшафту зумовлена а) готовністю інтегрувати позитивний досвід посттравматичного зростання; б) домінуванням контексту нових компетентностей самозбереження; в) наявністю оптимістичної життєвої перспективи максимального самооздоровлення.

Соціетальний ландшафт життєтворення вибудовується на відповідальності за здорове майбутнє країни. Продуктивність ландшафту зумовлена а) готовністю до осмислення позитивного досвіду різних людей; б) сфокусованістю на широких соціальних контекстах (політичному, економічному, безпековому); в) наявністю оптимістичної життєвої перспективи власного внеску в підвищення добробуту народу.

Згідно з нашими даними, отриманими на перших етапах повномасштабного вторгнення (Титаренко, 2024), серед молоді найбільш поширений екзистенційний ландшафт життєтворення, що свідчить про брак досвіду долаття складних життєвих ситуацій, про недостатнє знання власних ресурсів, адаптивних можливостей. Ці дані кореспондують з нещодавніми дослідженнями, які показали, що під час воєнних дій молоді українці відчувають вищий рівень симптомів депресії, ніж інші вікові групи. Водночас висока особиста резильєнтність зменшує ризик появи симптомів депресії. Найменш поширений серед молоді соціетальний ландшафт з його здатністю вивчати і запозичувати досвід інших вікових груп, різних спільнот.

Для ранньої зрілості максимально характерний ландшафт турботи про близьке оточення, власних дітей і батьків, необхідність щоденно надавати їм підтримку, допомагати пристосуватися до змінених війною умов життя і забезпечувати їм максимально позитивне майбутнє. Найменш поширені два ландшафти: соціетальний і саморозвитку, перший з яких потребує розширення відповідальності на інших, а другий, навпаки, звуження відповідальності до власних можливостей оздоровлення.

Серед представників середньої і пізньої зрілості переважає ландшафт служіння, коли на перший план виходить готовність бути безкорисливо значущим для армії, вимушених переселенців, поранених комбатантів, мешканців рідного села, міста. Найменш

поширеними є ландшафти саморозвитку і соціетальний, як і в попередній віковій групі.

Найбільш типові для групи ландшафти життєтворення задають відповідний життєвий стиль, який може мати як функціональні, так і дисфункціональні прояви. Індикаторами стилю життєтворення є практики як прийоми щоденного життєконструювання, зокрема самооздоровчі. Для різних вікових груп конфігурації практик здорового способу життя різні: для молодості це практики ЗСЖ, що забезпечують професійний успіх, самореалізацію, розкриття власного потенціалу; для зрілого віку – практики, що гарантують підвищення соціальної значущості, конкурентоспроможності, підтримують відповідний рівень психологічного добробуту; для віку пізньої зрілості – практики збереження фізичної активності, відновлення емоційної стабільності, сімейної і дружньої підтримки, вчасного лікування і реабілітації після захворювань.

Усі наявні внутрішні ресурси, що їх має людина, накопичуються, зосереджуються в психологічному капіталі. Ідеться і про мережу соціальних контактів, зв'язків з іншими, і про рівень освіти, наявні знання, ефективні стильові характеристики, набуті компетентності, культурні практики, і про соціальний статус, професію, ступінь визнання в соціумі. Усі ці нематеріальні ресурси, безумовно, впливають на психологічний добробут людини і спільноти, їхню мобільність, готовність змінюватися, активніше пристосовуватися до змінних зовнішніх обставин.

Як і фінансовий капітал, психологічний капітал можна накопичувати, щоб вчасно і дозовано використовувати, а можна швидко і безсистемно витрачати. Якщо діяти продумано і послідовно, цінуючи свої ресурсні накопичення, то завжди забезпечуються певні рівні свободи і ступені захищеності. У чому полягає користь психологічного капіталу? По-перше, він забезпечує здатність людини протистояти викликам, діяти якомога ефективніше в умовах, що склалися. По-друге, завдяки його наявності людина більш упевнена у власному майбутньому і може ставитися як до сьогодення, так і до завтрашнього дня з обережним оптимізмом. По-третє, відчуття психологічної «подушки безпеки» сприяє прогнозуванню шляхів до успіху в тих сферах, які людина вважає для себе найголовнішими. І, по-четверте, саме психологічний капітал

є підґрунтям для відновлення, даючи змогу людині відновлюватися після робочих та особистих неприємностей, невдач, травм.

Якщо в психологічному капіталі синхронно співпрацюють такі значущі особистісні риси, як самоефективність, оптимізм, надія і резильєнтність, він стає важливим параметром самооздоровчого життєтворення в часи випробувань. Такий психологічний капітал максимально забезпечує адаптацію до воєнних реалій, створює плацдарм для хоча б відносно оптимального самоконструювання.

У структурі психологічного капіталу можна виокремити три основні модули: ідентифікаційний, адаптаційно-стильовий і безпеково-самозбережувальний. Під час війни провідним стає безпеково-самозбережувальний модуль у тісній взаємодії з іншими. Саме капітал як головний ресурс, акумульований у певних ціннісно-смыслових та інструментально-стильових характеристиках життєтворення, детермінує, спрямовує, підживлює життєдіяльність людини.

Щоб мати психологічний капітал, його треба акумулювати і примножувати. Спрямований на самооздоровлення капітал зростає, накопичується, якщо обирається така конфігурація стратегій і практик самотурботи, яка відповідає індивідуальному стилю життя людини і вимогам нашої непрогнозованої воєнної реальності. У такий спосіб тривалий час зберігатимуться і в подальшому відтворюватимуться ресурсні можливості, які цей капітал надає. Невчасне і/або недостатнє поповнення психологічного капіталу є загрозою для психологічного добробуту людини.

Отже, самоспівчуття, самотурбота, як тепле і мудре ставлення людини до себе, є важливим ресурсом за загрозливих життєвих обставин. Прагнучи до самозбереження, людина спрямовує щоденні стратегії самотурботи на власне здоров'я, що допомагає гнучкіше сприймати тривале воєнне сьогодення і підтримує готовність змінювати власне життя в пошуках більшого психологічного добробуту.

Самоспівчуття сприяє накопиченню і примноженню психологічного капіталу, що забезпечує здатність людини оперативно діяти за загрозливих життєвих обставин, додає впевненості у власному майбутньому, сприяє прогнозуванню шляхів самореалізації, створює можливості для самовідновлення.

4.2. Як зменшити негативний вплив війни на здоров'я людини: стратегії відновлення

*Ми живемо, щоб давати бій
кожному новому дню.*

Стів Джобс

Війна ставить під загрозу і змінює життя мешканців цілих країн, охоплюючи різні спільноти. Намагаючись адаптуватися до воєнної повсякденності, зменшити її негативний вплив, людина шукає нові можливості інтерпретування того, що відбувається, оцінює власні сили та апробує доступні ресурси. Так складаються стратегічні напрями воєнного і післявоєнного життєтворення, зокрема і у сфері самооздоровлення.

Ресурсним є стійке настановлення щодо якомога більш здорового способу життя навіть в умовах війни, не відкладаючи на більш спокійні часи. Наявність такого настановлення певною мірою детермінує поведінку людини, робить її життєві вибори більш продуманими, зваженими, зокрема якщо йдеться про зміну місця проживання на більш безпечне або про способи збереження здоров'я членів сім'ї, особливо дітей, старих людей, хронічно хворих. Війна нерідко спонукає і до пошуку нової роботи чи підробітку. Настановлення на здоровий спосіб життя не меншою мірою впливає і на дрібні повсякденні рішення, наприклад, щодо сну в коридорі чи в бомбосховищі, або щодо їжі, запасів на зиму.

Важко сказати, на які сфери життя не впливає це настановлення щодо цінності здоров'я. Воно детермінує комунікативну активність, вибірковість контактів, спрямовує взаємодію з людьми на самозбереження. Навіть якщо до війни це настановлення було дефіцитарним, тобто актуалізувалося тільки тоді, коли людина захворіє, а після одужання відразу відступало на задній план, тепер воно стало ресурсним, потрібним і важливим щодня. Безпорадність, хаотичність, імпульсивність у ставленні до здоров'я поступово відходять у минуле, оскільки цінність збереження здатності працювати, піклуватися про інших, допомагати фронту, самостійно себе обслуговувати, вчасно

відновлюватися після чергових стресів і травм тепер виходить на перше місце в ціннісній ієрархії багатьох мешканців України.

Водночас чимало інших цінностей, особливо матеріальних, статусних, втратили актуальність: війна знецінила фінансові накопичення, гонитву за модними брендами, потребу міняти автомобілі, телефони чи комп'ютери на найновіші, відпочивати на дорогих курортах, конкурувати зі своїм оточенням. Усе більше людей усвідомлюють, що набагато важливіші насправді безпека власної країни, сім'ї, наявність здоров'я і сил, щоб вижити й сприяти збереженню незалежності країни.

Сьогодні дослідники вивчають можливості обмеження негативного впливу загрозливих життєвих обставин на здоров'я людини. Метааналітичні дослідження виявили кілька чітких предикторів реагування на ПТСР. Що ж до втрат, то є надійні докази того, що стійкість до них зростає в міру того, як людина набуває досвід, переосмислює й асимілює його. Крім того, пережити втрати допомагає вміння виражати позитивні емоції, вербалізувати їх.

Ресурсною є здатність людини розвиватися, оперативно змінюватися під впливом обставин. Дослідження осіб, які перебували у вежах Всесвітнього торгового центру або поблизу них під час терактів 11 вересня 2001 року в США, показали, що люди, схильні до саморозвитку, краще адаптуються. Вони проявляють більшу активність у соціальних мережах, а їхні близькі друзі оцінюють їх як більш позитивних і гнучких.

Як не дивно, специфічно ресурсними виявилися і такі люди, як репресори. Так психологи називають людей із сильним захисним механізмом витіснення, несвідомого видалення з думок і спогадів усього вразливого, неприємного. Вони звично уникають небажаних новин, сильних переживань, поглядів і прогнозів, що можуть травмувати. Завдяки такому штучному самозбереженню ці люди переживають відносно невеликий дистрес у загрозливих ситуаціях, легше адаптуються до екстремальних труднощів. Наприклад, виявлено, що вони не дуже сильно заглиблюються в переживання горя після втрати і, відповідно, мають менше проблем зі здоров'ям.

Серед чинників, які запобігають негативному впливу війни, різні автори найчастіше називають такі: 1) наявність соціальної підтримки; 2) досить високий рівень інтелекту й освіти (що забезпечує інтеграцію нового травматичного досвіду); 3) відсутність

ускладненої травмами життєвої історії, наприклад попередніх психіатричних розладів; 4) високий рівень життєстійкості, що передбачає пошук значущої мети, наявність сенсу в житті, віру в спроможність впливати на оточення і результат подій, віру в можливість вчитися як на позитивному, так і на негативному життєвому досвіді.

І хоча в цей перелік далеко не завжди включають позитивні життєві настановлення, але психотерапевтична робота з мирними мешканцями України, комбатантами, пораненими, членами їхніх сімей переконує в значенні позитивних емоцій, гумору, сміху, а також складних позитивних переживань на зразок вдячності, любові, натхнення тощо.

Вивчаючи, як люди оцінюють воєнні загрози і їхній вплив на повсякденний стиль життя, самооцінку здоров'я на четвертому році повномасштабної війни, ми зосередилися також на аспекті відновлення. Емпіричний матеріал, як і для попередніх розділів, було зібрано на початку 2025 року на платформі Google Form.

Щоб визначити поширені стратегії відновлення і самозбереження, ми аналізували відповіді респондентів на запитання «Що/хто найбільше допомагає вам відновлюватися?». Проведений описовий аналіз повних текстів інтерв'ю дав змогу виокремити значущі смислові елементи, що стосувалися допомоги в процесі щоденного відновлення. Завдяки подальшому аналізу описових статистик виявлено найбільш поширені типи стратегій (табл. 3).

Серед повторюваних у різних текстах смислових елементів виділено такі дескриптори: 1) природа, фізична активність (пішохідні прогулянки, велосипед, спорт); 2) теплі, довірчі стосунки з близькою людиною; 3) самодопомога, самовдосконалення (розвиток рефлексивності, загартування волі); 4) креативність, хобі (мистецтво, подорожі, книжки); 5) робота, навчання; 6) користь усамітнення, медитація, молитва, йога; 7) волонтерство, хороші новини з фронту; 8) оптимізм, безтурботність, мрії, надії; 9) гумор і розваги (кіно, серіали, комп'ютерні ігри); 10) професійна психологічна і медична допомога; 11) ніхто/ніщо не допомагає, не відновлююся.

Кожна стратегія зосереджувалася навколо окремої теми, наприклад активного і пасивного відпочинку чи сімейно-комунікативної активності.

Таблиця 3

**Дескриптори ресурсних стратегій збереження
і відновлення здоров'я (теми, описи, приклади)**

Номер	Тема	Опис	Приклад
1	Відпочинок: пасивний і активний	Прогулянки на природі, різні види фізичної активності і релаксу	«Ліс, парк, птахи. Природа»; «Відпочинок за містом»; «Перебування в місцевості з різними водоймами, сонячна погода»; «Спорт»; «Сон»
2	Сімейно- комунікативна активність	Спілкування з друзями, сім'єю, коханою людиною, домашньою твариною	«Спілкування з рідними і хлопцем»; «Проведення часу з котиком і сім'єю»; «Допомагають найбільше чоловік і син»; «Передусім близькі мені люди, з якими можна порадитись»
3	Рефлексивно- розвивальна діяльність	Самовдосконалення, самовиховання, догляд за собою, масаж	«Сама собі допомагаю»; «Виробляю власні правила виживання, працюю з особистими межами»; «Найбільше відновлює воля»; «Ментальні вправи: усвідомленість, раціоналізація»
4	Корисно- дозвіллева активність	Творчість, взаємодія з мистецтвом, подорожі,	«Читаю потрошку книжки»; «Творчість»; «Музика»; «Гра на

Номер	Тема	Опис	Приклад
		садівництво, читання	піаніно. Спів»; «Фотографування природи»
5	Професійно-навчальна активність	Занурення в роботу, навчання	«Цікаві робочі проєкти»; «Можливо, навіть професійне визнання в суспільстві»; «Навчання»; «Деколи відновлює робота, якщо цікава і немеханічна»
6	Медитативно-духовні стани	Час, відданий релігії, йозі, перебуванню наодинці із собою, дихальним практикам, медитації	«Відновлює молитва»; «Усамітнення»; «Служба в церкві»; «Дихальні вправи, йога»; «Медитація»; «Найбільше мені допомагає відновлюватися Бог, він про мене турбується у всіх життєвих ситуаціях»
7	Волонтерська активність	Робота для фронту, різні форми волонтерства, позитивні новини з фронту	«Відновлює волонтерство – допомога іншим дає відчуття сенсу і сили»; «Тримують суспільно корисні справи»; «Робота на Перемогу – найважливіше»; «Донати, плетіння сіток»

Номер	Тема	Опис	Приклад
8	Оптимістично-мрійливі стани	Стимулювання мрійливості, оптимістичних очікувань	«Допомагає надія...»; «Думки і віра в те, що все буде найкращим чином»; «Відчуття безтурботності»; «Віра в те, що скоро це все закінчиться»
9	Розважальна активність	Гумор, розваги, кіно, комп'ютерні ігри	«Перегляд фільмів»; «Ігри»; «Серіали»
10	Консультативно-терапевтична активність	Візити до психолога, до лікарів, санаторій, вчасне приймання ліків	«Відновила власну терапію, пройшлася по лікарях, зробила аналізи, пропила ліки»; «Покинула янтра-йогу й обрала психотерапію»; «Шукаю постійно лікарів профі для підтримання мого стану. Традиційної медицини вже давно недостатньо»
11	Відмова від будь-якої активності, спрямованої на відновлення	Брак допомоги	«Не відновлююся». Відповідей на питання про відновлення немає

Саме виділення окремих тем і короткий опис змісту стратегій допоміг здійснити подальше кодування текстів і визначити поширеність кожної зі стратегій у всій вибірці. Крім того, нашим завданням було порівняти активні і пасивні стратегії у чоловіків і жінок та популярні в різних вікових групах способи відновлення.

Розгляньмо спочатку загальну поширеність стратегій відновлення (рис. 19).

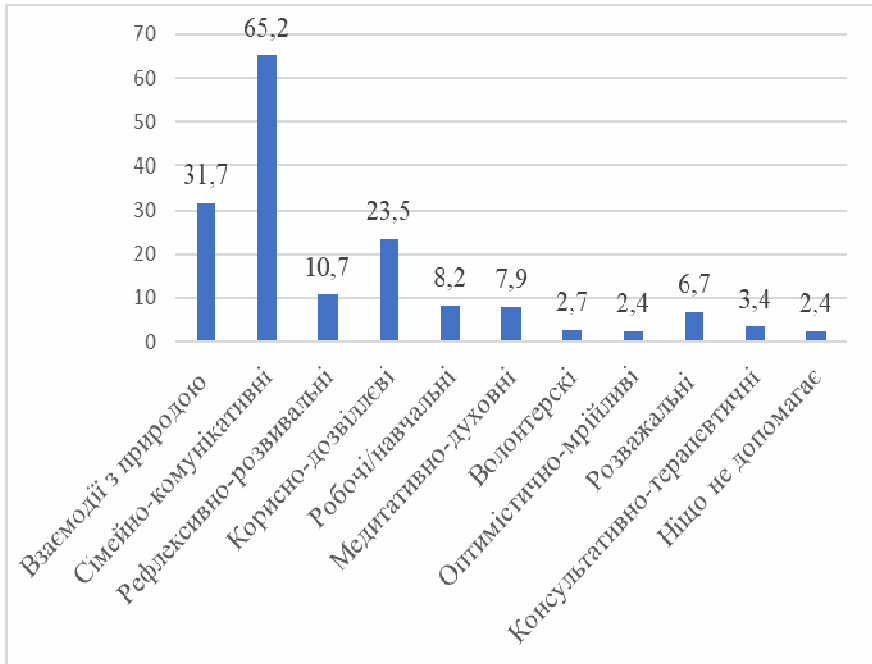


Рис. 19. Стратегії відновлення у воєнних умовах

Передусім зауважимо, що серед усіх запитань, які містило напівструктуроване інтерв'ю, саме запитання щодо стратегій відновлення виявилось особливо популярним. Унікали відповіді на це запитання або зізнавалися, що їм «нічого не допомагає», безпрецедентно мало людей (2,4%). Для порівняння: зміни в стані здоров'я під впливом війни заперечував у вибірці майже кожен другий (48,5 %), зміни в стилі життя – кожний четвертий (24,1%), а наявність загроз під час війни відкидав кожний десятий (11%). Виходить, що навіть ті люди, які через різні причини не були готові писати про себе відверто, відчували тут повну безпеку і проявляли готовність ділитися власним досвідом.

Майже половина респондентів обирали одну стратегію відновлення, хоча були й такі, що обирали дві, три, а то й чотири стратегії одночасно. Зрідка людина спиралася на дуже широкий спектр ресурсів, називаючи до семи різних стратегій. Наприклад,

жінка 37 років на це запитання відповідає, ретельно перелічуючи всі свої активності: «Мені допомагає психотерапія, колегіальний простір, робота, спорт, прогулянки, сон, режим, підтримувальні стосунки з чоловіком, рідними, друзями. Допомагають і мої хобі – перегляд фільмів, читання, музика, заняття вокалом, катання на ковзанах».

Найбільш поширеною ресурсною стратегією виявилася сімейно-комунікативна, нею користується більше ніж половина респондентів (65,2%). Ресурс отримується з теплих, довірчих стосунків зі значущим оточенням, домашніми улюбленицями. Так, жінка 45 років пише: «Найбільше допомагає відновлюватися спілкування з близькими і друзями, домашня тварина (котик)». Дівчина 20 років описує цей ресурс так: «Мені дає сили приємне проведення часу в колі близьких». Чоловік 38 років серед ресурсів називає свого собаку: «Хочеш не хочеш, а гарантовані два виходи в день не менш ніж на півгодини».

Популярність цієї стратегії повністю перегукується з основним чинником, який запобігає негативному впливу війни, а саме наявністю соціальної підтримки.

Удвічі менш популярною є стратегія взаємодії з природою, активного відпочинку, спорту, сну (31,7%). Жінка 46 років описує свій ресурс так: «Птахоспоглядання я не припиняла, хоча після початку війни був момент, коли я себе за це сварила. Але для мене це легкий і доступний спосіб повернути собі рівновагу і зацікавленість життям». Жінка 36 років докладно розповідає: «У моїй системі відновлення здоров'я – регулярний спорт, маленька десятихвилинна домашня розминка, включення в харчування фруктів, овочів і зелених салатів, водні процедури, велика кількість кроків (щоправда, частіше в приміщенні, поки не вдається вмовити себе на прогулянки, особливо в погану погоду)».

На третє місце більшість респондентів ставлять корисно-дозвіллеву активність, що передбачає творчі способи проведення вільного часу: подорожі, садівництво, читання книжок, мистецькі практики (23,5%). Наприклад, дівчина 17 років конкретизує цю стратегію так: «Мені допомагає відновлюватися слухання музики». Трохи старша дівчина 20 років завдячує своїм відновленням творчості: «Для мене важливий час, проведений за творчістю:

малюванням, читанням, рукоділлям». Часто люди, що обирають цю стратегію, пишуть, що їм загалом допомагають улюблені справи.

Привертає увагу стратегія, що об'єднала в собі численні рефлексивно-розвивальні вправи і практики. Її достатня поширеність (10,7%) на четвертому році війни різко контрастує з дуже незначною популярністю у 2022 році. Людина тепер значно більшою мірою намагається спиратися на саму себе, а також приділяє більше уваги різноманітним ментальним вправам, доглядовим практикам, дихальним комплексам тощо.

Водночас відомо, що безперервний травматичний стрес нашої війни проявляється в більш щільних, ніж завжди, зв'язках між симптомами ПТСР. У таких випадках саме емоційна регуляція може відігравати життєво важливу роль (Levin, 2024). Про слабку емоційно-вольову саморегуляцію, втрату контролю над своїм здоров'ям і життям загалом пише, зокрема, М. Каніболоцька (2021).

Розвинути певні елементи рефлексивно-розвивальної стратегії, як показали сучасні дослідження, можна досить швидко й економічно. Грецькі вчені довели ефективність шеститижневого групового консультування, спрямованого на розвиток самоспівчуття і самооцінки студентів-бакалаврів, їхньої когнітивно-емоційної самоусвідомленості. Навіть через три місяці після групової роботи спостерігалось стійке зростання проявів самоспівчуття і зменшення симптомів депресії, тривоги, стресових реакцій (Karakasidou, 2025). Є численні моделі втручання, які сприяють розвитку співчуття до себе. Серед найбільш адаптованих для різних груп людей слід назвати тренінг із самоспівчуття, розроблений Нефф і Гермером. У ньому використовуються такі практики, як ведення щоденника співчуття, формування позитивних уявлень про себе, психоосвіта і вправи на люблячу доброту (Neff, 2012).

Припускаємо, що серед визначених ресурсних стратегій безпосередньо сприяють поліпшенню емоційної саморегуляції і, відповідно, профілактиці посттравматичного стресу саме рефлексивно-розвивальні стратегії. І те, що їх використовує лише кожен дев'ятий респондент, створює поле для цілеспрямованих зовнішніх впливів.

Решта стратегій трапляється не так часто. Найменш популярною виявилася оптимістично-мрійлива стратегія (2,4%), яка була популярнішою на початку війни. Шкода, що така ефективна

колиш волонтерська стратегія на четвертому році війни стала зовсім непопулярною (2,7%). Набагато менш популярними стали і робочі чи навчальні стратегії, які дуже допомагали людям на початку активних бойових дій. Певно, оптимізму і бажання цілком зануритися в роботу стало менше, тому що виснаження за всі ці роки накопичилося досить відчутно.

Щоб чіткіше побачити тенденції, узагальнимо результати, поділивши всі стратегії умовно на дві групи: активні і пасивні. Критерій узагальнення – ступінь самостійного залучення, відповідальності респондента за використання ресурсу і необхідність взаємодії з кимось/чимось. Варто підкреслити, що обидві групи стратегій є, безумовно, продуктивними і вибір на користь однієї з них визначається радше індивідуально-психологічними характеристиками людини, наприклад її більшою інтровертністю або екстравертністю.

До активних віднесено такі стратегії, використовуючи які людина ставала повноправним суб'єктом взаємодії, брала безпосередню участь у певній активності. Це стратегії взаємодії з природою, сімейно-комунікативні, корисно-дозвіллі, робочі/навчальні і волонтерські.

До другої групи увійшли умовно пасивні стратегії, де суб'єктність не так добре виражена. Хоча насправді рефлексивно-розвивальні, медитативно-духовні, оптимістично-мрійливі, розважальні, консультативно-терапевтичні стратегії теж є певною мірою активними. Використовуючи такі стратегії, людина взаємодіяла передусім із самою собою або спиралася на очікувану допомогу ззовні – від лікаря, психотерапевта чи зовнішнього джерела задоволень, фану.

Як бачимо з узагальненої діаграми (рис. 20), активні стратегії відновлення відчутно переважають: їх 63,7%, тоді як пасивних – 45,1%. Загалом же ті люди, які обирали більше ніж одну стратегію, часто зверталися як до активних, так і до пасивних, комбінуючи їхній відновлювальний ефект. Саме такий синтез видається найбільш ефективним.

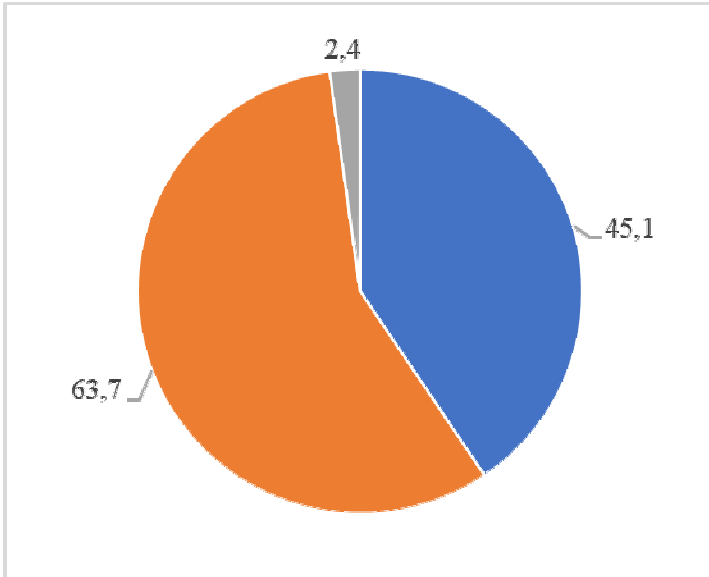


Рис. 20. Співвідношення активних і пасивних стратегій відновлення (активні стратегії – помаранчевий колір, пасивні – синій, брак стратегій – сірий)

Розгляньмо гендерні відмінності при виборі стратегій відновлення (рис. 21).

Якісна різниця у виборі стратегій між чоловіками і жінками не дуже виражена. Чоловіки найбільше зосереджені на сімейно-комунікативних стратегіях (46,4%). На другому місці у чоловіків – налаштованість на взаємодію з природою (33,9%), на третьому – корисно-дозвіллеві стратегії (21,4%). Досить помітною є також вага рефлексивно-розвивальних стратегій (16,1%). Далі йдуть робочі/навчальні (12,5%) і медитативно-духовні (8,9%) стратегії. Решта стратегій майже не представлена. Впадає у вічі, що чоловіки зовсім не займаються волонтерством.

Жінки, як і чоловіки, обирають для самовідновлення переважно три групи стратегій: сімейно-комунікативні (32,4%), взаємодії з природою (31,2%) і корисно-дозвіллеві (23,9%). Рефлексивно-розвивальні стратегії для жінок менш характерні, ніж

для чоловіків, – на них спираються лише 9,6%. Далі практично однаково представлені три групи стратегій: медитативно-духовні (7,7%), розважальні (7,7%) і робочі/навчальні (7,4%). Решта стратегій представлені невиразно.

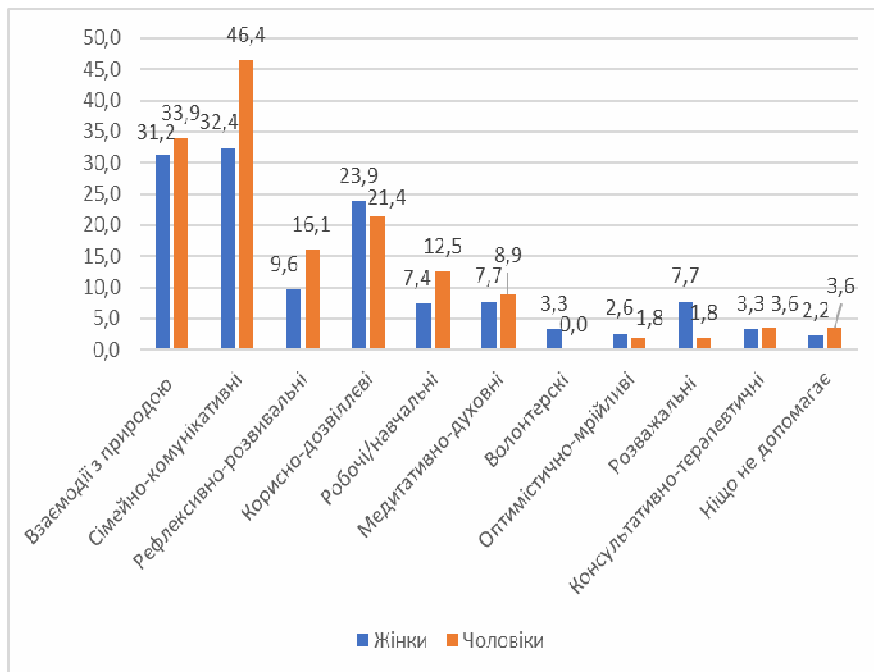


Рис. 21. Стратегії відновлення (гендерний аспект)

Порівняймо активні і пасивні ресурсні стратегії чоловіків і жінок (рис. 22).

Пасивні й особливо активні стратегії у жінок представлені більш значуще, ніж у чоловіків. Видно, що жінки мають більший досвід щодо використання ресурсів відновлення і частіше до них звертаються. Різниця особливо очевидна, коли йдеться про використання активних стратегій відновлення. Практично половина жінок звертається до таких стратегій (46,7%). Серед чоловіків подібні стратегії характерні лише трохи більше ніж для однієї третини вибірки (37,5%). Можливо, це пов'язано з більшою

емоційністю жінок і більшою їхньою схильністю до переживання стресу. Відповідно, формуються корисні захисні практики швидкої самопомоги.

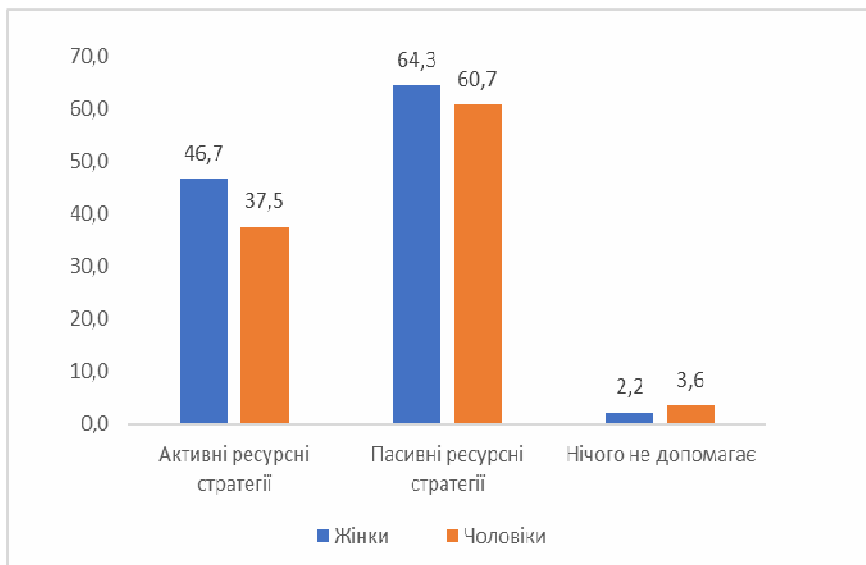


Рис. 22. Співвідношення активних і пасивних стратегій у жінок і чоловіків

Звернімося до відмінностей між віковими групами (рис. 23).

Розпочімо з молодшої групи. У молоді схильність до використання сімейно-комунікативних стратегій виразніша (67,3%), ніж у решти респондентів, а от взаємодія з природою, навпаки, як стратегія відновлення представлена найменш виразно, хоча цей тип стратегій і посідає друге місце (28,8%). Так само молодь поступається середній і старшій групам щодо застосування корисно-дозвіллевих стратегій відновлення (21,6%). Значно рідше молодь звертається до волонтерських (1,9%) і консультативно-терапевтичних (1,4%) стратегій.

У середній віковій групі сімейно-комунікативні стратегії менш популярні, ніж серед молоді, однак більш затребувані, ніж у старшій групі (64,2%). До речі, стратегії взаємодії з природою в цій групі

порівняно з іншими двома групами відчутно переважають (38,8%). Ця ж тенденція простежується і щодо корисно-дозвіллевих стратегій, хоча тут вона не така виразна (26,9%). Найменше представники цієї групи звертаються, як і молодь, до волонтерських і консультативно-терапевтичних стратегій.

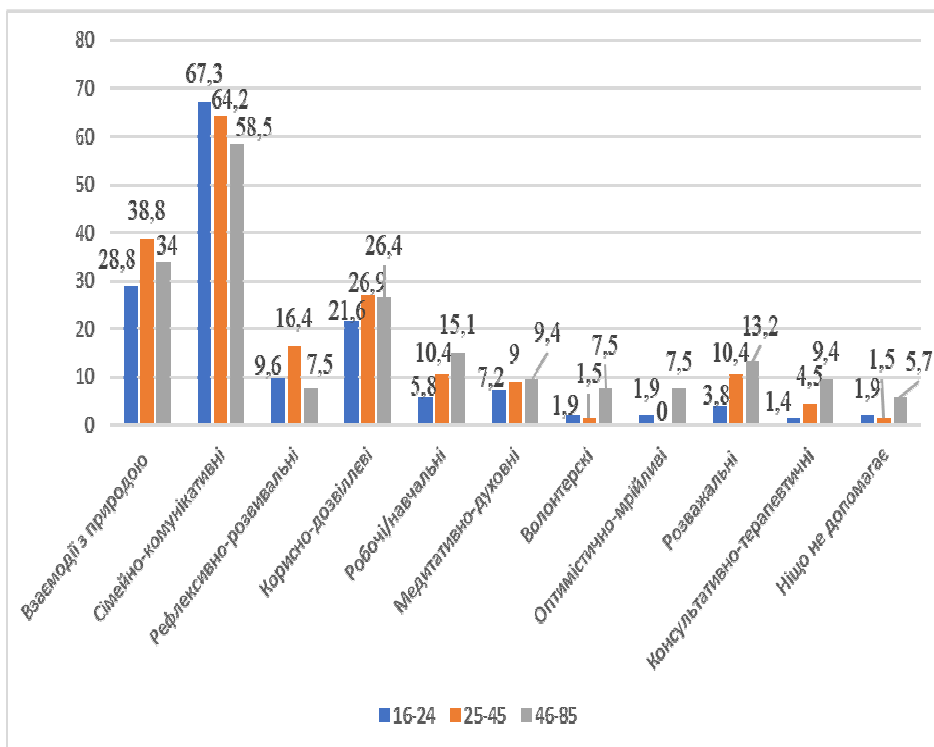


Рис. 23. Стратегії відновлення (віковий аспект)

Представники старшої групи рідше, ніж інші вікові групи, використовують сімейно-комунікативні стратегії відновлення (58,5%). Вони спираються більше на себе, ніж на близьких. Водночас вони частіше, ніж молодь, але менше, ніж представники середньої групи, звертаються до взаємодії з природою як до ресурсу (34%). Трохи рідше, ніж представники середньої групи, і дещо частіше, ніж

молодь, вони обирають корисно-дозвіллеві стратегії (26,4%). Прикметно, що старші респонденти набагато частіше, ніж інші дві групи, вдаються до волонтерських й оптимістично-мрійливих стратегій. Загалом же ця група більше уваги, ніж молодші учасники дослідження, приділяє всім десяти стратегіям. Представники цієї групи добре знаються на власних ресурсах і краще вміють їх поповнювати.

Порівняймо вікові групи за частотою звернень до активних і пасивних стратегій відновлення.

З діаграми (рис. 24) видно, що активними стратегіями найменше користується молодь (40,9%). Відповідно, пасивні стратегії саме для молоді є найхарактернішими (67,3%). Представники середньої групи пасивні стратегії використовують трохи більше, ніж молодь, і менше, ніж старші люди (49,3%). Що ж до пасивних стратегій, то їх менше, ніж у молоді, і трохи більше, ніж у представників старшої групи (58,2%). Старші люди більше за інших звертаються до активних стратегій (56,6%) і менше за інших прихильні до пасивних стратегій (56,6%). Лише в цій групі частка активних і пасивних стратегій цілком однакова, що свідчить про більшу досконалість представників цієї групи, коли йдеться про пошук і використання ресурсів для відновлення.

Отже, аналіз заключного фрагмента життєвих історій, присвяченого ресурсним стратегіям, які допомагають людині відновлюватися, показав таке. Тема відновлення викликала найбільш жвавий інтерес: люди виявили значно більшу готовність розмірковувати про власні стратегії самозбереження і відновлення, ніж про зміни в стані здоров'я, зміни у звичному стилі життя або про загрози, породжені війною.

Найбільш ресурсними виявилися теплі, довірчі стосунки зі значущими людьми, неформальне спілкування з коханою людиною, батьками, іншими членами сім'ї. Велику увагу респонденти приділяють також природі, яка багатьом дуже допомагає, живить, надихає і заспокоює. Люди описують значущість для себе пішохідних і велосипедних прогулянок у парку, лісі, біля річки, розповідають про різноманітні спортивні заняття на природі. Чільне місце серед ресурсів посідають і практики, пов'язані з малюванням, співом, іншими творчими заняттями, садівництвом, подорожами, читанням книжок. Трохи рідше звертаються до такого ресурсу, як

рефлексивно-розвивальні практики, хоча збільшення уваги до власного стану, його регулювання за допомогою релаксаційних, дихальних, медитативних, ментальних вправ відчутно поліпшує адаптивність, підвищує резильєнтність за загрозливих і травматичних життєвих обставин.

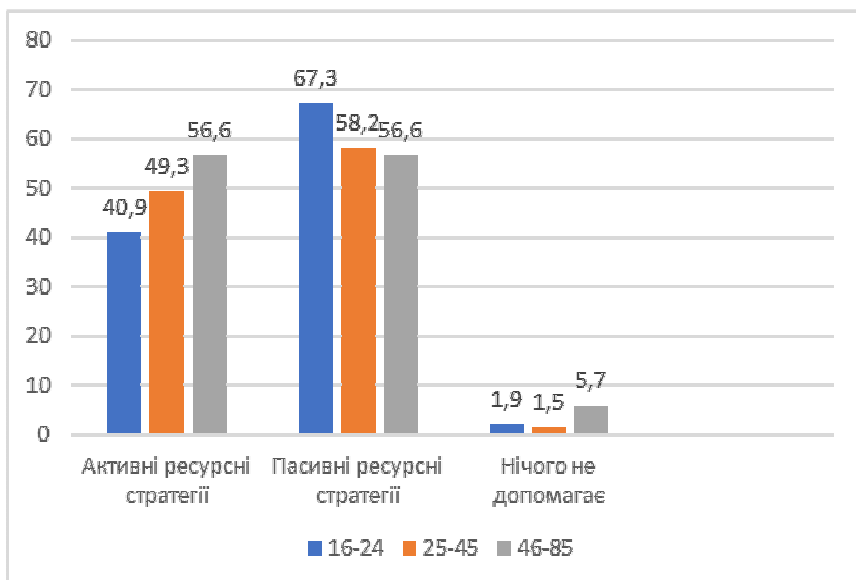


Рис. 24. Співвідношення активних і пасивних стратегій у вікових групах

Хотілося б, щоб у подальшому мешканці України приділяли більше уваги таким важливим ресурсним стратегіям, як волонтерство, гумор, оптимізм з його надією на краще. Оскільки жінки мають більший досвід використання ресурсів відновлення і частіше до них звертаються, слід активніше пропагувати значущість ресурсних стратегій серед чоловіків. Знання про вікові траєкторії, що потребують використання певних стратегій, бажано враховувати під час планування адресної психологічної допомоги.

Згадаймо також про ресурсний потенціал громад, до яких належить кожна людина. Відповідно, говорячи про віддалені перспективи подолання соціально-психологічних наслідків пережитої країною великої війни, необхідно залучати ресурси великих і малих груп, з якими ідентифікується людина, і планувати різноманітні заходи, що сприяють відновленню водночас і окремої постраждалої людини, і її сім'ї, і територіальної, релігійної, професійної громади.

ПІСЛЯСЛОВО

Що відбувається з людськими потребами під час війни? Нагадаю, ідеться не про військових, більшість потреб яких хронічно не задовольняється, депривується. Ідеться про мирне населення України, про людей, які досі не стикалися на власному досвіді із серйозними пораненнями, травмами, але протягом кількох років відчувають на собі тягар украй небезпечної воєнної загрози, яка щомиті може реалізуватися, відібравши здоров'я, а інколи й життя.

То чи задовольняються їхні потреби і як? Наприклад, така вагома потреба, як базова потреба в безпеці. Ми всі різною мірою відчуваємо, що відбувається з тими, хто давно втратив відчуття безпеки або відчуває її лише інколи, уривками, частково. Але достеменно не знаємо, як це впливає на наше здоров'я, адаптацію, настрій, самопочуття, на здатність протидіяти тривалому, виснажливому стресу. І не лише протидіяти, а й зберігати себе, відновлюватися.

Людська безпека передбачає не лише захищеність від голоду чи холоду. Ми почуваємося безпечно, коли все зрозуміло і прогнозовано, коли є надійний захист від несподіваного і неприємного порушення плину нашого звичайного життя. Стан безпеки є станом довіри до світу, вільного від страхів, тривоги, напруженості. Схоже, що саме довіра до світу найбільше страждає у воєнних умовах.

Переживши чотири роки жорстокої війни, українці на власному досвіді відчули, що таке феномен ігнорування небезпеки з його ризиками, на які не зважають. Іноземці, які приїждять до Києва, дивуються, як місцеві мешканці реагують на тривогу. Люди спокійно дивляться в телеграм і говорять: «А, це шахеди...». Або: «Міг злетів. Ще невідомо, чи будуть пуски і в якому напрямку». Далі всі займаються власними справами: хтось котить візочок з дитиною на прогулянку, хтось іде до крамниці, хтось прямує на зупинку транспорту. Реагувати починають лише тоді, коли бачать слово «балістика» або коли вже чують вибухи.

Така потужна адаптація, така вибірковість реагування вироблялися протягом років, адже йти до укриття на кожний сигнал тривоги просто неможливо, та й нераціонально, надто часто вони звучать, надто довго тривають. Зрозуміло, що почуття небезпеки все ж потроху зростає, мозок реагує підвищеною пильністю, тіло дещо напружується, гормональна система готується до екстрених реакцій, внутрішній баланс зникає, і всі ці симптоми некорисні для здоров'я. Але заздалегідь шукати укриття, поспішати туди, руйнуючи свої плани і не відчуваючи ніякого спокою аж до відбою, теж зовсім некорисно. Тому людина обирає таку поведінку, яка найбільше відповідає тривалим загрозливим обставинам, потенційно небезпечним і потенційно травматичним.

І все ж, намагаючись час від часу ігнорувати різноманітні воєнні обставини з їхніми сьогоднішніми і майбутніми наслідками, людина аж ніяк не ігнорує власний стан здоров'я. А якщо певний час ігнорує, то організм швидко повертає її до тями, стимулює своїми симптомами, хворобами, нездужаннями. Адже погане самопочуття – це падіння працездатності, яке не помітити важко. Тому ставлення до здоров'я, до щоденного самопочуття залишається предметом досить пильної уваги. Навіть посеред воєнного хаосу, руйнації звичного способу життя цінність власного здоров'я, яке має дати сили вистояти, не зламатися, підвищується.

Психологічний капітал як накопичувач ресурсів, зокрема й ресурсів самооздоровлення, зростає і примножується. Щоправда, для цього потрібні сприятливі умови. Наприклад, дуже важливо дозволяти собі і своїм близьким проявляти, відчувати, культивувати доброту до себе, емпатійне ставлення до власних дій і вчинків, хай навіть помилкових. Дозволяти співчувати собі, турбуватися про власне здоров'я не менше, ніж про здоров'я власних дітей і батьків. На підґрунті все більшого самоприйняття поступово впроваджувати нові ефективні практики щоденної самотурботи. Усе це розвиватиме здатність більш адекватно й оперативно реагувати на загрозливі життєві обставини і наблизить до більшого психологічного добробуту.

Важко повірити, але навіть такий нібито недосяжний стан щастя з мрії поступово починає перетворюватися на щось більш відчутне, вловиме, реальне. Характер цього вкрай цінного для людини стану під час війни змінився: щастя вже не претендує на

всеосяжність, тривалість. Нас не охоплює хоч і оманливе, але сильне колись відчуття нескінченності блаженства. Кожен знає, що тепер щастя «з'являється» зовсім ненадовго, і його треба ловити, приймати, максимально оберігати, цінувати. А от думати, що якимось воно недоречно бути щасливим сьогодні, що це навіть нечесно щодо численних людей, які в цю мить страждають чи навіть гинуть, – це своїми руками відштовхувати значущий для здоров'я і психологічного добробуту ресурс.

Теперішній стан щастя – глибокий, сильний, але усвідомлено швидкоплинний, нецілісний, радше фрагментований. Після важкого нічного бомбардування, якщо всі залишилися живими і не зруйновані помешкання, стан щастя охоплює, поглинає, хоча водночас кожен і далі моніторить ситуацію з ворожими літаками і ракетами, готується до робочого дня, реанімує себе після безсонної ночі. Так само ми дуже щасливі, коли після довгого сидіння без світла раптом дають електрику на годину раніше, ніж мало б бути за графіком. Щастя специфічне: ніхто не забуває себе, не втрачає ґрунт під ногами. Усе цілком контрольовано відбувається, але від цього переживання щастя не стає менш цінним.

Бути щасливим, не маючи хоча б відносно непоганого на цей момент стану здоров'я, можливо, але якщо здоров'я і самопочуття в нормі – це набагато легше і приємніше. Тобто уважне ставлення до власного здоров'я – дуже бажана, хоч і недостатня умова для переживання щастя.

За загрозливих воєнних обставин, які потенційно є небезпечними і мають тенденцію будь-коли перетворюватися на травматичні, якість життя великою мірою залежить від того, чи вдасться людям хоч і враховувати ступінь небезпеки, але не драматизувати, не чекати постійно погіршення ситуації. Здатність переключатися, змінювати домінанту, проявляти гнучкість стає все більш бажаною, затребуваною.

Якщо згадати фази переживання стихійних лих, то на першій фазі – переддії – якраз і відчувається загроза, яка стає все ближчою. Виникає асоціація з фільмом жахів, трилером, режисер якого твердо знає, що напружене очікування впливає на глядача набагато сильніше, ніж той жах, який за ним має бути. І тут класику горору Альфредові Гічкоку немає рівних: він посилює довгі паузи музикою, звуковим рядом, щоб довше тримати людину в тривожному стані

напруженого очікування. Глядач, завмираючи, чекає-чекає-чекає на якусь розв'язку.

Фаза переддії, щоправда, розтягнута в часі на роки, нагадує сьогоднішній стан мирних мешканців України. Перші місяці війни ми, майже не дихаючи, зі страхом очікували погіршення ситуації, потім жили надією на її поліпшення. Тепер, у стані суцільного виснаження, більшість людей чекає на зупинку, припинення вогню, бо тамувати так довго подих стає все складніше.

Здається, що війна як нестихийне, але дуже страшне лихо втрачає контрольованість, стає некерованою руйнівною силою. І тоді розгортається друга фаза, коли тривога перероджується на паніку. А в декого виникає сильне почуття провини, починається руйнація колишніх контактів, знецінювання близьких людей, себе, бажання зникнути, нічого не відчувати. Так перенапружена психіка перетворює загрозливі обставини на обставини травматичні з усіма характерними для травм наслідками. І це вже фаза розчарування, коли очікування не виправдалися, надії виявилися марними.

Люди, що перебувають у тилу, зазнають неоднакових травм протягом війни. Дози травматичного досвіду досить різні, оскільки кожен мешканець України має власний ступінь інкорпорованості у воєнний контекст. Дуже інтенсивно залучені у війну ті люди, у кого окуповане рідне місто чи село, зруйноване або відібране житло, втрачене майно, когось із сім'ї, можливо, навіть поранено чи вбито. Але ж в епіцентрі воєнного лиха, коли цей епіцентр ще й рухається, змінює локації, перебуває все ж не більшість цивільного населення. І ступінь залученості у війну у тих, хто поруч із фронтом, дуже високий. Дещо менша зануреність спостерігається серед тих, хто не сам, а через своїх близьких відчуває згубний подих війни.

А буває, що вразлива, сензитивна людина глибоко переживає все, що відбувається навіть не в її регіоні, просто щодня читаючи новини в соціальних мережах, дивлячись ролики із жахливими сценами жорстокості ворога. Це може бути, наприклад, дуже молода людина, яка не має власного бачення ситуації, не готова спиратися на самостійні критичні оцінки, оскільки їй не вистачає попереднього досвіду. А може бути і цілком зріла людина, яка пережила певні травми, і актуальна ситуація стає емоційним тригером для посилення переживань.

Вочевидь, саме масштаб воєнної катастрофи, який від людини не залежить, є найбільш значущим прогностичним чинником погіршення її здоров'я, утруднень із самозбереженням. Цей масштаб опосередковано можна побачити за оцінками загроз, які люди виділяють як найбільш небезпечні для власного здоров'я. Серед найбільш поширених: небезпека, яку постійно породжує воєнна ситуація з її щоденними стресами, неможливістю повноцінно поспати, відпочити, і страх, який посилюється в очікуванні чергових ракетних і дронівих обстрілів мирного населення. Ці загрози є зовнішніми щодо людини, і їхній вплив зафіксовано як більш значущий порівняно із загрозами внутрішніми.

Щоправда, вплив внутрішніх загроз зростає у людей більш зрілого віку порівняно з молоддю і у тих, хто має вищу освіту. Як бачимо, наявність життєвого досвіду й обізнаність, компетентність щодо здоров'я забезпечують більшу увагу саме до особистих/внутрішніх небезпек. Людина розуміє, що має вчасно розв'язувати власні психологічні проблеми в стосунках чи на роботі, бо вони лише погіршують її здатність протистояти воєнним викликам.

Відповідаючи на воєнні загрози, людина не тільки переосмислює себе і своє ставлення до збереження здоров'я і життя. Вона інколи відчутно, а інколи малопомітно починає змінювати свою взаємодію з близькими, рідними, друзями, наближаючись до тих, хто під час війни з нею на одній ціннісно-смісловій хвилі, і віддаляючись від тих, хто бачить й оцінює ситуацію інакше. Змінюється і щоденна стереотипна поведінка, навіть коригуються звички. Оновлюється, трансформується стиль побудови власного життя, стиль життєтворення.

Змінюється форма, в якій людина звично проявляла себе в соціумі, виникають нові способи конструювання себе, підтримання самооцінки. По-іншому плануються і ведуться робочі справи, інакшим стає стиль спілкування. Навіть інтенсивність самопроявів ніби стишується, гальмується в одних сферах і раптом посилюється максимально в інших. Змінюється навіть стиль мовлення, оскільки в соціальних мережах усе частіше звучить обценна лексика, її повторюють журналісти, активно використовують військові. Навіть офіційні вказівники на вулицях столиці в перші місяці війни чітко

формулюють, куди має рухатися ворог, посилаючи його за цілком нецензурною адресою.

У деякого стиль життя змінюється в позитивний бік, і тоді людина починає більше уваги приділяти фізичній активності, прогулянкам, здоровому харчуванню, навчанню, відпочинку, бо розуміє, що такі зміни допоможуть адаптації до жорстких воєнних умов, збережуть сили, підвищать самоповагу. Але дехто змінює свій стиль у протилежному напрямку: починає активно руйнувати здоров'я, вживати алкоголь, психоактивні речовини, багато курити, заїдати стрес надмірною некорисною їжею. Навіть люди, які раніше любили спорт, виправдовують себе катастрофічними зовнішніми обставинами, коли немає часу думати про самозбереження, немає звичних умов для фізичної активності.

Війна виводить на передній план соціально-середовищні чинники, які детермінують стиль життєтворення. Але не лише вони забезпечують стильові зміни. Серед внутрішніх, індивідуально-психологічних чинників велику роль відіграють настановлення людини як стани готовності до певної активності, як схильність так чи інакше реагувати на певні ситуації. Скажімо, якщо у людини ще до війни сформувалося стійке настановлення на здоровий спосіб життя, вона буде намагатися і в несприятливих воєнних умовах дотримуватися цього настановлення. Так само якщо людина має аграваційні настановлення і завжди перебільшує песимістичні прогнози, то вона й надалі буде уникати відповідальності й зосереджуватиме увагу на негативних аспектах розвитку подій.

Під час війни на адаптивність і стресостійкість, на стан здоров'я і психологічного добробуту впливає і такий внутрішній чинник, як атрибутивний стиль. Він задає спосіб, у який людина звично пояснює собі причини всіх подій, що переживає. Вона використовує певні усталені критерії переважно позитивної чи негативної валентності, схилиючись до оптимізму чи песимізму. На тлі такого типового для людини емоційного стану і розгортаються всі аспекти її життя.

Згадаймо ще один малодосліджений внутрішній чинник стилетворення – конструювання оновленої життєвої історії (нарративу), що сприяє осмисленню, засвоєнню, збереженню набутого досвіду. У нарратив людина включає, крім реальних подій і власних вчинків, також численні страхи, тривоги, надії, сумніви,

мрії. Жанр наративу обирається відповідно до настановлень і ціннісних орієнтацій людини: для когось це героїчний епос, у якому людина переоцінює власний внесок у розв'язання складної ситуації, пишається досягненнями; для когось – документальні хроніки, у яких людина намагається якомога правдивіше висвітлити пережите; для когось – сентиментальна мелодрама, що вимагає співчуття, співпереживання з боку слухачів. Такі різні смислові доміанти по-різному оформлюють набутий досвід, по-різному запам'ятовують події, власні рішення, взаємодію з оточенням. Наративний спосіб інтерпретації задає і ставлення до власного здоров'я, і способи його зміни.

У воєнних умовах можуть актуалізуватися зміни стилю життя в бік більшої стійкості, пружності, резильєнтності, що допомагає людині не лише зберегти себе, а й вистояти, не зламатися. Резильєнтність дає змогу оперативніше реагувати на несподіванки, упевненіше проходити випробування, переживати горе і втрати, не втрачаючи хоч і далекі, але все ж позитивні життєві перспективи. Саме резильєнтні люди зберігають і розвивають під час випробувань надійні мережі взаємодії, мають глибокі і теплі стосунки з оточенням.

Найбільш сприятливим для збереження здоров'я є комунікативний стиль життя, що передбачає не лише спілкування, взаєморозуміння, а й дієве співчуття і допомогу іншим. А найбільш поширеними стильовими змінами є зміни, пов'язані з удосконаленням саморегуляції, коли люди вчаться самостійно поліпшувати власне самопочуття, коригувати настрій, зменшувати тривогу і депресивні прояви. Серед популярних стильових змін слід назвати і роботу над здоровими звичками, корисними практиками фізичного саморозвитку, вчасними медичними обстеженнями.

Втішає те, що стильові зміни, спрямовані на турботу про здоров'я власного тіла і турботу про здоров'я психіки, внутрішній стан, душевну рівновагу, домінують серед мешканців України, які пережили три роки повномасштабного вторгнення. Поки що не дуже представлені такі позитивні сфери стильових змін, як підвищення кваліфікації, зростання компетентностей, набуття нових знань, і екологічна сфера, що передбачає долучення до створення більш екологічно безпечних життєвих умов.

Деструктивні стильові зміни, яких виявилось значно менше, ніж конструктивних, проявилися в активізації негативних звичок, а саме надмірного вживання алкоголю, куріння, неконтрольованого скролінгу новин, шопінгу. У деякого стиль життя став більш пасивним, відстороненим, а дехто почав сповідувати аскетизм, відмовляючи собі у відпочинку, новому одязі чи позитивних враженнях.

Стильові зміни або сприяють позитивному ставленню людини до себе і, відповідно, власного здоров'я, або, навпаки, погіршують це ставлення. Тематика безпеки, стабільності, балансу підвищує увагу людини до стану власного здоров'я. Переживання складних, небезпечних життєвих ситуацій змінює сьогоденні і майбутні ціннісні пріоритети, підвищує чи знижує самооцінку людини.

Оцінка власного здоров'я, позитивна або негативна, висока або низька, стійка або не дуже, визначає наш психологічний добробут, можливість відчувати щастя. Адже низька самооцінка стимулює таку відповідь на уявне відторгнення, яка має реальні негативні наслідки для здоров'я. Висока самооцінка є психологічним ресурсом, на який люди спираються у важкі часи. Самооцінка здоров'я – це один із значущих елементів у структурі загальної Я-концепції людини. Відповідно, самооцінка здоров'я впливає на процеси саморозуміння, самоусвідомлення, самоідентифікування, прийняття набутого досвіду, презентації себе оточенню.

Осягнути тісний зв'язок між самооцінкою, здоров'ям і психологічним добробутом можна, звернувшись до поширеного феномену (синдрому) самозванця. «Самозванець» ніколи не оцінює своє здоров'я як добре, бо він ні в чому не відчувається впевненим. Його надумана некомпетентність, недосконалість доповнюються вираженим перфекціонізмом і супроводжуються постійним напруженням, тривожністю, пригніченістю, почуттям провини.

На самооцінку здоров'я впливають як зовнішні, так і внутрішні чинники. До суто зовнішніх чинників можна віднести, наприклад, якість медичної допомоги чи рівень економічного розвитку країни. Серед ресурсів, що підживлюють самооцінку здоров'я, – соціальна підтримка, згуртованість, взаємність стосунків. Ресурсами можуть бути певні соціально-економічні умови життя і праці, наявність освіти, якість навколишнього середовища. Пережита пандемія показала, як поліпшується самопочуття і здоров'я завдяки

можливості працювати онлайн, у більш комфортних умовах. Прикметно, що найбільш висока самооцінка здоров'я спостерігається в країнах, що розвиваються, а не в економічно розвинених країнах. Вочевидь, високий дохід на душу населення не є обов'язковою умовою кращої самооцінки здоров'я, як і якість та доступність медичних послуг.

Самооцінка здоров'я варіює залежно від віку, статі, сімейного стану та інших змінних. Загалом, вона вища у молоді порівняно зі старшими віковими групами, у чоловіків – порівняно із жінками, у неодружених – порівняно з удовами чи розлученими; у тих, хто має роботу або навчається, – порівняно з тими, хто таких занять не має; у людей з більш високим рівнем освіти і тих, хто відвідує релігійні служби.

Серед умовно зовнішніх чинників самооцінки здоров'я привертають увагу соціально-психологічні (наприклад, комунікативні, статусні) й індивідуально-психологічні (наприклад, готовність навчатися, розвиватися, змінювати кваліфікацію). Порівнюючи своє здоров'я зі здоров'ям інших, людина оцінює і спілкування зі значущим оточенням, і самореалізованість у професійній сфері, і прийняття різних життєвих обставин.

Внутрішні чинники, що впливають на самооцінку здоров'я, це і настановлення на здоровий спосіб життя, і ціннісні орієнтації, і локус контролю, і оптимізм, і врівноваженість, і адекватність.

Є дані щодо зміни самооцінки залежно від статево-вікових характеристик мешканців України. У молоді (до 25 років) незалежно від статі оцінка здоров'я найвища. У зрілому віці самооцінка здоров'я загалом знижується, особливо у чоловіків. Жінки довше зберігають позитивну самооцінку здоров'я.

Розгляньмо, як саме загальна самооцінка впливає на самооцінку здоров'я людини. Встановлено, що між самооцінкою і здоров'ям та психологічним добробутом, переживанням щастя можуть бути різні посередники. Серед них найбільш помітні позитивні і негативні афекти. Як медіатори, позитивні афекти дають сильну позитивну кореляцію, тоді як негативні – навпаки, опосередковуючи зв'язок між самооцінкою і переживанням щастя.

Складнішим посередником між самооцінкою і психологічним добробутом, який переживається як задоволеність власним повсякденням і наявним рівнем самореалізації, може бути емоційна

компетентність. Ще складнішим посередником є соціокультурні, сімейні, спільнотні еталони ставлення до здоров'я.

Самооцінка здоров'я як базисний компонент загальної самооцінки задає валентність ставлення людини до себе. Позитивне ставлення до власного здоров'я незалежно від його реального стану забезпечує загальне позитивне самосприйняття і створює більше можливостей для зростання такої необхідної в загрозливих умовах життєстійкості. Крім того, позитивна оцінка власного здоров'я є фундаментом психологічного добробуту, переживання задоволеності життям, навіть щастя. Адже залежно від ставлення до власного здоров'я людина оцінює не лише себе в сьогоденні дні, а й вимальовує бажані горизонти майбутнього, його передбачувану тривалість і якість.

У міру того, як люди проходять життєві випробування, характерні для різного віку, вони все частіше відчують потребу у внутрішній самопідтримці, самодопомозі. Для людини, яка переживає скрутні часи, самоспівчуття є ключовим способом пом'якшення труднощів. Адже самокритика стає безсилою, навіть шкідливою, а здатність терпіти дискомфорт, доброта до себе, відкритість до власного болю зменшують життєві негарзди, підвищують адаптивність, полегшують страждання.

Саме воєнні загрози підштовхують кожного мешканця України до необхідності самотурботи. І перше, на що зазвичай спрямовується самотурбота, – це безпека, стан здоров'я, самопочуття. Людина переконується, що увагу до власного оздоровлення і відновлення не варто відкладати до кінця війни. Так легше сприймати тривале воєнне сьогодення й підтримувати готовність змінювати власне життя в пошуках більшого психологічного добробуту навіть за складних і непередбачуваних обставин. Увага до відновлювальних можливостей самоспівчуття, його оздоровчого потенціалу дасть людині змогу краще асимілювати досвід воєнних стресів, травм і втрат.

Самоспівчутлива відкритість до іншого, готовність не тільки допомогти, а й поділитися власними думками, сумнівами, стражданнями стають найбільш оперативним й адаптивним способом реагування на воєнні загрози. Крім того, співчутлива і самоспівчутлива взаємодія згуртовує людей перед лицем труднощів. Так конструктивні зміни стилю життя починають поширюватися вже

не тільки на окремих людей, їхні сім'ї, а й на сусідські, професійні групи, територіальні, релігійні та інші громади. Збираючись разом, люди заохочують одне одного приділяти більше уваги фізичній активності, прогулянкам на природі, екскурсіям, заняттям медитацією, йогою. Корисні для здоров'я способи поведінки стають усе більш масовими, популярними, до них долучається все більше знайомих, друзів, сусідів, рідних.

Важливо привертати увагу людей до розвитку здатності вчасно долати емоційне перевантаження, рухатися до досягнення і збереження внутрішньої рівноваги. І в цій роботі чималу роль відіграє захисна функція співчуття до себе. Вона проявляється в тому, щоб дозволити собі більш повне самоприйняття, без суворой самокритики, без осуду і самопринижень. Війна вчить спокійніше сприймати власний страх, розгубленість, довгі страждання, нав'язливі негативні думки і прогнози щодо майбутнього. Споглядаючи власне оточення, людина поступово вчиться не ігнорувати власні недосконалості, не маскувати їх, а по-доброму неспішно приймати. Коли важко, вона вже не ізолюється, не ховається, а м'яко і терпляче себе заспокоює. Спрямовані на підвищення самоспівчуття практики майндфулнес допомагають усвідомити, що біль, невдачі, помилки є у кожного, особливо в таких складних життєвих умовах. Їх неминучість – це нормальний складник людського буття.

Щоб зменшити згубний вплив війни на якість життя, щоб пережиті травми не стали непід'ємним тягарем для психологічного здоров'я людини і громади, ефективні втручання мають плануватися і здійснюватися як у період воєнних дій, так і після припинення вогню, і тоді, коли буде підписано мирні угоди. Дія в довгостроковій перспективі знайомих кожному негативних впливів, воєнних загроз буде після зупинення війни відчутно зменшуватися. І тоді за наявності достатньої соціальної підтримки і постійного зростання різних її форм підвищення самооцінки власного стану здоров'я буде відбуватися все більш успішно.

Загалом, мирне населення, яке зазнало впливу війни, потребує і надалі потребуватиме професійної допомоги, мета якої – поліпшення емоційної саморегуляції, подолання тривожних і депресивних станів, засвоєння ефективних способів самопомоги. Основна спрямованість таких матеріалів – це смислові вектори,

превалентні ставленню мешканців України до власного здоров'я. У цій роботі розглянуто три таких вектори, що лежать у площині ставлення до внутрішніх і зовнішніх загроз, площині внесення змін у стиль життя і площині пошуку опори в практиках самовідновлення. Серед них важко виділити першочергові або другорядні. Лише творча взаємодія всіх трьох векторів може допомогти поступово відновитися після воєнних травм, поліпшити самооцінку здоров'я і сприяти зростанню психологічного добробуту. Бажано, щоб такі матеріали розроблялися на наочних, добре ілюстрованих прикладах.

Психосоціальна просвіта, професійні втручання забезпечують більш вагомі результати завдяки інтеграції різних ефективних заходів. Плани психологічної підтримки слід розробляти з урахуванням інтересів громад і потреб постраждалого населення. Прийоми підтримки мають враховувати передусім сильні сторони як окремої людини, так і громади. Тоді освіта, охорона здоров'я, місцеві і національні органи влади знатимуть, на що спиратися у своїй роботі, і працюватимуть ефективніше.

Отже, серед умов превенції негативного впливу воєнних загроз на ставлення до власного здоров'я можна виділити усвідомлення актуального комплексу воєнних загроз і впровадження адаптивних, резильєнтних способів реагування як людини, так і громади; систематичний моніторинг стану здоров'я в умовах воєнних ризиків; конструктивні зміни в стилі життя, спрямовані на задоволення потреби в безпеці та самозбереженні; активізацію ефективних практик щоденної самотурботи й розвиток стратегій самовідновлення. Перелічені умови забезпечують підвищення цінності здорового та екологічно зорієнтованого способу життя.

Під час подальших досліджень варто звернути увагу на способи засвоєння людиною набутого під час війни досвіду виживання і самозбереження, його рефлексивного переосмислення з метою інтеграції в цілісний життєвий досвід особистості. Додаткової уваги вимагає ціннісний параметр самооцінки здоров'я, який передбачає пошук відповідей на запитання: заради чого варто своє здоров'я зберігати і відновлювати, чим людина готова пожертвувати заради здоров'я, а чим – ні? Не менш значущим є й параметр відповідальності: людина має усвідомлювати, за що вона відповідає, коли йдеться про її власне здоров'я, що не залежить від неї, як це прийняти і, можливо, змінити.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Бончук, Н. В. (2016). Суб'єктивне розуміння щастя сучасною молоддю та підлітками. *Молодий вчений*, 5, 542–548.

Волошко, Н. І. (2011). Детермінанти ставлення до здоров'я і здорового способу життя. *Проблеми сучасної психології*, 11, 115–124.

Добрянська, О. В., & Волошук, О. В. (2020). Роль самооцінки у формуванні здоров'я осіб різного віку. *Довкілля та здоров'я*, 1(94), 19–25.

Євланова, Е. М. (2021). *Психологічні особливості атрибутивно-стильової детермінації життєстійкості особистості*. (Автореф. дис. канд. психол. наук). Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, Одеса.

Забаровська, С. М. (2024). Психологічне благополуччя та якість життя українців в умовах повномасштабної війни. *Психологія та соціальна робота*, 1, 111–120. doi: <https://doi.org/10.32782/2707-0409.2024.1.10>

Забаровська, С. М. (2025). *Емоційна компетентність як чинник психологічного добробуту особистості*. (Дис. доктора філософії). Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя, Ніжин.

Каніболоцька, М. О. (2021). *Ставлення молоді до здоров'я: соціально-психологічні аспекти*. Запоріжжя: Просвіта.

Климчук, В. О. (2020). *Психологія посттравматичного зростання*. Кропивницький: Імекс-ЛТД.

Клібайс, Т. В. (2021). Специфіка становлення атрибутивного стилю дорослих як ресурсного потенціалу особистості. *Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки*, 10(10), 91–96.

Мальцева, К. С. (2021). *Кумулятивні ефекти нерівності та вплив соціальних стресорів на здоров'я людини*. Київ: Національний університет «Києво-Могилянська академія».

Пересипкіна, Т. В. (2018). Суб'єктивна оцінка здоров'я дітей, соціальні детермінанти його формування. *Современная педиатрия*, 4, 44–48. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Sped_2018_4_8

Сітцева, М. В. (2024а). Психодіагностичні можливості дослідження атрибутивних стилів особистості. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (4), 5–11. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.4.1>

Сітцева, М. В. (2024b). Psychological features of attributive personality styles: theoretical analysis of the problem. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.3/05>

Талеб, Н. Н. (2018). *Рискуя собственной шкурой: Скрытая асимметрия повседневной жизни*. Пер. с англ. Москва: КоЛибри, Азбука-Аттикус.

Титаренко, Т. М. (2018). *Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації*. Кропивницький: Імекс-ЛТД.

Титаренко, Т. М. (2020). *Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя*. Кропивницький: Імекс-ЛТД.

Титаренко, Т. М. (2024). *Моє майбутнє залежить від мене: практики здорового сьогодення у воєнних і повоєнних умовах*. Кропивницький: Імекс-ЛТД. <http://doi.org/10.33120/MFDMRHN-2024>

Чепурко Г., Клименко О., Привалов Ю., & Трофименко О. (2023). *Поведінкові стратегії населення в умовах поширення соціально небезпечних хвороб*. (За наук. ред. Г. Чепурко). Київ: Інститут соціології НАН України.

McAdams, D. P. (2021). Narrative identity and the life story. *Handbook of personality: Theory and research*, 122–141.

McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of general psychology*, 5(2), 100–122.

Anderson, E. H. (2000). Self-esteem and optimism in men and women infected with HIV. *Nursing Research*, 49(5), 262–271.

Anderson, K. F., & Oncken, L. (2020). Racial residential segregation, perceived neighborhood conditions, and self-rated health: The case of Houston, Texas. In *Sociological Forum* (Vol. 35, No. 2, pp. 393–418).

Andersson, M. A., & Vaughan, K. (2017). Adult health returns to education by key childhood social and economic indicators: Results from representative European data. *SSM-Population Health*, 3, 411–418.

Armes, S. E., Seponski, D. M., Kao, S., Khann, S., Lahar, C. J., Bryant, C. M. ... Schunert, T. (2019). Exploring Contextual Trauma in Cambodia: A Sociointerpersonal Perspective on Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of traumatic stress*, 32, 97–107. <https://doi.org/10.1002/jts.22365>

Austin, J., Drossaert, C. H. C., & Bohlmeijer, E. T. (2023). Self-compassion as a resource of resilience. In *Handbook of Self-compassion* (pp. 165–182). Cham: Springer International Publishing.

Bag, S. D., Kilby, C. J., Kent, J. N., Brooker, J., & Sherman, K. A. (2022). Resilience, self-compassion, and indices of psychological wellbeing: a not so simple set of relationships. *Australian Psychologist*, *57*(4), 249–257. <https://doi.org/10.1080/00050067.2022.2089543>

Bai, Z., Yang, J., Wang, Z., Cao, W., Cao, C., Hu, Z., & Chen, R. (2022). Association between social capital and self-rated health among community-dwelling older adults. *Frontiers in Public Health*, *10*, 916485.

Beards, S., Fisher, H. L., Gayer-Anderson, C., Hubbard, K., Reininghaus, U., Craig, T. J. ... Morgan, C. (2020). Threatening Life Events and Difficulties – and Psychotic Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, *46*(4), 814–822. doi: 10.1093/schbul/sbaa005

Belz, J., & Kleinert, J. (2025). Self-Compassion in Competitive Athletes: Why Gender Matters. *Women in Sport and Physical Activity Journal*, *33*(1), wspaj.2025-0022. Nov 6. <https://doi.org/10.1123/wspaj.2025-0022>

Braun, V., & Clarke, V. (2014). What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *9*(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>

Bradshaw, M., Kent, B. V., Levin, J., Wortham, J. S., Pertel, N. L., VanderWeele, T. J., & Johnson, B. R. (2025). Demographic variation in self-rated physical health across 22 countries: findings from the Global Flourishing Study. *BMC Global and Public Health*, *3*(1), 38.

Bruner, J. (2004). The Narrative Creation of Self. In L. E. Angus, & J. McLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory and Research* (pp. 3–14). London: Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781412973496.d3>

Bulczak, G., Gugushvili, A., & Zelinska, O. (2022). How are social origin, destination and mobility linked to physical, mental, and self-rated health? Evidence from the United States. *Quality & Quantity*, *56*(5), 3555–3585.

Canetti, D., Galea, S., Hall, B. J., Johnson, R. J., Palmieri, P. A., & Hobfoll, S. E. (2010). Exposure to prolonged socio-political conflict and the risk of PTSD and depression among Palestinians. *Psychiatry*, *73*(3), 219–231.

Calvey, B., McHugh Power, J., & Maguire, R. (2022). Expecting the best or fearing the worst: Discrepancies between self-rated health and frailty in an ageing Irish population. *British Journal of Health Psychology*, *27*(3), 971–989.

Clance, P. R., & Imes, S. A. (1978). The imposter phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention. *Group Dynamics*, 15(3), 241–247. <https://doi.org/10.1037/h0086006>

Clance, P. R. (1985). *The impostor phenomenon : overcoming the fear that haunts your success*. Atlanta, Ga.: Peachtree Publishers.

Davenport, L. B., & Rice, M. (1995). Life-threatening situations: Supporting the child survivor and the family. *The Journal of Pediatric Nursing*, 10(4), 219–23. doi: 10.1016/S0882-5963(05)80018-1

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British journal of clinical psychology*, 53(1), 6–41.

Ellis, E., Hazell, C., & Mason, O. (2024). The mental health of Ukrainian refugees: a narrative review. *Academia Medicine*, 1. <https://doi.org/10.20935/AcadMed6232>

Eriksen, J. E. (2022). *On Railway and Other Injuries of the Nervous System by John Eric Erichsen*. Creative Media Partners, LLC, Hardcover. <https://www.ebay.co.uk/p/13083858488>

Ermer, A. E., & Proulx, C. M. (2019). Associations between social connectedness, emotional well-being, and self-rated health among older adults: Difference by relationship status. *Research on aging*, 41(4), 336–361. <https://doi: 10.1177/0164027518815260>

Fornili, M., Petri, D., Berrocal, C., Fiorentino, G., Ricceri, F., Macciotta, A., ... & Baglietto, L. (2021). Psychological distress in the academic population and its association with socio-demographic and lifestyle characteristics during COVID-19 pandemic lockdown: Results from a large multicenter Italian study. *PLoS One*, 16(3), e0248370.

Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy*. New York: WW Norton.

Freedman, J., & Combs, G. (2024). *Narativní psychoterapie*. PORTÁL sro.

Goldmann E., & Galea S. (2014). Mental Health Consequences of Disasters Annual. *Review of Public Health*, 35, 169–83

Grabowska, I., Jastrzebowska, A., & Kyliushyk, I. (2023). Resilience embedded in psychological capital of Ukrainian Refugees in Poland. *Migration Letters*, 20(3), 421–429. doi: 10.47059/ml.v20i3.2887

International Strategy for Disaster Reduction. Living with risk: A global review of disaster reduction initiatives (2004). United Nations Publications. <https://iclei.org/partners/unisdr-united-nations-international-strategy-for-disaster-reduction>

Handerer, F., Kinderman, P., Shafti, M., & Tai, S. (2022). A scoping review and narrative synthesis comparing the constructs of social determinants of health and social determinants of mental health: Matryoshka or two independent constructs?. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 848556.

Harvey, J., & Boynton, K. (2021). Self-disclosure and psychological resilience: The mediating roles of self-esteem and self-compassion. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, *15*(1), 90–104.

Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic Growth: Three Explanatory Models *Psychological Inquiry*, *15*(1), 30–34.

Jiang, X., Topps, A. K., & Suzuki, R. (2021). A systematic review of self-care measures for professionals and trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, *15*(2), 126–139. <https://doi.org/10.1037/tep0000318>

Jayasuriya, R., Williams, Sh., Perera, R., Godamunne, P., Wickremasinghe, R., Tay, A. K. (2025). *Effects of Potential Traumatic Events (PTE) contributing to Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) six years after cessation of war among populations in Northern Sri Lanka: an analysis of a follow-up study from a nationwide sample.* <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2025.100412>

Kamene, Kh. (2025) Resilience Through Loss: Transforming Grief into Growth—A Narrative Review. *Premier Journal of Psychology*, *5*:100010. <https://doi.org/10.70389/PJP.100010>

Kang, H., & Kim, D. H. (2024). Socioeconomic, health, and social connectedness factors associated with self-rated health of octogenarians and nonagenarians in South Korea: urban and rural comparison. *BMC Public Health*, *24*(1), 3477.

Karakasidou, E., & Komninou, A. (2025). Enhancing Mental Health in Emerging Adults through Self-Compassion: Results from a Randomized Controlled Group Counseling Intervention. *The European Journal of Counselling Psychology*. <https://doi.org/10.46853/001c.146057>

Kratz, F., & Brüderl, F. J. (2025). Assessing age trajectories (of subjective well-being): clarifying estimands, identification assumptions, and estimation strategies. *European Sociological Review*. <https://doi.org/10.1093/esr/jcaf038>

Kulak-Bejda, A., Bejda, G., Kulak, W., Guzowski, A., Filon, J., Lukaszuk, C. ... Krajewska-Kulak, E. (2022). Impact of the Pandemic on Selected Aspects of Health-Promoting Attitudes in 2020–2021: A Cross-Sectional Study. *Front Public Health*, *10*: 916972. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.916972>

Lesińska-Sawicka, M., Pisarek, E., & Nagórska, M. (2021). The Health Behaviours of Students from Selected Countries – A Comparative Study. *Nursing Reports*, 11(2), 404–417. <https://doi.org/10.3390/nursrep11020039>

Levin, Y., Ben-Ezra, M., Hamama-Raz, Y., Maercker, A., Goodwin, R., Leshem, E., & Bachem, R. (2024). The Ukraine-Russia war: A symptoms network of complex posttraumatic stress disorder during continuous traumatic stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 16(7), 1110–1118. <https://doi.org/10.1037/tra0001522>

Makwana, N. (2019, October 31). Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(10), 3090–3095. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_893_19.

Matheson, S. (2025). *How can we Improve self-care practices and reduce burnout within New Zealand and Australian psychologists?: examining self-compassion and its link to self-care and burnout* ((Doctoral dissertation, a thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Arts in Psychology at Massey University), Auckland, New Zealand Massey University.

Matud, M. P., Díaz, A., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2020). Stress and psychological distress in emerging adulthood: A gender analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2859.

Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2012). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>.

Neff, K. D., Knox, M. C., Long, P., & Gregory, K. (2020). Caring for others without losing yourself: An adaptation of the Mindful Self-Compassion Program for Healthcare Communities. *Journal of clinical psychology*, 76(9), 1543–1562.

Olf, M., Amstadter, A., Armour, C., Birkeland, M. S., Bui, E., Cloitre, M., ... & Thoresen, S. (2019). A decennial review of psychotraumatology: what did we learn and where are we going? *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1672948. doi: 10.1080/20008198.2019.1672948

Penwarden, S. (2024). Continuing to Become Other: Responding to the Complexities of the Shifting Subject in Qualitative Research Through a Narrative Therapy Lens. *Qualitative Report*, 29(12).

Preiss, M., Fňášková, M., Berezka, S., Yevmenova, T., Heissler, R., Sanders, E., Winnette, P., & Rektor, I. (2024) War and women: An analysis of Ukrainian refugee women staying in the Czech Republic. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 11(4), 1–9. <https://doi.org/10.1017/gmh.2024.7>

Quarantelli, E. L. (1988). Disaster crisis management: A summary of research findings. *Journal of management studies*, 25(4), 373–385.

Quarantelli, E. L. (2006). Catastrophes are different from disasters: Some implications for crisis planning and managing drawn from Katrina. *Understanding Katrina: Perspectives from the social sciences*. Disaster Research Center (DRC) at the University of Delaware. <http://understandingkatrina.ssrc.org/Quarantelli/>

Rosenberg, H., Errett, N. A., & Eisenman, D. P. (2022). Working with Disaster-Affected Communities to Envision Healthier Futures: A Trauma-Informed Approach to Post-Disaster Recovery Planning. *The International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1723. doi: 10.3390/ijerph19031723.

Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13–39.

Rosenthal, S., Schlüssel, Y., Yaden, M., DeSantis, J., Trayer, K., Pohl, C., & Hojat, M. (2021). Persistent impostor phenomenon is associated with distress in medical students. *Family medicine*, 53(2), 118–122.

Salavera, C., Usán, P., & Teruel, P. (2020). The mediating role of positive and negative affects in the relationship between self-esteem and happiness. *Psychology research and behavior management*, pp. 355–361. Sec. Public Health Education and Promotion

Sapranaviciute-Zabazlajeva, L., Sileikiene, L., Luksiene, D., Tamosiunas, A., Radisauskas, R., Milvidaite, I., & Bobak, M. (2022 May). Lifestyle factors and psychological well-being: 10-year follow-up study in Lithuanian urban population. *BMC Public Health*, 19, 22(1):1011. doi: 10.1186/s12889-022-13413-4. PMID: 35590278; PMCID: PMC9118629.

Sherwood, C., & Makar, K. (2024). Students making sense of statistics through storytelling: A theoretical perspective based on Bruner’s narrative mode of thought. *Mathematics Education Research Journal*, 36(Suppl 1), 175–209.

Smit, C. (2017). Making self-care a priority: Caring for the carer. *Whitireia Nursing and Health Journal*, (24), 29–35.

Spytska, L. (2024). Forecasts regarding mental disorders in people in the post-war period. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 8(1), 100378. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100378>

Stinson, D. A., & Fisher, A. N. (2020). Self-Esteem and Health. *The Wiley Encyclopedia of health psychology*, pp. 615–621.

Sugden SG, Merlo G, & Manger S. (2024). Can lifestyle medicine improve global mental health? *Academia Mental Health and Well-Being*. <https://doi.org/10.20935/MHealthWellB6224>

Thoma, M. V., Redican, E., Adank, N., Schneemann, V. B., Shevlin, M., Maercker, A. & Rohner, Sh. L. (2025). ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex PTSD: prevalence, predictors, and construct validity in Swiss older adults. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2445368, <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2445368>

Tigranyan, S., Byington, D. R., Liupakorn, D., Hicks, A., Lombardi, S., Mathis, M., & Rodolfa, E. (2022). Factors related to the impostor phenomenon in psychology doctoral students. *Training and Education in Professional Psychology*, Vol. 10, 15(4), 298. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.916972>

Tušl, M., Brauchli, R., Kerksieck, P., & Bauer, G. F. (2021). Impact of the COVID-19 crisis on work and private life, mental well-being and self-rated health in German and Swiss employees: a cross-sectional online survey. *BMC public health*, 21(1), 741.

Tytarenko, T. M. (2024). Self-Recovery Practices of Ukrainian Civilians at the Beginning of the War: Subcultural Differences. *Insight: the psychological dimensions of society*, 12, 338–357. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-12-4>

Vargová, L., Jozefiaková, B., Lačný, M., & Adamkovič, M. (2024). War-related stress scale. *BMC Psychology*, 12, 208. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01687-9>

Veenstra, G., & Vanzella-Yang, A. (2022). Interactions between parental and personal socioeconomic resources and self-rated health: Adjudicating between the resource substitution and resource multiplication theories. *Social Science & Medicine*, 292, 114565.

Wong, H. J., & White, K. M. (2021). A theory-based examination of self-care behaviours among psychologists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28, 950–968. <https://doi.org/10.1002/cpp.2550>

Zalli, E. (2024). Grief and resilience: finding strength and growth through the grieving process. *Norwegian Journal of development of the International Science*, 128, 48–55. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10817324>

Наукове видання

Тетяна Михайлівна Титаренко

**СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я
У ЗАГРОЗЛИВИХ ЖИТТЄВИХ
ОБСТАВИНАХ**

Монографія

Літературне редагування *Т. А. Кузьменко*

В оформленні обкладинки використано картину
Бабка (Order Odonata). Художник – Данило Кубай(чук)

Адреса Інституту: 04070, м. Київ, вул. Андріївська, 15

Підписано до друку 04.05.2026 р. Гарнітура Times New Roman.

Ум. авт. арк. 6,2.

Електронне видання

Поліграфічно-видавничий центр ТОВ “Імекс-ЛТД”
Свідоцтво про реєстрацію серія ДК № 195 від 21.09.2000 р.

25006, м. Кропивницький, вул. Декабристів, 29.

Тел./факс (0522) 22-79-30, 32-17-05

E-mail: marketing@imex.net
