

волонтерських проєктах та громадських ініціативах, що допомагає відновити відчуття суб'єктності.

Сучасні травмофокусовані методи психологічної допомоги, такі як робота з тілесною усвідомленістю (Б. Ван дер Колк), стабілізаційні техніки та методики десенсибілізації (EMDR), допомагають інтегрувати травматичний досвід у власну життєву історію (Б. Ван дер Колк, 2022). Важливим орієнтиром є концепція посттравматичного зростання Р. Тедеші та Л. Калгуна, згідно з якою глибока криза може стати поштовхом до переоцінки цінностей, зміцнення характеру та формування нових життєвих орієнтирів (Тедеші Р., 2004).

Таким чином, страх змін у людей, які пережили втрату під час війни, є амбівалентним станом. З одного боку, він виступає потужним бар'єром для адаптації, провокуючи депресивні реакції та соціальне уникання. З іншого боку, цей страх маркує межі психологічної безпеки, за якими прихований потенціал для глибинної внутрішньої трансформації. Успішність подолання цього стану залежить від поєднання індивідуальної стійкості (резильентності), наявності підтримувального соціального середовища та професійної психологічної допомоги, що базується на інтеграції когнітивно-поведінкових та екзистенційно-гуманістичних підходів. Розуміння психологічних механізмів страху змін в умовах війни є необхідним для розробки ефективних програм реабілітації, що сприятимуть відновленню ментального здоров'я та життєвої стійкості українського суспільства.

Титаренко Т. М.

САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ВІЙНИ: ПРЕВЕНЦІЯ НЕГАТИВНОЇ ДИНАМІКИ

Постійно змінюване під впливом зовнішніх подій і внутрішніх станів ставлення до власного здоров'я формує більш усталену самооцінку здоров'я як складову Я-концепції людини. Самооцінка здоров'я великою мірою визначає задоволеність

життям, задає рівень психологічного добробуту і майбутні перспективи.

Чинників, які впливають на самооцінку здоров'я, чимало, і серед них такі важливі як умови проживання людини, якість навколишнього середовища, можливості професійної самореалізації, здатність до навчання, перекваліфікації тощо. Воєнні умови є екстремальними, небезпечними, загрозливими, і перебування всередині них протягом тривалого часу суттєво змінює увагу людини до власного здоров'я, усвідомлення його цінності, необхідності його берегти і відновлювати. І цей ракурс самооцінкової динаміки набуває все більшої актуальності, потребуючи вивчення.

Самооцінка здоров'я молодшої людини більш оптимістична і водночас нестійка, ніж самооцінка у людей середнього і старшого віку. Порівнюючи своє здоров'я зі здоров'ям інших, молода людина постійно оцінює і переоцінює готовність навчатися, розвиватися, здатність створювати і зберігати значущі стосунки, самореалізованість, вміння адаптуватися до несприятливих життєвих обставин, протистояти їм.

Завдання роботи полягало у пошуку можливостей запобігання негативним впливам війни на ставлення до здоров'я. Передбачалося дослідити типи ставлення до здоров'я і їх зв'язки з засобами превенції.

Для збору емпіричних даних використовувалися наступні методи емпіричного дослідження: анкетування, частотний аналіз; кростабуляційний аналіз (χ^2 Пірсона). Це дало змогу з'ясувати зв'язки самооцінки здоров'я з практиками відновлення, що їх можна вважати ключовою частиною превенції, за яку відповідає сама людина, не розраховуючи на допомогу ззовні. У роботі аналізуються блок запитань з авторського опитувальника відділу соціальної психології особистості НАПН України, поширеного онлайн серед вибірки респондентів віком від 17 до 44 роки (N=502) восени 2025 року. Фокус аналізу емпіричних даних – вибір практик відновлення відповідно до динаміки змін у самооцінці здоров'я.

Вибірка характеризується переважанням молодих учасників і складається переважно з респондентів 17-21 р., лише п'яту частину вибірки складають люди 22-44 р. Як нерідко

спостерігається у добровільних онлайн опитуваннях, переважна кількість вибірки жіночої статі (80,3%).

За отриманими даними, більшість учасників ставиться до війни як до багатовимірної загрози для власного здоров'я, яка несе не лише безпосередню фізичну небезпеку, а й має досить пролонговану негативну дію. Воєнні умови створюють у цивільного населення стан постійної напруженості, очікування чогось вкрай негативного, страшного і нескінченного. Повсякденні потреби, включаючи базові фізіологічні, не задовольняються, страхи накопичуються, тривоги з приводу майбутнього не розсіюються. Все це стає звичним тлом багаторічної воєнної повсякденності, що впливає на самооцінку здоров'я.

Розглянемо варіанти змін у самооцінці стану здоров'я за три роки після початку повномасштабної фази війни. Велика частка опитаних (43,8%) зазначила, що самооцінка здоров'я суттєво не змінилася. Така відсутність динаміки свідчить про відносну ригідність стилю життя, сформованих поведінкових стереотипів, стратегій прояву самотурботи, які не коригуються навіть у небезпечних воєнних умовах. Ця група зі стійкою самооцінкою здоров'я є **ресурсо-стабілізаційною**, оскільки її представники зберігають довоєнний режим саморегуляції і ресурсозбереження. Такий режим задовольняє потребу у посиленому контролі емоційної стабільності, хоча цей контроль може виявитися ілюзорним.

Представники другої групи склали понад третину респондентів (34,9%). Їхнє ставлення до здоров'я за часи війни стало більш усвідомленим, пильним, цілеспрямованим. Зміни у режимі життєдіяльності свідчать про потребу додатковою мобілізації ресурсів, яка активізується під впливом тривалої загрози життю і здоров'ю, про готовність шукати більш досконалі способи самопідтримки і допомоги. Для цієї **ресурсо-накопичувальної** групи війна стала стимулом для активізації турботи про себе, розумінням необхідності внесення коректив у звичний стиль життя, спосіб поповнення ресурсів. Новий режим саморегуляції посилює адаптивність, змінює поведінкові стереотипи на більш динамічні і гнучкі.

У представників третьої групи, що складає п'яту частину респондентів (21,3%), натомість, спостерігається зниження уваги до свого здоров'я, ігнорування повсякденних потреб. Ймовірно, подібна картина пояснюється втомою, накопиченням стресу, відчуттям безсилля, загальним виснаженням. Воєнні умови не стали для цієї *ресурсо-затратної* групи стимулом для пошуку ресурсів відновлення і не активізувати засоби превенції. Зниження уваги до свого здоров'я у представників групи пов'язане з перевантаженням ресурсного потенціалу, коли витрати енергії на виживання значно перебільшують здатність до їх накопичення, відновлення.

Аналіз зв'язків між динамікою самооцінки здоров'я та практиками відновлення показав, що найбільш значущими ресурсами виступають звичні тілесні практики. Найсильніші статистичні зв'язки виявлено для відпочинку, сну, фізичної активності та прогулянок, що підтверджує важливу роль саморегуляції у превенції негативних змін здоров'я, підтриманні психологічного добробуту під час тривалого кумулятивного стресу.

Важливим ресурсом відновлення також є інтенсифікація спілкування з близькими, друзями, коханою людиною. Адже саме значуще коло комунікацій з тими, кому людина довіряє, може надати найбільш індивідуалізовану емоційну підтримку та відчутно знизити рівень напруження. Особи, що перебувають у тривалих стосунках чи шлюбі, хоч і використовують активніше спілкування як ресурс, але водночас гостріше сприймають загрозу обстрілів, хвилюючись одне за одного, а можливо, й індукуючи взаємно посилення страхів. Несамотні люди часто переживають страх розриву, що у свою чергу підвищує значення комунікативного ресурсу відновлення.

Помітну, хоча й дещо менш виражену роль у відновленні відіграють творчі заняття (хобі, читання, малювання), а також духовні практики (релігія, медитація, йога). Натомість такі практики самовідновлення, як звернення до розважального контенту, не продемонстрували значущих зв'язків із зміною ставлення до здоров'я. Хоча більша частина респондентів використовує гумор як оперативну розрядку і спосіб покращення настрою, водночас групові розваги, ігри, серіали,

все ж розвантажувальний ефект подібних практик нетривалий, і довгострокове відновлення не відбувається. Не дуже популярні серед респондентів і практики звернення за допомогою до лікарів, психологів, психотерапевтів.

Порівняння трьох груп із різною самооцінкою здоров'я дозволило побачити певну специфіку відновлення. Найбільш інтенсивне використання різних способів відновлення спостерігається у представників *ресурсно-затратної групи*. Вони віддають перевагу різним формам фізичної активності, базовим формам відпочинку (сон, прогулянки, спорт), а також соціальній підтримці (спілкування з близькими). Певною мірою значущими є також хобі, творчі заняття та занурення у навчання чи роботу. Така конфігурація превентивних заходів сприяє подоланню напруження через активне витрачання наявних ресурсів завдяки мобілізації широкого спектру способів відновлення.

У *ресурсно-стабілізаційній групі* використання різноманітних практик виглядає більш збалансовано. Окрім базових форм фізичного відновлення та спілкування з близькими, значущу роль відіграють духовні та рефлексивні практики (релігія, медитація, дихальні вправи), а також занурення у навчання чи роботу. У такий спосіб підтримується внутрішня рівновага, стабілізується стан здоров'я. Конфігурація превентивних заходів включає разом із повсякденними ресурсами також додаткові способи саморегуляції та смислової підтримки.

Натомість *ресурсно-накопичувальна група* характеризується вибірково зорієнтованим стратегічним використанням практик відновлення. Для представників цієї групи значущими є не лише базові форми відпочинку та підтримка близького оточення, а й практики, пов'язані з особистісним розвитком і самодопомогою — творчість, культурні інтереси, саморегуляція та самовдосконалення. Конфігурація превентивних заходів сприяє поступовому накопиченню ресурсів, зорієнтованих на довготривале підтримання психологічного добробуту.

Висновки. Воєнні умови підштовхують цивільне населення до самостійних зусиль, спрямованих на збереження і

покращення стану здоров'я, тоді як звернення до спеціалістів не дуже популярні.

Відмінності між представниками ресурсо-стабілізаційної, ресурсо-накопичувальної та ресурсо-затратної самооцінки здоров'я потребують різних форм превенції.

Універсальними для різних типів самооцінки здоров'я є такі ресурси відновлення, як фізичний відпочинок і соціальна підтримка. Водночас відмінності між групами проявляються у способах мобілізації додаткових ресурсів: від інтенсивного їх витрачання до стабілізації і накопичення, що відображає різні стратегії підтримання психологічного добробуту в умовах стресових перевантажень.

Ушакова І. М., Демчик К.І.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ОСОБИСТІСНОЇ ЗРІЛОСТІ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Особистісна зрілість є однією з ключових категорій сучасної психології, що відображає рівень розвитку самосвідомості, автономності, відповідальності та здатності до самореалізації. У науковій літературі вона розглядається як інтегративна характеристика особистості, яка формується у процесі соціалізації, активної діяльності та самопізнання.

Аналіз теоретичних підходів засвідчує, що у зарубіжній психології особистісна зрілість пов'язується насамперед із процесами самоактуалізації, внутрішньої гармонії та автентичності (Маслоу А., 2011). Зокрема, зріла особистість визначається як така, що здатна до повного прийняття себе, відкритості досвіду та відповідального вибору. Натомість у вітчизняній психологічній традиції акцент зроблено на соціальній зумовленості розвитку, моральній відповідальності та саморегуляції поведінки (Бех І., 2012; Титаренко Т., 2013).

На нашу думку, найпродуктивнішим є інтегративний підхід, який поєднує як внутрішньоособистісні (самосвідомість, автономність), так і соціальні (відповідальність, взаємодія) аспекти зрілості. Саме така єдність забезпечує здатність