

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Фармацевтичний та медико-профілактичний факультет
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

На правах рукопису

Євтушенко Тетяна Володимирівна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

на тему: «Психологічний супровід горювання»

Керівник:

Живоглядов Юрій Олексійович,

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології
НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Рецензент:

Гуцол Кирило Віталійович,

доктор філософії з психології,
старший науковий співробітник лабораторії когнітивної психології
Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України

Робота містить результати власного дослідження автора. Використані здобутки інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Т.В. Євтушенко
(підпис)

Робота допущена до захисту 02 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

_____ професор В.В. Краснов
(підпис)

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ГОРЮВАННЯ.....	8
1.1. Сутність горювання, основні моделі та теорії горювання..	8
1.2. Фактори, що впливають на переживання горя.....	18
1.3. Критерії діагностики переживання особистістю ускладненого горя за DSM-5 та МКХ-11.....	28
1.4. Сучасні психодіагностичні інструменти дослідження особливостей процесу горювання.....	33
1.5. Сучасні методи та підходи психологічного супроводу горювання.....	36
1.6. Психологічна допомога в онлайн форматі.....	49
Висновки до розділу 1.....	50
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЦЕСУ ПЕРЕЖИВАННЯ ГОРЯ У ЖІНОК, ЯКІ ВТРАТИЛИ ПАРТНЕРА НА ВІЙНІ.....	53
2.1. Методологічне обґрунтування програми дослідження, її мети та завдання.....	53
2.2. Методи дослідження.....	55
2.3. Аналіз й інтерпретація емпіричних даних.....	60
Висновки до розділу 2.....	70
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ОНЛАЙН ПРОГРАМИ СУПРОВОДУ ПЕРЕЖИВАННЯ ГОРЯ У ЖІНОК, ЯКІ ВТРАТИЛИ ПАРТНЕРА НА ВІЙНІ, ТА НАДАВАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ.....	72
3.1. Методологічні основи супроводу горювання у жінок, що втратили партнера на війні.....	72
3.2. Розробка онлайн програми супроводу горювання.....	74
3.3. Оцінка ефективності програми.....	79

3.4. Практичні рекомендації для психологів щодо організації психологічної допомоги для осіб, що переживають горе.....	84
Висновки до розділу 3.....	88
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	90
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	94
ДОДАТКИ.....	107

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. В умовах війни, що триває в Україні, значно збільшилась кількість людей, які стикнулися з різного роду психотравмуючими подіями, в тому числі з втратами. Діти втратили батьків, домівки, можливість навчатися, спілкуватися з ровесниками. Жінки втратили чоловіків на війні, включно з тими, що вважаються зниклими безвісти. Чоловіки втратили звичний побут, можливість вільно пересуватися за межами країни тощо.

Дослідження останніх років (К. В. Комішке-Конерруп та інші, П. Т. Бартоне та інші) відмічають дефіцит, а також недостатню доказовість емпіричних досліджень щодо супроводу горювання, а також підкреслюють критичну необхідність систематичної психологічної підтримки для подолання наслідків війни, важливе місце серед яких посідає горювання [54; 17].

Наприклад, дослідження А. Калайцакі та А. Таміолакі вказують на високу поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та тривожних станів серед осіб, які пережили військові дії [52]. Крім того, дослідження С. Лелек показало, що горювання серед українців часто супроводжується симптомами ПТСР [55]. Е. Редікан та інші своїм дослідженням показують, що значний відсоток українців, які втратили близьких, вірогідно мають затяжний розлад горя згідно з критеріями МКБ-11 [82]. К. Вернер та інші вказують на збільшення ризику психосоматичних розладів у людей літнього віку, які переживають втрату [108]. Дж. Алої звертає увагу на специфічні проблеми ветеранів, такі як гальмування процесу горювання та труднощі інтеграції втрати в мирному житті [12].

Під час війни особливого значення набуває оцінка психоемоційного стану населення та розробка ефективних методів психологічної підтримки населення. І. Осадченко та інші зазначають, що компетентна психологічна допомога є ключовим елементом для мінімізації негативних психоемоційних наслідків

війни [8]. Дослідження Л. П'янківської показує, що надання соціальної підтримки та психологічної допомоги жертвам війни сприяє зменшенню рівня психоемоційного стресу та покращенню загального добробуту [78]. Дж. Бушард та інші акцентують увагу на необхідності адекватної психосоціальної підтримки задля зменшення негативних наслідків у постраждалого населення [28].

Таким чином, актуальність теми психологічного супроводу горювання в умовах війни в Україні є безсумнівною. Розробка і забезпечення ефективних програм психологічної підтримки людей, що переживають горе, є критичним фактором збереження психічного здоров'я населення та мінімізації довготривалих негативних наслідків війни.

Мета дослідження – провести теоретичне та емпіричне дослідження психологічних особливостей переживання горя серед жінок, які втратили партнера на війні.

Реалізація поставленої мети передбачала виконання таких **завдань**:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових досліджень щодо проблеми психологічного супроводу горювання.
2. Провести емпіричне дослідження особливостей переживання горя жінок, які втратили партнера на війні.
3. Проаналізувати особливості взаємозв'язку горя з депресивними симптомами та рівнем інтеграції досвіду.
4. Розробити онлайн програму психологічного супроводу горювання у жінок, які втратили партнера на війні, та провести оцінку її ефективності.
5. Сформулювати рекомендації щодо організації психологічної допомоги для осіб, що переживають горе.

Об'єкт дослідження – процес горювання у дорослому віці.

Предмет дослідження – особливості психологічного супроводу горювання жінок, які втратили партнера на війні.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань у роботі були використані методи теоретичного й емпіричного дослідження:

а) теоретичні методи (аналіз, порівняння, класифікація, систематизація, узагальнення) дали можливість вивчення особливостей проблеми горювання та науково–теоретичного обґрунтування отриманих даних;

б) емпіричні методи дослідження:

1. Інструментарій для самооцінювання травматичного горя плюс (TGI–SR+) [21, 58];

2. Шкала депресії Бека [19; 71];

3. Шкала інтеграції досвіду переживання стресів (ISLES) в адаптації В. Зливкова, С. Лукомської [48; 7];

в) методи статистичної обробки кількісних даних: коефіцієнт кореляції рангу Спірмена.

Організація і база дослідження. У дослідженні брали участь 25 жінок у віці від 24 до 43 років, які переживають стан горя через втрату партнера на війні. Умовою участі у програмі також було те, що минув не менше, ніж тиждень після похорону. Залучення учасників дослідження відбувалося за допомогою соціальних мереж Instagram та Facebook, опитування респондентів здійснювалося із використанням Google–форм. Упровадження розробленої у межах наукового пошуку програми супроводу горювання здійснювалося із використанням платформи Zoom на базі ФОП Євтушенко Тетяна Володимирівна.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження:

1. Вперше проведено аналіз взаємозв'язку рівня вираженості горя з депресивними симптомами та рівнем інтеграції досвіду втрати.

2. Удосконалено технологію застосування методик дослідження горювання у жінок, які втратили партнера на війні.

3. Дістали подальшого розвитку теоретичні уявлення про застосування психологічних методів до супроводу горювання в дорослому віці.

Теоретичне значення дослідження полягає в структуруванні даних про особливості переживання горя особистістю, про фактори, які на це впливають та методи психологічного супроводу горювання.

Практичне значення дослідження полягає в розробці групової програми супроводу горювання в онлайн форматі, а також в можливості використання результатів і розроблених рекомендацій, практичними психологами в процесі індивідуального та групового консультування дорослих осіб, які переживають горе.

Апробація результатів дослідження. Апробація результатів дослідження здійснювалась під час науково-практичної конференції з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 5.0» (24 травня 2024 р., м. Київ, Україна).

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 111 найменувань, та 3 додатків. У дослідженні вміщено 3 таблиці і 5 рисунків. Основний зміст викладено на 106 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 112 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ГОРЮВАННЯ

Горювання є емоційним процесом, який відображає реакцію людини на втрату близької особи або значущого елемента її життя. Цей процес, хоча й глибоко індивідуальний, має загальні риси, які дозволяють його вивчати та моделювати у межах психологічної науки. Протягом десятиліть вчені намагалися зрозуміти сутність горя, розробляючи різноманітні теоретичні моделі, що пояснюють, як людина проходить через різні етапи горювання, якими механізмами вона використовує для подолання втрати та як її психічний стан змінюється у процесі адаптації до нової реальності.

Класичні теорії горювання, такі як модель п'яти стадій Кюблер-Росс, фокусуються на послідовності емоційних реакцій, через які проходить людина після втрати. Ці теорії залишаються важливими для розуміння загальних закономірностей переживання горя. Однак сучасні дослідження показують, що процес горювання є набагато складнішим, оскільки він підпадає під вплив різноманітних індивідуальних, соціокультурних та психологічних факторів, що роблять цей досвід унікальним для кожної людини.

Мета цього розділу — проаналізувати основні моделі та теорії горювання, починаючи з класичних підходів і закінчуючи сучасними концепціями, які враховують індивідуальні відмінності та культурний контекст. Це дозволить глибше зрозуміти сутність горювання як психологічного феномена і його вплив на особистісний розвиток та соціальну адаптацію людей, що стикаються з втратами.

1.1. Сутність горювання, основні моделі та теорії горювання

Теоретичні підходи до розуміння процесу горювання розвивалися протягом багатьох десятиліть, і на сьогодні існує низка моделей та теорій, які намагаються

пояснити, як люди переживають горе та які фактори впливають на його перебіг. Ці моделі не лише допомагають краще зрозуміти сутність горювання, але й сприяють розробці ефективних методів психологічної підтримки для осіб, які стикаються з втратою.

Однією з перших і найвпливовіших теорій горя стала психоаналітична теорія, запропонована З. Фрейдом. У своїй праці «Траур і меланхолія» (1917) він уперше систематизував концепцію горя, визначивши його як природну реакцію на втрату значущого об'єкта [42]. Він підкреслював, що горювання є складним емоційним процесом, який потребує від людини певних зусиль для адаптації до життя без померлого.

З. Фрейд вважав, що горе є невід'ємною частиною людського досвіду і його значення полягає в тому, що воно дозволяє людям обробити втрату та знайти новий сенс у житті. Він описував процес горювання як послідовність етапів, які індивід має пройти для успішної адаптації. Ці етапи включають заперечення, гнів, торг, депресію та прийняття, що пізніше було розширено іншими дослідниками, такими як Е. Кюблер-Росс [5]. Він наголошував, що на кожному з цих етапів людина стикається з інтенсивними емоціями, які необхідно пережити для досягнення внутрішнього прийняття втрати.

З. Фрейд також звертав увагу на те, що горе може бути ускладнене, якщо індивід не здатен відпустити пам'ять про померлого. Таке ускладнене горе, або «психічна меланхолія», може призвести до серйозних психічних розладів, таких як депресія. Він вважав, що для подолання горя важливо не лише пережити емоції, але й знайти спосіб інтегрувати пам'ять про померлого в нову реальність [42].

Робота З. Фрейда стала основою для подальших досліджень у сфері психології горя. Його концепція про те, що горе є нормальним і необхідним процесом адаптації до втрати, була розвинута іншими психологами. Наприклад, Джон Боулбі у своїй теорії прив'язаності підкреслював важливість емоційних зв'язків у процесі горювання, наголошуючи, що інтенсивність горя

безпосередньо залежить від характеру прив'язаності до померлого, а також від соціальної підтримки [1].

Ідеї З. Фрейда також вплинули на розвиток психотерапевтичних підходів до роботи з горем. Його наголос на переживанні емоцій та необхідності інтеграції втрати в нову реальність стали основою багатьох сучасних терапевтичних методик. Наприклад, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) включає в себе елементи, які допомагають клієнтам ідентифікувати та змінювати деструктивні переконання, пов'язані з горем, що частково відповідає підходам З. Фрейда [22].

Незважаючи на значний вплив робіт З. Фрейда, його концепція горя зазнала критики. Деякі психологи вказували на те, що його підхід є занадто лінійним і не враховує індивідуальні відмінності у переживанні втрати. Більш пізні дослідження підтверджують, що процес горювання є нелінійним і може включати циклічні етапи. Він також може варіювати залежно від особистісних, соціальних та культурних факторів. Наприклад, подвійна модель адаптації, розроблена М. Штробе і Х. Шутом, підкреслює важливість гнучкості у процесі горя. Вони стверджують, що особи можуть переживати горе в різний спосіб у різні періоди часу, залежно від внутрішнього стану та зовнішніх факторів. Ці підходи розширюють фрейдівське розуміння горя, додаючи нові аспекти, такі як соціальна підтримка та індивідуальні стратегії подолання втрати [98].

Модель стадій горювання, розроблена Елізабет Кюблер-Росс, пропонує п'ятиетапну структуру, яка відображає типові емоційні реакції людини на втрату: заперечення, гнів, торг, депресія та прийняття. Ці етапи допомагають зрозуміти, як людина проходить через горе і пристосовується до нової реальності без близької особи [5]. Однак сучасні дослідники наголошують, що ці стадії не завжди проходять у суворій послідовності, а інколи переплітаються або повторюються залежно від обставин та особливостей особистості [76].

Перша стадія — заперечення — є природною реакцією на шок втрати, яка проявляється в уникненні реальності події та захищає людину від надмірного емоційного стресу. Це тимчасове «емоційне оніміння» допомагає людині

поступово прийняти факт втрати та підготуватися до наступних етапів скорботи [5].

Гнів — друга стадія, де особа може відчувати інтенсивні емоції обурення та несправедливості, часто направлені на інших людей або навіть на самого померлого. Важливість цього етапу підкреслюють П. Босс (2014) та А. Чов (2018), які вказують, що гнів дає можливість для емоційного вираження напруги, що сприяє поступовому виходу з травматичного стану. Крім того, гнів, якщо він не стає тривалим, допомагає зміцнити психологічний стан і подолати почуття безсилля перед втратою [26; 32].

Третя стадія — торг — пов'язана з прагненням змінити ситуацію, віднайти можливі шляхи відновлення минулого чи уникнення втрати. На цьому етапі людина, шукаючи контролю, часто звертається до духовних або символічних форм підтримки, переглядаючи минулі події та аналізуючи, що можна було зробити інакше. Стадія торгу є важливою для підтримки внутрішнього балансу та поступової адаптації до нових умов, оскільки дає людині відчуття контролю над своїм життям.

На четвертій стадії — депресії — людина усвідомлює остаточність втрати, що викликає відчуття глибокого смутку, ізоляції та безнадії. Саме на цьому етапі емоційний біль проявляється найсильніше, а особа часто знижує свою соціальну активність, намагаючись впоратися з внутрішнім болем самотійно. Дослідження П. А. Боелен (2020) показують, що депресивний стан на цій стадії є важливою частиною процесу горювання, оскільки допомагає людині повністю усвідомити втрату і перейти до прийняття нового життєвого стану [21].

Остання стадія — прийняття — є фінальним етапом, коли людина поступово знаходить спосіб жити далі, інтегруючи досвід втрати у свій життєвий світ. Прийняття не означає забуття померлого, а швидше, інтеграцію його пам'яті у свою повсякденність. Як зазначають Р. Неймейєр (2015) та М. С. Ейсма і М. Stroebe (2020), на цьому етапі особа відновлює здатність до соціальної

активності, знаходить нові смисли та життєві цілі, що дозволяє їй жити з втратою, але не під її тягарем [66; 39].

Хоча модель Е. Кюблер-Росс є структурованою основою для розуміння горя, як зазначалось вище, сучасні дослідження вказують на її адаптивний характер та можливість повернення до попередніх стадій за певних обставин [27]. Попри це, модель Е. Кюблер-Росс залишається важливою у психологічній підтримці, оскільки вона дозволяє структурувати емоційний досвід горя, що допомагає психологам надавати ефективну допомогу особам у періоди втрати.

Теорія прив'язаності, розроблена Джоном Боулбі, є однією з найвпливовіших концепцій у сучасній психології, яка пояснює формування емоційних зв'язків між людьми та їхній вплив на різні аспекти життєдіяльності, зокрема на процес переживання втрати. Відповідно до цієї теорії, стиль прив'язаності, що формується в дитинстві, відіграє визначальну роль у тому, як особа буде переживати втрату в дорослому віці. Дж. Боулбі виділив кілька стилів прив'язаності: безпечний, тривожний, уникаючий і дезорганізований (амбівалентний). Кожен із цих стилів має свої особливості у контексті переживання горя [1].

Безпечний стиль прив'язаності характеризується тим, що люди з цим типом прив'язаності зазвичай мають стабільні міжособистісні стосунки та ефективні стратегії подолання стресу. У контексті переживання горя особи з безпечною прив'язаністю краще інтегрують втрату в свій життєвий досвід, здатні відкрито висловлювати свої емоції та активно шукати підтримки у соціальному оточенні [1]. Наукові дослідження підтверджують, що люди з таким типом прив'язаності демонструють нижчі рівні депресії та тривожних розладів після втрати близької людини [28]. Це свідчить про високу адаптаційну здатність осіб із безпечним стилем прив'язаності у процесі горювання.

Тривожний стиль прив'язаності характеризується підвищеною емоційною залежністю та надмірною потребою у підтримці. Люди з таким стилем прив'язаності схильні до переживання горя з великою інтенсивністю,

відчуваючи тривалий страх втратити підтримку оточення та постійну потребу у визнанні та підтвердженні своїх емоційних переживань. Вони можуть мати труднощі з прийняттям втрати і часто переживають значний емоційний стрес [1]. Дослідження свідчать, що тривожна прив'язаність корелює з вищими рівнями симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у людей, які пережили втрату, що ускладнює процес адаптації до нових життєвих обставин [54].

Уникаючий стиль прив'язаності проявляється схильністю до уникання емоційних стосунків і відсторонення від глибоких емоційних переживань. Люди з таким стилем прив'язаності часто мають труднощі у вираженні своїх почуттів, що може призвести до ізоляції у процесі горювання. Вони намагаються приглушити свої емоції та дистанціюватися від болісних переживань, що може ускладнити процес адаптації та інтеграції втрати в їхнє життя [1]. Дослідження вказують на те, що особи з уникаючим стилем прив'язаності частіше стикаються з ускладненим горем, що може супроводжуватися труднощами у прийнятті втрати та продовженні життя [76].

Дезорганізований стиль прив'язаності є найбільш складним і суперечливим у контексті емоційної регуляції та переживання горя. Люди з цим стилем прив'язаності відчувають протиріччя між потребою у близькості та страхом перед нею. Це призводить до хаотичних та непередбачуваних емоційних реакцій на втрату. Вони можуть одночасно відчувати потребу в підтримці та одночасно боятися її, що створює додаткові труднощі у процесі горювання [1]. Наукові дослідження показують, що дезорганізована прив'язаність часто пов'язана з підвищеним ризиком розвитку психічних розладів, таких як тривожні розлади та депресія [108].

Таким чином, теорія прив'язаності Дж. Боулбі надає важливе розуміння того, як різні стилі прив'язаності впливають на здатність людини переживати втрату та інтегрувати її у своє життя.

Дослідження Коліна Мюррея Паркеса та Тоні Волтера суттєво розширили розуміння горювання, пропонуючи нові концептуальні рамки для вивчення цього складного процесу.

У своїй книзі «Горе: дослідження втрати в дорослому житті» (1972) К. Паркес описав горювання як «реорганізаційну схему», в рамках якої людина повинна перебудувати свою картину світу після втрати [75]. Він виділив чотири основні фази горювання.

1. Оніміння: на цьому етапі людина може відчувати шок і заперечення, не в змозі усвідомити реальність втрати. Це може бути захисною реакцією, яка дозволяє уникнути емоційного болю.
2. Тужіння: на цьому етапі людина починає усвідомлювати втрату і переживати глибокий емоційний біль. Виникають відчуття смутку, гніву і безвиході, які можуть бути дуже інтенсивними.
3. Дезорганізація: людина на цьому етапі може відчувати плутанину та дезорієнтацію. Виникає потреба в адаптації до нових умов життя, що може бути важким процесом.
4. Реорганізація: на цьому етапі особа намагається інтегрувати втрату в своє життя, знаходячи новий сенс і можливості для особистісного зростання. Це може включати нові стосунки або зміни в життєвих цілях.

К. Паркес підкреслює, що горювання є індивідуальним процесом, і його тривалість та інтенсивність можуть варіювати в залежності від особистісних і соціальних факторів [75]. Дослідження підтверджують, що люди з підтримуючим соціальним оточенням легше проходять через ці фази, що підкреслює важливість соціальної підтримки в процесі горювання [27; 76].

Т. Волтер акцентує увагу на важливості нарративу та пошуку сенсу в процесі горювання. Він підкреслює, що здатність особи знайти сенс у втраті може суттєво вплинути на процес горювання [106]. Він вважає, що горювання може бути не тільки болісним, але й трансформаційним досвідом, що веде до особистісного

зростання, якщо людина отримує належну підтримку та має можливість виразити свої емоції [107].

Однією з ключових ідей Т. Волтера є значення ритуалів у процесі горювання. Він зазначає, що ритуали допомагають людям структурувати свій досвід втрати і створюють можливості для соціальної підтримки. Ритуали можуть включати пам'ятні служби, створення куточків пам'яті або навіть особливі практики, такі як написання листа померлому [106]. Відомо, що проведення ритуалів може зменшити інтенсивність горя та сприяти емоційному відновленню [57; 17].

Т. Волтер також підкреслює важливість соціальної підтримки в процесі горювання. Він вважає, що люди з підтримуючим оточенням легше справляються з емоційним болем. Це підтверджує необхідність створення соціальної мережі для підтримки осіб, які переживають втрату [107]. Дослідження демонструють, що соціальна підтримка може значно зменшити ризик розвитку ускладненого горя і психічних розладів [27; 12].

Обидва дослідники підкреслюють, що горювання є складним і багатовимірним процесом, що вимагає гнучкості та адаптивності від особистості. Вони вказують на те, що горювання не є одноразовим процесом, а потребує постійної адаптації до нових умов життя. Це підкреслює важливість індивідуального підходу до кожної особи, що переживає втрату.

Дослідження К. Паркеса і Т. Волтера стали основою для подальших теорій і практик у сфері психологічної підтримки осіб, які переживають горе. Їхні концепції застосовуються в терапевтичних програмах, що спрямовані на допомогу людям у процесах інтеграції втрати в їхнє життя. Наприклад, програми, що включають елементи психоедукації, арттерапії та когнітивно-поведінкової терапії, можуть бути ефективними у підтримці людей, які переживають горе [62; 57; 66].

Дуальна модель адаптації до втрати, розроблена М. Стробе та Х. Шутом, є однією з провідних сучасних концепцій, що пояснює складність процесу горювання та його вплив на психічний стан людини. Відповідно до даної моделі,

процес адаптації до втрати відбувається завдяки чергуванню двох основних орієнтацій: на втрату та на відновлення. Орієнтація на втрату характеризується зосередженістю на емоціях, пов'язаних із втратою близької людини, таких як смуток, біль, туга, які часто стають домінуючими у повсякденному житті особи. Орієнтація на відновлення, натомість, передбачає адаптацію до нових умов життя та поступове формування нових цінностей, цілей і соціальних зв'язків. Таке чергування дозволяє зберігати баланс між переживанням емоцій та поверненням до активного життя, що, згідно з дослідженням Л. Ленферінк та ін., сприяє зниженню ризику розвитку ускладненого горя [57].

Особливістю дуальної моделі є її акцент на динамічності процесу горювання, що відбувається у вигляді коливань між двома орієнтаціями залежно від обставин, внутрішнього стану та зовнішніх факторів. Так, під час нових стресових подій або ювілейних дат людина може повернутися до стадії глибокого смутку, що не означає повернення на початкові етапи горювання, а лише відображає складність та багатовимірність цього процесу. На відміну від лінійних моделей, які часто спрощують горювання до послідовних етапів, дуальна модель акцентує увагу на адаптивній природі перемикання між орієнтаціями, яке допомагає людям не застрягати у власних переживаннях, а підтримувати психологічну стійкість [97].

Соціальні аспекти горювання також грають важливу роль у контексті дуальної моделі. Дослідження, проведені Г. Бушард (2023), показують, що підтримка соціального оточення та можливість ритуалів прощання, які забезпечують соціальні мережі, сприяють переходу між орієнтаціями на втрату та відновлення, оскільки створюють умови для переживання горя у безпечному середовищі [27]. У свою чергу, К. Вернер та Дж. Вік (2024) підкреслюють, що наявність соціальної підтримки є критично важливим чинником, який полегшує процес інтеграції втрати в нову життєву реальність, знижуючи ризик розвитку психосоматичних розладів серед осіб, що пережили втрату [108].

У межах цієї моделі вважається важливим врахування культурних факторів, які визначають, як саме людина може відчувати та виражати горе. Наприклад, дослідження Н. Кавамура та Т. Райан (2021) вказують на роль культурної пам'яті у формуванні колективних форм горювання, які сприяють соціальній підтримці та забезпечують ритуальну основу для переходу від орієнтації на втрату до орієнтації на відновлення [53]. Це особливо важливо для груп населення, які стикаються з війною та іншими колективними травмами, де культура слугує основою для збереження емоційної стійкості [31]. У цьому контексті культурні ритуали виконують терапевтичну функцію, знижуючи рівень тривожності та сприяючи адаптації до нової реальності через формування спільних цінностей та емоційної підтримки, що також підтверджується дослідженням К. Аркінсталл (2013) [14].

Значення дуальної моделі адаптації до втрати підтверджується і в умовах сучасних викликів, зокрема в умовах війни. Так, дослідження Е. Редікан та ін. (2024) показують, що особи, які пережили втрату у воєнний період, використовують різні адаптивні стратегії, що підтверджує гнучкість, описану М. Стробе та Х. Шутом [82]. Особливості горювання, характерні для воєнних умов, включають активацію механізмів психологічної захисної адаптації, що забезпечує здатність переходити від фокусування на втраті до нових життєвих цілей, що є основою процесу відновлення.

Крім того, дослідження А. Калайтзакі та А. Таміолакі наголошує, що в умовах військових конфліктів необхідно враховувати індивідуальні потреби людей, які переживають горе, та надавати їм можливості для вираження емоцій і участі в ритуалах прощання. Це свідчить про те, що адаптація до втрати потребує комплексного підходу, який включає як емоційні, так і соціальні аспекти [52].

Таким чином, дуальна модель адаптації до втрати є цінним підходом до розуміння процесу горювання в контексті індивідуальних, соціальних та культурних факторів. Незважаючи на те, що модель була розроблена понад два десятиліття тому, вона залишається актуальною і широко застосовується в

сучасних дослідженнях та практиці психологічної підтримки. Вона надає психологам інструменти для розробки терапевтичних програм, що підтримують особисту гнучкість у переживанні горя та сприяють адаптації до нових життєвих умов через баланс між емоційним вираженням та орієнтацією на відновлення, що підтверджується численними емпіричними дослідженнями [32; 57; 98; 99].

1.2. Фактори, що впливають на переживання горя

Війна є однією з найбільш травматичних подій, що здатна глибоко вплинути на психічний стан людини. Переживання втрат у воєнних умовах потребує особливої уваги науковців та практиків. Горювання в цих умовах ускладнюється додатковими факторами, серед яких невизначеність, постійне відчуття небезпеки, раптовість втрат та порушення соціальних зв'язків. Тож важливим є дослідження індивідуально-психологічних та соціокультурних чинників, що впливають на процес горювання, з метою розробки ефективних психологічних інтервенцій та підтримки.

Горе є складним і індивідуальним процесом, що значною мірою залежить від внутрішніх особливостей людини. У цьому контексті індивідуально-психологічні фактори, такі як світогляд, система цінностей, попередній досвід втрат, емоційна стійкість, когнітивні здібності та релігійні переконання тощо набувають особливого значення. Ці фактори визначають, як саме людина справляється з горем і як швидко вона може адаптуватися до нових обставин. Розглянемо детальніше кожен із цих аспектів.

Серед індивідуально—психологічних факторів виділяють:

✓ Світогляд і система цінностей

Світогляд та система цінностей особистості є одним із основних чинників, що впливають на сприйняття смерті та втрат. Люди з глибокими духовними або релігійними переконаннями мають здатність легше переносити втрати, оскільки їхні переконання надають сенсу таким подіям, як смерть, та забезпечують

відчуття надії на подальше життя. Дослідження В. Москальця демонструє, що віра і релігійні обряди допомагають знизити рівень тривожності та депресії серед постраждалих під час війни, оскільки вони надають структуроване пояснення втратам і полегшують процес адаптації до нової реальності [6].

Окрім релігійних переконань, філософський світогляд також може відігравати роль у процесі горювання. Люди, які сприймають смерть як природний етап життя, легше адаптуються до втрат. Наприклад, дослідження українських вчених свідчать, що культурні особливості, що визнають смерть як невід'ємну частину буття, сприяють кращій емоційній адаптації до горя. У цьому контексті соціально-культурні чинники відіграють значну роль у формуванні реакції на втрати та впливають на інтенсивність переживань, впливаючи на формування індивідуального світогляду індивіда [8].

✓ Очікуваність смерті

Одним із ключових індивідуальних чинників є очікуваність смерті. За нормальних умов людина має можливість підготуватися до втрати, що пом'якшує шок від горя. Проте війна зазвичай супроводжується раптовими та насильницькими смертями, які є сильним ударом для психіки. Дослідження Ю. Ешел та інших показує, що раптові смерті під час бойових дій значно підсилюють психологічний шок та підвищують ризик розвитку ПТСР серед цивільних, особливо коли відсутня можливість прощання або підтвердження факту смерті [40].

Натомість, якщо смерть є очікуваною, людина може заздалегідь підготувати себе психологічно, що полегшує процес горювання. М. Палац та інші зазначають, що люди, які мали можливість емоційно підготуватися до втрати, легше справляються з горем, оскільки вони можуть осмислити цю подію та поступово прийняти її [73].

✓ Попередній досвід втрат

Попередній досвід втрат також відіграє значну роль у тому, як людина переживає нові втрати. Ті, хто вже переживав втрати, можуть мати певні

психологічні стратегії для подолання горя, проте повторювані втрати в умовах війни можуть призвести до емоційного вигорання. Ю. Сафонов та інші підкреслюють, що люди, які стикаються з багаторазовими втратами протягом короткого періоду, часто втрачають емоційні ресурси, що призводить до хронічного стресу та депресивних станів [10].

✓ Емоційна стійкість

Емоційна стійкість є важливим фактором, який допомагає людині впоратися зі стресом і зменшити вплив негативних емоцій на психічне здоров'я. Люди з високим рівнем емоційної стійкості краще адаптуються до складних обставин, таких як війна, і легше справляються з втратами. Дослідження І. Нестеренко показує, що емоційно стійкі люди здатні контролювати свої емоції навіть у складних умовах, що дозволяє їм швидше подолати горе та зберегти психічне здоров'я [69].

✓ Когнітивні здібності

Когнітивні здібності, такі як критичне мислення, здатність до рефлексії та аналізу ситуації, є важливими для процесу горювання. Люди, які здатні осмислювати свої емоції та робити висновки з пережитих подій, зазвичай швидше відновлюють свій емоційний стан. Це пояснюється тим, що рефлексія допомагає людині структурувати свої переживання і знайти конструктивні способи подолання болю від втрати. Ю. Рибінська та ін. підкреслюють, що когнітивна гнучкість та здатність до осмислення подій сприяють швидшій адаптації до стресових умов і допомагають підтримувати емоційну рівновагу [90].

✓ Психічні розлади та стани, серед яких:

- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

ПТСР є одним із найбільш поширених психологічних наслідків, що виникає внаслідок травматичних подій війни. Люди, які стали свідками насильства, втратили рідних або опинилися під обстрілами, можуть розвивати ПТСР, що включає хронічну тривожність, флешбеки та емоційне оніміння. Дослідження М.

Шевлін та ін. свідчить, що рівень ПТСР серед населення України значно зріс під час війни, що вимагає активного втручання для зниження наслідків цього розладу [93].

- Депресія

Депресія є ще одним поширеним психологічним розладом серед людей, які зазнали втрат під час війни. Постійний стрес, втрата рідних, відсутність відчуття безпеки та соціальна ізоляція можуть призводити до розвитку глибоких депресивних станів. І. Нестеренко підтверджує, що депресія є поширеним наслідком вимушеного переміщення та втрат, особливо серед ВПО, які переживають горе в умовах відсутності соціальної підтримки [69].

- Тривожні розлади

Тривожні розлади є типовою реакцією на війну. Постійне відчуття небезпеки, невизначеність майбутнього та страх за життя близьких викликають хронічну тривожність, яка може призвести до фізичних та психологічних симптомів. А. Мафтей та ін. досліджували тривожні розлади серед підлітків, які зіткнулися з наслідками війни, і виявили, що рівень тривожності серед молоді значно зріс, що свідчить про гострі психологічні реакції на стресові події [61].

- Психологічна втома та емоційне вигорання

Тривале перебування в умовах війни призводить до психологічної втоми та емоційного вигорання. Люди, які стикаються з повторюваними втратами та постійним стресом, втрачають здатність відновлювати свої емоційні ресурси, що призводить до вигорання. Ю. Сафонов та ін. зазначають, що тривалий стрес призводить до психологічного виснаження серед освітян і студентів, що знижує їх здатність до навчання та соціальної активності [10].

Соціальні та культурні чинники також відіграють важливу роль у процесі горювання, впливаючи на те, як людина сприймає, виражає та переживає втрату. На відміну від індивідуально-психологічних особливостей, які визначають індивідуальну реакцію на втрату, соціальні та культурні чинники створюють контекст, в якому відбувається адаптація до нових умов життя після

травматичних подій, а також визначають прийнятні форми вираження скорботи та способи отримання соціальної підтримки. Серед них виділяють:

✓ Соціальна підтримка

Соціальна підтримка відіграє вирішальну роль у процесі переживання горя, особливо під час війни. За даними Р. Неймейєр та ін. (2006), наявність підтримуючого оточення, особливо у вигляді сімейної та дружньої підтримки, сприяє швидшій інтеграції досвіду втрати у життєву історію людини, допомагає знайти сенс у нових обставинах та знижує ризик розвитку патологічного горя, депресії та тривожних розладів. Дослідники підкреслюють, що підтримка є особливо важливою в умовах трагічної втрати або інших екстремальних обставин, коли людині потрібен простір для висловлення своїх переживань і можливість отримати емоційний відгук [67].

Дослідження Г. Бонанно (2009) також підтверджує важливість соціальної підтримки у процесі горя, зокрема зазначаючи, що доступ до неї знижує ризик розвитку посттравматичних симптомів. Дослідник наголошує, що відчуття солідарності з іншими людьми, які також переживають втрату, може значно знизити рівень стресу та сприяти ефективнішому емоційному відновленню, особливо коли мова йде про втрати, пов'язані з війною або стихійними лихами [23]. Цей аспект підкреслює цінність соціальних зв'язків у процесі подолання горя: навіть коли втрата є індивідуальним досвідом, її вплив може бути змінений через соціальну підтримку та інтеграцію в колективне середовище.

Особливу роль соціальна підтримка відіграє для жінок у перинатальний період. М. Родрігес-Муньос та ін. зазначають, що жінки-біженки, які отримують підтримку від родини та друзів, мають значно нижчий рівень тривожності та депресії. Соціальна підтримка допомагає жінкам краще адаптуватися до стресових ситуацій, зберігаючи стабільний психоемоційний стан під час вагітності та після народження дитини [84].

Для молоді соціальна підтримка також є важливим інструментом подолання стресу. Дослідження М. Палац та ін. демонструє, що молоді люди, які отримують

підтримку від своїх соціальних мереж, демонструють вищу стійкість до психологічних проблем, таких як тривожність та ПТСР. Проте автори зазначають, що у випадках, коли вся соціальна група зазнає стресу, підтримка може стати недостатньою або навіть посилювати стресові переживання [73].

✓ Соціальна ізоляція

Відсутність соціальної підтримки або ізоляція може значно ускладнити процес адаптації до втрати. В. Фредріксон і Л. Карстенсен (1990) звертають увагу на те, що соціальна ізоляція є фактором ризику для розвитку депресії та тривожних розладів. За відсутності соціальних контактів людина може відчувати посилене відчуття ізоляції, яке погіршує психологічний стан і знижує здатність долати стресові обставини. Ізольованість обмежує можливість отримати визнання своєї втрати або поділитися своїм досвідом з іншими, що є критично важливим для підтримки стабільності емоційного стану [41]. Цей аспект є особливо важливим у контексті внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та біженців, які втратили свої соціальні зв'язки через вимушене переміщення. Згідно з дослідженнями, біженці, що втратили можливість взаємодіяти з близькими або своєю громадою, більш схильні до розвитку психічних розладів, таких як тривожність і депресія [83]. Відновлення соціальних зв'язків та взаємодія з громадою є ключовим аспектом у процесі адаптації та подолання психологічних труднощів.

Проблема соціальної ізоляції також є актуальною для дітей та молоді, які постраждали від війни. Е. Пфайффер та ін. відзначають, що ізоляція негативно впливає на емоційний розвиток дітей, збільшуючи рівень стресу та тривожності. Відсутність соціальних контактів і підтримки ускладнює процес адаптації дітей до нових умов життя після травматичних подій, що може мати довготривалі наслідки для їхнього психічного здоров'я [77].

✓ Сімейні взаємини

Сімейні взаємини також є важливим соціальним ресурсом, що впливає на процес горя. За даними дослідження М. Штробе та Х. Шут (1999), підтримка

всередині сім'ї є вирішальною під час переживання втрати, адже вона забезпечує емоційну стабільність, що сприяє процесу адаптації. Люди, які можуть розраховувати на підтримку своїх близьких, легше справляються з емоційними труднощами, пов'язаними з горем, і мають менший ризик розвитку психічних розладів, таких як депресія та тривога [99].

Водночас конфлікти та труднощі в стосунках можуть значно погіршувати процес подолання горя, що особливо актуально в умовах стресових змін. Це підтверджують висновки К. Паркес та Р. Вейсс (1983), які зазначають, що сімейні стосунки можуть відігравати як позитивну, так і негативну роль у переживанні втрати: з одного боку, вони забезпечують підтримку, а з іншого, можуть стати додатковим джерелом стресу у випадку внутрішніх суперечок [99; 76].

✓ Соціальні ролі та їх обмеження

Стабільність чи втрата соціальних ролей також має глибокий вплив на те, як людина переживає горе та адаптується до нових умов. Р. Неймейєр і Л. Бурке (2012) зазначають, що зміна звичної ролі, наприклад, серед ветеранів, тих, хто був змушений покинути свої громади, або у результаті втрати годувальника, може викликати відчуття невизначеності та втрати ідентичності, що, у свою чергу, підсилює емоційний біль і потребує тривалого періоду адаптації. Втрата або обмеження соціальних ролей, особливо якщо вони були значущими для особистої самоідентифікації, може поглибити переживання горя. У таких ситуаціях важливою є можливість отримати нові ролі або значущі функції у суспільстві, що допомагає людині знайти новий сенс і стабільність у житті після втрати [68].

✓ Соціальні інтервенції

Соціальні інтервенції, такі як групи підтримки, терапевтичні програми та інші соціальні ініціативи, є ефективними засобами допомоги для людей, які переживають горе. М. Шер та ін. (2012) підкреслюють, що участь у таких програмах може значно покращити емоційний стан людини, оскільки вони забезпечують простір для вираження почуттів і допомагають зрозуміти, що

людина не є самотньою у своєму горі. Соціальні інтервенції створюють контекст, у якому люди можуть обговорювати свої переживання та знаходити взаєморозуміння з іншими, що є особливо важливим для відновлення емоційної стабільності та психічного здоров'я. Дослідження показують, що групи підтримки можуть слугувати не тільки засобом зцілення, але й формою соціального навчання, допомагаючи людям розвивати навички емоційного регулювання та адаптації [92].

Посттравматичні симптоми також мають значний вплив на процес горювання, особливо серед ветеранів та біженців, які пережили важкі випробування та травматичний досвід. Дослідження показують, що наявність відповідних програм підтримки допомагає зменшити симптоми посттравматичного стресу і запобігти їхньому поглибленню. Наприклад, А. Джонсон та його колеги (2023) провели огляд, який показує, що соціальна підтримка і доступ до соціальних послуг є життєво необхідними для вдов та вдівців військових, адже допомагає їм справлятися з почуттями самотності та ізоляції [50].

✓ Колективне горе та історична травма

Колективне горе, що виникає через масштабні війни та насильницькі конфлікти, формує особливу форму культурної реакції на втрати. Дослідження Н. Кавамура та Т. Райан показує, що в музеях і культурних центрах, таких як Nikkei National Museum & Cultural Centre, колективне горе часто вкорінене в історичних подіях, таких як расова дискримінація під час Другої світової війни. Це горе передається з покоління в покоління через культурні практики і ритуали, формуючи тісний зв'язок між минулим та сучасними переживаннями [53].

Колективне горе часто має риси інтергенераційної травми, яка впливає на ідентичність окремих народів. У випадку України, де військовий конфлікт має тривалу історію, ці культурні аспекти можуть загострювати процес горювання через невирішені історичні травми. Наприклад, Ю. Белікова та Н. Лисиця вказують на важливість культурних факторів у процесі реідентифікації

українських біженців, що стикаються з травмами війни та переміщення. Культурна ідентичність, ритуали та традиції допомагають їм знайти нові сенси у втратах та розвивати нові форми стійкості [31].

✓ Культурні цінності

Культурні цінності, такі як стимуляція, конформізм та релігійні переконання, впливають на те, як люди інтерпретують втрати та реагують на них. У різних культурах існують специфічні очікування щодо того, як саме людина повинна справлятися з горем. Дослідження А. Буррі, А. Меркер (2014) свідчить, що культурні цінності можуть слугувати компенсаторними стратегіями після травматичних подій, особливо в контексті війни. Вони показують, що в Європі рівень посттравматичного стресового розладу (ПТСР) відрізняється в залежності від культурних орієнтацій у різних країнах. Наприклад, у країнах, де високою є цінність конформізму, травма менш виражена, оскільки людина адаптується до суспільних норм і знаходить підтримку через колективні форми поведінки [30].

Культурні цінності також впливають на те, як людина оцінює свій досвід горя. Війна може підсилювати культурну ізоляцію, що ускладнює доступ до соціальної підтримки. Дослідження Б. Нам, А. Інґліш (2022) підкреслює важливість культурного контексту при розгляді травматичних подій. Вони зазначають, що культурні чинники, такі як соціальна ізоляція та економічна нестабільність, підсилюють відчуття горя та втрати під час локдаунів і карантинних заходів у Китаї, що може мати паралелі з переживанням війни в Україні [64].

✓ Стигматизація горя у різних культурах

У деяких культурах горе може бути стигматизоване або інтерпретоване як слабкість. Це особливо стосується випадків втрати внаслідок самогубства або смерті внаслідок насильницьких дій, які можуть викликати негативне ставлення з боку суспільства. С. Гемоперекі вказує на важливість розуміння культурної пам'яті та історичних наративів, що оточують горе та втрати. В його дослідженні про вплив колоніалізму в Новій Зеландії підкреслюється, як культурні тексти та

ритуали допомагають висловлювати та структурувати колективне горе, яке іноді стає частиною національної ідентичності [47]. У випадку українського контексту, втрати під час війни часто супроводжуються колективними ритуалами, які слугують формою боротьби з соціальною ізоляцією та стигмою [31].

✓ Роль культурної пам'яті та ритуалів у процесі горювання

Культурна пам'ять і ритуали відіграють важливу роль у подоланні горя, особливо в контексті війни. У багатьох культурах ритуали прощання та спільного вшанування пам'яті загиблих є важливою частиною колективного процесу горювання, адже вони не тільки допомагають вшанувати пам'ять про померлого, але й виконують терапевтичну функцію, полегшуючи емоційне навантаження на тих, хто втратив близьку людину. К. Аркінсталл зазначає, що у поствоєнний період ритуальні практики часто використовуються як засоби збереження пам'яті про загиблих і допомагають інтегрувати горе у ширший історичний контекст. Це дозволяє суспільствам підтримувати зв'язок із минулим і краще адаптуватися до сучасних викликів [14].

Українські традиції поминання відображають глибокий символізм у процесі вшанування померлих. Ритуали, такі як поминальні обіди, відвідування могил на річниці смерті або загальнонаціональні дні пам'яті, не тільки об'єднують родину і близьких людей у вираженні скорботи, але й надають значущість смерті, допомагаючи створити відчуття спадкоємності між поколіннями. Учасники таких ритуалів отримують можливість розділити свої почуття з іншими, що створює атмосферу підтримки, яка допомагає знизити відчуття самотності у горюванні.

Дослідження з антропології горя свідчать, що ритуали є способом стабілізувати емоційний стан особи після втрати, оскільки вони надають певну структуру процесу горювання та формують певні поведінкові очікування [87]. Зокрема, в культурах, де ритуали скорботи чітко визначені, людина, яка переживає втрату, може відчувати менше внутрішніх суперечностей, що полегшує процес адаптації. Колективне виконання таких ритуалів допомагає

також відчувати себе частиною спільноти, яка розділяє спільний досвід скорботи, що особливо важливо у часи колективних втрат, наприклад, під час війни.

У сучасному контексті, коли багато людей переживають втрати через воєнні дії, традиційні ритуали набувають ще більшої значущості, оскільки вони забезпечують символічне визнання втрати на рівні всієї громади або навіть національного рівня [31]. Учасники таких ритуалів можуть знайти підтримку у спільній пам'яті та ідентичності, що дозволяє легше перенести емоційний тягар втрати та посилює психологічну стійкість у важкі часи. Таким чином, ритуали скорботи виконують кілька важливих функцій: вони допомагають структуровано виразити скорботу, забезпечують емоційну підтримку через колективне вшанування пам'яті та зменшують відчуття ізоляції. Це робить ритуали незамінним елементом соціокультурної підтримки, який допомагає людям впоратися з горем і знайти сили для подальшого життя.

Отже, процес горювання під час війни є результатом складної взаємодії індивідуальних, психологічних і культурних факторів. Розуміння цих чинників є критично важливим для розробки ефективних стратегій психологічної підтримки та допомоги людям, які переживають втрати в умовах війни. Релігійні практики, культурні ритуали, соціальна підтримка, а також спеціалізовані психологічні втручання допомагають знижувати рівень стресу, сприяють подоланню горя та підтримують стійкість людей і громад.

1.3 Критерії діагностики переживання особистістю ускладненого горя за DSM-5 та МКХ-11

Діагностика ускладненого горя є важливим завданням для сучасної клінічної психології, оскільки цей стан характеризується значними емоційними і когнітивними порушеннями, які можуть тривати тривалий час після втрати близької людини. Відмінною рисою ускладненого горя є його стійкість та

інтенсивність, що перешкоджає нормальному процесу адаптації і відновлення особистості. Одним із ключових інструментів для ідентифікації цього стану є DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), де ускладнене горе представлено як Prolonged Grief Disorder (розлад тривалого (продовженого) горя) [80]. Застосування цих критеріїв, як і критеріїв МКХ-11, дозволяє точно діагностувати цей розлад і забезпечити своєчасну психотерапевтичну допомогу.

DSM-5 включає чіткі критерії для діагностики розладу тривалого горя. Одним із ключових параметрів є тривалість симптомів. Симптоми повинні зберігатися протягом щонайменше 12 місяців у дорослих і 6 місяців у дітей після втрати. Згідно з дослідженнями, проведеними Х. Прігерсон та ін. (2009), тривалість горя понад рік може бути індикатором патологічного процесу, особливо якщо інтенсивність симптомів не зменшується з часом [79]. У роботах М. Шер (2015) зазначається, що чим довше симптоми залишаються незмінними або навіть посилюються, тим вище ймовірність розвитку ускладненого горя, яке перешкоджає адаптації до нового життя [91].

Наступним важливим критерієм є емоційні симптоми. Людина з ускладненим горем відчуває інтенсивну тугу за померлим, постійний сум, почуття безнадії та розпачу. Емоційні прояви не зменшуються з часом, а, навпаки, стають хронічними. Дослідження Л. Ленферінк Л. та П. Боелен (2020) підтверджують, що ці емоційні реакції є типовими для осіб з розладом продовженого горя і можуть перешкоджати ефективному проживанню процесу горя. Важливо, що ці симптоми впливають не лише на емоційний стан, але й на повсякденне функціонування особистості [21].

Когнітивні порушення також є невід'ємною частиною діагностики ускладненого горя. У DSM-5 зазначається, що для осіб з розладом продовженого горя характерні постійні нав'язливі думки про померлого або обставини його смерті. Також часто спостерігається самозвинувачення: людина може відчувати провину за смерть близького, вважаючи, що могла запобігти втраті. Л. Ленферінк Л. та П. Боелен (2020) зазначають, що ці когнітивні

викривлення є важливим діагностичним показником, оскільки вони сприяють підтриманню патологічного горя і погіршують здатність людини адаптуватися до нових умов [21].

Крім емоційних і когнітивних проявів, у DSM-5 велике значення надається поведінковим змінам. Люди з розладом пролонгованого горя часто уникають місць, ситуацій або людей, які нагадують їм про померлого. Також вони можуть відмовлятися змінювати умови, пов'язані з втратою, залишаючи речі померлого на місці. Ці поведінкові прояви підтверджені у дослідженнях Х. Прігерсон (2009), де зазначається, що уникання таких ситуацій або місць є типовою поведінковою реакцією при ускладненому горі [79]. Водночас, ця поведінка заважає особі ефективно проживати процес горя і поступово адаптуватися до нового життя.

Соціальні та функціональні наслідки є важливим компонентом діагностики. Згідно з DSM-5, людина з розладом пролонгованого горя відчуває значні труднощі в повсякденному житті. Це може проявлятися як у вигляді нездатності виконувати професійні обов'язки, так і у втраті інтересу до соціальних контактів. Н. Саймон та ін. (2020) наголошують, що соціальна ізоляція є поширеним симптомом серед осіб з розладом пролонгованого горя, що ускладнює процес адаптації і підвищує ризик розвитку інших психічних розладів, таких як депресія чи ПТСР [95].

Діагностика ускладненого горя за МКХ-11 (Міжнародна класифікація хвороб, 11-й перегляд) має як спільні риси з DSM-5, так і суттєві відмінності, що відображають різні підходи до визначення тривалого розладу горя. У МКХ-11 пролонговане горе визначається як патологічний процес, який виникає через нездатність адаптуватися до втрати. МКХ-11 є більш універсальною класифікацією, яка враховує глобальні культурні та соціальні фактори. Аналіз критеріїв за МКХ-11 дозволяє виявити специфічні відмінності від DSM-5, а також розширює підхід до діагностики, особливо в контексті сучасних наукових досліджень.

За МКХ-11, симптоми ускладненого горя повинні тривати щонайменше 6 місяців після втрати, щоб бути класифікованими як пролонговане горе. Це одна з ключових відмінностей між МКХ-11 і DSM-5, де мінімальна тривалість симптомів для діагностики у дорослих становить 12 місяців [79]. Цей коротший часовий поріг у МКХ-11 дозволяє раніше ідентифікувати патологічні форми горя і, відповідно, забезпечити своєчасне втручання [60]. З одного боку, це дає можливість психотерапевтам швидше надавати допомогу пацієнтам із вираженими симптомами, з іншого боку, це може створювати виклики для диференціації нормальних і патологічних проявів горя в різних культурах.

Як і в DSM-5, у МКХ-11 акцентується на інтенсивних емоційних реакціях, що супроводжують ускладнене горе. Основними симптомами є глибокий смуток, відчай, тривога та постійне бажання бути поруч із померлим. Однак МКХ-11 робить більший акцент на постійній тугі за померлим, яка не зменшується з часом, перешкоджаючи нормальній адаптації [109]. У DSM-5 також підкреслюється важливість таких емоційних проявів, однак цей критерій зосереджений більше на когнітивній складовій, наприклад, на нав'язливих думках про смерть близької людини [91].

У МКХ-11 також важливими аспектами діагностики є когнітивні та поведінкові порушення. Люди з ускладненим горем часто мають постійні думки про втрату або обставини смерті, що заважає адаптації до нових умов життя. Також пацієнти можуть демонструвати поведінкові зміни, зокрема уникнення будь-яких нагадувань про померлого або, навпаки, збереження певних ритуалів чи речей, що пов'язані з втратою [21]. В порівнянні з DSM-5, МКХ-11 робить більший акцент на функціональних наслідках цих когнітивних та поведінкових порушень, що впливають на здатність людини виконувати щоденні завдання та підтримувати соціальні контакти [95].

Однією з головних відмінностей між МКХ-11 та DSM-5 є більший акцент МКХ-11 на соціальні та культурні аспекти. В МКХ-11 підкреслюється, що соціальні та культурні чинники можуть впливати на характер переживання горя

та його тривалість. Наприклад, у різних культурах ритуали та соціальні норми, пов'язані з горюванням, можуть визначати, коли горе стає патологічним [60]. МКХ-11 дозволяє враховувати культурні відмінності під час діагностики, тоді як DSM-5 менше зосереджується на цьому аспекті. Дослідження Х. Прігерсон (2009) також показують, що соціальна підтримка та культурні ритуали можуть значно полегшити адаптацію до втрати, що підтверджує важливість врахування цих факторів при постановці діагнозу [79].

У МКХ-11 значну увагу приділяють функціональним наслідкам симптомів ускладненого горя. Пацієнти, які відповідають критеріям пролонгованого розладу горя, мають значні труднощі в соціальному та професійному функціонуванні, що може включати втрату здатності працювати, підтримувати стосунки чи брати участь у щоденних справах [95]. У DSM-5 також підкреслюється важливість соціальних і функціональних порушень, однак МКХ-11 додає ще більший акцент на адаптивну поведінку, що дозволяє більш комплексно оцінювати стан пацієнта.

Отже, в обох класифікаторах — DSM-5 і МКХ-11 — ускладнене горе визначається як стан, що характеризується тривалістю і інтенсивністю симптомів, які перешкоджають адаптації до втрати. Однак МКХ-11 має більш глобальний підхід до діагностики, приділяючи більшу увагу соціальним, культурним та функціональним аспектам патологічного горя. Порівняно з DSM-5, де акцент робиться на емоційних і когнітивних порушеннях, МКХ-11 пропонує ширшу класифікацію з більш ранньою діагностичною межею в шість місяців.

Інтеграція результатів досліджень показує, що пролонговане горе має складний психосоціальний характер і потребує мультидисциплінарного підходу до діагностики та лікування [21; 95; 60]. Це підтверджує необхідність ретельного аналізу симптомів і факторів, що впливають на процес горювання, з урахуванням як індивідуальних особливостей пацієнта, так і його соціокультурного контексту. У цьому аспекті критерії DSM-5 та МКХ-11 є важливими

інструментами для стандартизації діагностики, дозволяючи враховувати специфічні прояви ускладненого горя та забезпечувати більш точне визначення стану пацієнта.

1.4. Сучасні психодіагностичні інструменти дослідження особливостей процесу горювання

Пролонговане горе є складним психологічним розладом, тому його діагностика вимагає використання надійних і валідних інструментів, які допомагають виявити симптоми, що виходять за межі нормальної реакції на втрату. Діагностичні методики повинні враховувати емоційні, когнітивні, поведінкові та функціональні аспекти цього стану. Серед найпоширеніших інструментів, які використовуються для діагностики пролонгованого горя, є структуровані клінічні інтерв'ю, опитувальники, шкали та спеціалізовані тести. Ці методики допомагають не лише виявити ознаки ускладненого горя, але й диференціювати його від інших психічних розладів, таких як депресія чи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Розглянемо деякі з них.

✓ *The Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13)*

PG-13 є однією з найбільш валідованих методик для діагностики пролонгованого горя, розробленою Х. Прігерсон та співавторами (2009) [79]. Ця шкала є самозвітним опитувальником, що включає 13 пунктів, які оцінюють основні симптоми пролонгованого горя, такі як інтенсивна туга за померлим, почуття відчаю, втрата сенсу життя та самоізоляція. Оцінка проводиться на основі частоти й інтенсивності цих симптомів, і якщо відповіді пацієнта відповідають певним критеріям, це вказує на наявність ускладненого горя.

Переваги PG-13 включають його простоту використання, високий рівень валідності та надійності. Це робить його одним із основних інструментів у клінічній практиці для діагностики пролонгованого горя. Дослідження

показують, що PG-13 має високу точність у визначенні тривалого горя, зокрема у випадках втрати через насильницьку смерть [56].

✓ *Inventory of Complicated Grief (ICG)*

Inventory of Complicated Grief (ICG) є ще одним широко використовуваним інструментом для діагностики пролонгованого горя. Розроблена М. Горовіц та співавторами (1997), ця методика складається з 19 пунктів і оцінює як емоційні, так і функціональні порушення, що виникають через патологічне горювання. ICG особливо корисна для оцінки інтенсивності туги, порушення щоденних обов'язків та відчуття емоційної відчуженості [49].

ICG використовується у клінічних дослідженнях для діагностики осіб, які пережили втрати, спричинені різними факторами, включаючи трагічні події або воєнні конфлікти. Дослідження М. Шер (2015) підтверджують, що цей опитувальник дозволяє відрізнити пролонговане горе від нормальних форм адаптаційного процесу [91].

✓ *Prolonged Grief Disorder Scale (PGD-S)*

Prolonged Grief Disorder Scale (PGD-S) є діагностичним інструментом, що базується на критеріях DSM-5 та МКХ-11 для діагностики пролонгованого горя. Ця шкала, розроблена за участю Х. Прігерсон та її колег, включає пункти, що охоплюють як емоційні, так і когнітивні симптоми, зокрема тугу за померлим, постійні нав'язливі думки та уникання нагадувань про втрату [79].

PGD-S також використовується для оцінки функціональних порушень та зниження якості життя пацієнтів. Шкала дозволяє клініцистам швидко ідентифікувати пацієнтів із тривалим розладом горя та застосовувати відповідні терапевтичні підходи.

✓ *Traumatic Grief Inventory — Self Report (TGI-SR)*

TGI-SR є методикою самооцінки, яка розроблена для діагностики травматичного і ускладненого горя, базуючись на клінічних критеріях та наукових дослідженнях. Цей інструмент включає оцінку ключових симптомів, таких як інтенсивний смуток, емоційне оніміння та почуття безвиході. Методика

допомагає диференціювати травматичне та ускладнене горе, що важливо для вибору терапевтичної стратегії [56].

TGI-SR показала високу надійність і валідність у дослідженнях, що охоплюють різні вікові групи та культурні контексти, включаючи осіб, що зазнали втрат через воєнні конфлікти [58].

✓ *Structured Clinical Interview for Complicated Grief (SCI-CG)*

SCI-CG є структурованим клінічним інтерв'ю, розробленим для детальної діагностики ускладненого горя. Ця методика дозволяє клініцистам оцінити як емоційні, так і поведінкові прояви патологічного горя. Інтерв'ю включає питання щодо відчуття провини, емоційної дистанції, нав'язливих думок про померлого та впливу симптомів на повсякденне життя.

SCI-CG є ефективним інструментом у клінічній практиці, оскільки дозволяє отримати глибше розуміння стану пацієнта і оцінити ступінь впливу горя на різні сфери життя. П. Боелен та ін. зазначають, що SCI-CG забезпечує високий рівень точності діагностики у пацієнтів із хронічними симптомами пролонгованого горя [56].

✓ *Шкала депресії Бека*

Хоча шкала депресії Бека не є специфічним інструментом для діагностики ускладненого горя, проте вона часто використовується як додатковий метод для оцінки коморбідних станів, таких як депресія, що супроводжує пролонговане горе. Шкала дозволяє оцінити ступінь депресивних симптомів і розмежувати депресію від ускладненого горя, оскільки ці стани можуть мати подібні прояви [96; 19].

Діагностика пролонгованого горя вимагає комплексного підходу із залученням різноманітних валідизованих методик, що дозволяють виявити ключові симптоми, оцінити їхній вплив на психічне та соціальне функціонування людини, а також визначити глибину переживань. Використання таких інструментів, як PG-13, ICG, PGD-S, SCI-CG та інших спеціалізованих опитувальників, надає клініцистам змогу не лише точно ідентифікувати прояви

продовженого горя, а й провести його диференційну діагностику від супутніх психічних розладів. Інтеграція емоційних, когнітивних і поведінкових аспектів разом із урахуванням культурно-специфічних факторів забезпечує не лише підвищення точності діагностики, але й створює основу для більш цілеспрямованого планування психотерапевтичного втручання та розробки індивідуалізованих стратегій допомоги.

1.5. Сучасні методи та підходи психологічного супроводу горювання

Горювання є складним процесом, який включає в себе різноманітні емоційні, когнітивні, поведінкові та соціальні аспекти. Психологічний супровід осіб, які переживають втрату, повинен бути комплексним та базуватися на доказових підходах. Важливим елементом цього процесу є індивідуальний підхід до кожного клієнта, з урахуванням особистих, соціальних та культурних чинників. Методи психологічної підтримки повинні допомагати людині поступово адаптуватися до життя без померлого, зменшувати симптоми патологічного горя та покращувати функціонування в повсякденному житті. У сучасній психології існує кілька основних методів і підходів, що ефективно застосовуються в супроводі осіб, які переживають горе, розглянемо декілька з них.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найбільш досліджених і ефективних методів психологічної допомоги особам, що переживають пролонговане горе. Основною теоретичною основою КПТ є когнітивна модель горювання, яка припускає, що переживання втрати пов'язане із когнітивними інтерпретаціями події та поведінковими реакціями. Наприклад, людина може почуватися винною за смерть близького або постійно переживати нав'язливі думки про події, які призвели до втрати. Ці когнітивні викривлення можуть перешкоджати процесу відновлення і підтримувати патологічний стан горя. КПТ

спрямована на виявлення, аналіз і модифікацію таких деструктивних переконань і поведінкових реакцій з метою полегшення процесу адаптації [22].

Основні етапи КПТ при роботі з пролонгованим горем:

1. Оцінка і когнітивна реструктуризація.

Першим етапом КПТ є ідентифікація когнітивних переконань, що підтримують патологічне горе. Це можуть бути самозвинувачувальні думки, переконання у безнадійності або страх перед майбутнім без померлого. На основі цих переконань розробляється план терапії, що включає когнітивну реструктуризацію – процес, спрямований на модифікацію цих викривлень. Наприклад, терапевт допомагає пацієнту замінити ірраціональні переконання («Я міг запобігти цій смерті») на більш реалістичні («Я не мав змоги контролювати всі обставини»). Дослідження П. Боелен та ін. (2006) показали, що когнітивна реструктуризація є ключовим елементом у зменшенні інтенсивності негативних емоцій при ускладненому горі [22].

2. Техніки експозиції.

Важливим компонентом КПТ є експозиція, яка полягає у поступовому зіткненні пацієнта з думками, ситуаціями або місцями, що асоціюються з померлим. Замість того, щоб уникати цих нагадувань, пацієнт поступово привчається знижувати свою емоційну реакцію на ці стимули. Наприклад, пацієнта можуть попросити відвідати місця, що нагадують про померлого, або подумки переживати важкі спогади, щоб допомогти йому знизити тривогу або страх перед такими нагадуваннями. М. Шер та ін. (2015) відзначають, що експозиція є ефективною для зниження рівня тривожності та уникання, що характерні для пролонгованого горя [91].

3. Навчання навичок емоційної регуляції.

Пацієнти з ускладненим горем часто мають труднощі з регуляцією емоцій, таких як туга або гнів. КПТ включає в себе техніки навчання саморегуляції емоцій, що допомагають пацієнтам краще справлятися з сильними емоційними станами. Використання таких технік, як майндфулнес або релаксація, допомагає

знизити рівень стресу і покращити емоційну стабільність. Б. Вагнер та ін. (2016) підтверджують ефективність цих методик у зменшенні емоційної нестабільності в процесі горювання [104].

4. Підтримка поступової адаптації.

Останній етап КПТ спрямований на поступове повернення пацієнта до нормального функціонування. Це може включати відновлення соціальних зв'язків, повернення до роботи або участь у нових активностях. Успішна адаптація залежить від того, як пацієнт зможе інтегрувати втрату у своє життя і побудувати нові плани на майбутнє. Р. Неймейєр (2016) підкреслює, що терапевт повинен підтримувати пацієнта на кожному етапі адаптації, допомагаючи йому знаходити нові ресурси для подолання наслідків втрати [65].

КПТ є одним із найбільш доказових підходів для роботи з пролонгованим горем. Дослідження А. Папа та ін. (2014) показують, що когнітивно-поведінкова терапія може значно зменшити симптоми ускладненого горя та поліпшити загальну якість життя пацієнтів. Вона ефективно впливає на емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти горя, сприяючи швидшому відновленню після втрати [74].

КПТ також демонструє кращі результати у порівнянні з іншими підходами, такими як підтримуюча терапія або психоаналіз. Вона є структурованою, короткотривалою та орієнтованою на вирішення проблем, що робить її ефективним вибором для клінічної практики. Б. Вагнер та ін. (2016) зазначають, що пацієнти, які проходять КПТ, часто демонструють більш швидке і стабільне поліпшення стану порівняно з іншими підходами, що не мають такої чіткої структурованості [104].

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT) є ефективним методом лікування людей, які пережили травматичні події, зокрема, пов'язані з втратою близької людини. TF-CBT поєднує елементи класичної когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) із спеціальними методами роботи, які спрямовані на лікування травматичних спогадів, тривоги, депресії та інших симптомів, що виникають після втрати. Ця терапія орієнтована на допомогу як дітям, так і

дорослим, які стикаються з ускладненими реакціями горя, особливо у випадках, коли горе має травматичний характер [36].

Одним із перших кроків у TF-CBT є надання інформації про нормальні реакції на травму і горе. Це допомагає клієнтам зрозуміти, що їхні емоції є природними і часто очікуваними після втрати. Психосвіта також охоплює інформацію про тривогу, депресію і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), які можуть супроводжувати процес горювання.

TF-CBT також включає навчання пацієнтів технікам релаксації, які допомагають зменшити фізіологічні симптоми стресу та тривоги, такі як серцебиття, тремтіння або м'язова напруга. Використовуються такі техніки, як глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація та візуалізація спокійних образів. Дослідження Дж. Кохен та ін. (2004) підкреслюють ефективність цих технік у зниженні стресу у дітей і підлітків, які пережили втрату через травматичні події [34].

Одним із ключових аспектів TF-CBT є робота з негативними та викривленими думками, пов'язаними з травмою та втратою. Пацієнти навчаються ідентифікувати автоматичні думки, які можуть посилювати відчуття провини, тривоги або безнадії. У своїх дослідженнях Дж. Кохен та А. Маннаріно (2008) показали, що когнітивна реструктуризація допомагає змінити негативні переконання і сприяє здоровішій адаптації до втрати [33].

TF-CBT також включає методи експозиції — поступовий контакт із травматичними спогадами через розповідь або написання історії. Наративна терапія допомагає клієнтам структурувати свої спогади, переосмислювати пережите та знайти новий сенс у власному досвіді. Цей компонент є особливо важливим для людей із пролонгованим горем, оскільки він допомагає зменшити інтенсивність емоційної реакції на травматичні події. Е. Деблінгер та ін. (2016) наголошують на тому, що цей підхід сприяє поступовому звільненню від надмірних емоцій, пов'язаних із травмою, і допомагає клієнтам краще переживати горе [36].

Фінальний етап TF-CBT зосереджений на закріпленні змін, досягнутих у процесі терапії, і на інтеграції нового досвіду у повсякденне життя клієнта. Це передбачає планування подальших кроків і навчання клієнта навичок саморегуляції для підтримки психологічного здоров'я після завершення терапії.

TF-CBT показала високу ефективність у лікуванні людей, які пережили травматичні втрати, включаючи смерть близьких внаслідок насильницьких подій, аварій або військових дій. Важливою особливістю цього підходу є можливість адаптації для різних вікових груп, що робить TF-CBT універсальним інструментом у роботі з різними категоріями клієнтів.

Особливо актуальною TF-CBT є у випадках втрат, спричинених військовими конфліктами або насильницькими діями. В умовах війни і України, цей підхід набув особливого значення для роботи з людьми, які пережили втрати близьких через воєнні дії. Дослідження Б. Літц та ін. (2009) показують, що застосування TF-CBT у таких контекстах допомагає значно знизити рівень ПТСР та пролонгованого горя у військових ветеранів та цивільних осіб, які постраждали від війни [59].

Арттерапія — це метод психотерапії, що використовує художню творчість як інструмент для вираження емоцій, думок і внутрішніх конфліктів. Вона особливо ефективна при роботі з особами, які переживають складні емоційні стани, включаючи горе та втрату. Арттерапія дозволяє обійти вербальні обмеження, що часто виникають у процесі горювання, допомагаючи людині вільно виразити те, що важко вербалізувати через страх або сором. За даними досліджень, цей підхід сприяє емоційному відновленню та адаптації до втрати, особливо в контексті пролонгованого або ускладненого горя.

Арттерапія базується на припущенні, що художня діяльність здатна полегшити вираження емоцій і допомогти особі опрацювати складні внутрішні переживання. Основними методами арттерапії є малювання, ліплення, колажі, музика, танець та інші форми творчої діяльності, які допомагають людині виразити свій емоційний стан. У роботі з горем це може стосуватися таких

емоцій, як туга, гнів, провина або смуток. К. Малчіоді (2014) відзначає, що арттерапія допомагає людям через образи виражати глибокі емоції, які іноді залишаються прихованими під час звичайних терапевтичних сесій [63].

Арттерапія допомагає людині переосмислити свій досвід втрати через творчий процес. Це сприяє поступовій інтеграції втрати у власну життєву історію. Використання символічних образів і метафор дозволяє людям знайти новий сенс у своєму житті після втрати близького. Наприклад, ліплення або малювання може допомогти пацієнту побачити свою втрату з іншої точки зору і зосередитися на відновленні.

Арттерапія сприяє зменшенню рівня тривоги та стресу, що часто супроводжують процес горювання. Н. Гасс-Кохен та Р. Карр (2008) підкреслюють, що художня творчість допомагає знизити психофізіологічну напругу через активацію позитивних емоцій і створення відчуття безпеки. Це особливо важливо для людей, які переживають інтенсивні емоційні стани через втрату [44].

У процесі арттерапії клієнти можуть переносити свої внутрішні почуття на зовнішній об'єкт — картину, скульптуру чи інше художнє творіння. Це створює певну дистанцію між особою і її емоціями, що дозволяє краще зрозуміти і опрацювати ці почуття. Цей процес є корисним для осіб із пролонгованим горем, коли емоційний біль стає настільки інтенсивним, що його важко контролювати.

Арттерапія допомагає людям поступово адаптуватися до життя без померлого через творче відображення свого внутрішнього світу. Це може включати створення нових смислів та цілей, які підтримують процес адаптації після втрати. Дж. Рубін (2001) зазначає, що арттерапія стимулює особистісне зростання, оскільки допомагає особі переосмислити своє життя та віднайти нові форми самовираження після втрати [88].

Пролонговане горе характеризується інтенсивними та стійкими емоціями, які перешкоджають адаптації до втрати. Арттерапія може бути особливо корисною в таких випадках, оскільки вона дозволяє працювати з символами і

метафорами, які допомагають клієнтам виразити свій емоційний стан і знайти нові способи відновлення. Б. Томпсон та Р. Неймейєр (2014) зазначають, що арттерапія допомагає людині поступово змінювати ставлення до втрати, що сприяє більш здоровій адаптації до нової реальності. Залучення до творчого процесу може допомогти людині перетворити емоційний біль на щось конструктивне. Створення художніх робіт дає відчуття контролю та дозволяє клієнту краще зрозуміти свої почуття. Це також надає змогу побачити позитивні зміни і відчувати, що людина не є безсилою перед своїм горем [101].

Арттерапія може бути проведена як індивідуально, так і в групах. Групові сесії арттерапії дозволяють людям, які переживають втрату, спілкуватися з іншими, хто також зазнав подібного досвіду. Це може допомогти знизити відчуття ізоляції та покинутості, що часто супроводжує процес горювання.

В умовах війни, що триває в Україні, арттерапія є важливим засобом для роботи з травмою і втратою. Багато людей стикаються з втратою рідних і друзів через воєнні дії, і арттерапія надає їм безпечний простір для вираження своїх емоцій та переживань. В. Зливков та С. Лукомська (2022) у своїх дослідженнях підкреслюють, що арттерапія є важливим інструментом для підтримки психічного здоров'я в умовах воєнної травми, оскільки вона допомагає стабілізувати емоційний стан та сприяє психологічній адаптації [3].

Інтегративна психотерапія — це підхід, який поєднує різні теоретичні моделі та техніки з метою забезпечення найбільш адаптивної та ефективної психологічної допомоги для конкретного клієнта. В контексті горювання інтегративна терапія дозволяє адаптувати інтервенції під потреби кожної окремої людини, враховуючи її індивідуальні особливості, тип втрати, етапи горя та соціально-культурний контекст.

Інтегративний підхід до терапії горювання підкреслює необхідність звертати увагу на різні аспекти переживання втрати: когнітивний, емоційний, поведінковий і соціальний. Це дозволяє терапевту застосовувати методики з

різних терапевтичних шкіл, таких як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), екзистенційна терапія, психоаналіз, гуманістична терапія, арттерапія та інші.

Основні аспекти інтегративної психотерапії в роботі з горем:

✓ Робота зі смислами і значенням втрати

Одним із ключових завдань інтегративної терапії є робота з екзистенційними питаннями, які виникають у процесі горювання. Людина, яка переживає втрату, часто задається питанням сенсу життя після смерті близького, і це може призводити до відчуття екзистенційної кризи. Р. Неймейєр (2016) зазначає, що реконструкція значення втрати допомагає клієнту знайти новий сенс у житті та переосмислити своє існування в умовах втрати [65].

Інтегративна терапія може включати методи наративної терапії, де клієнт працює над створенням нової життєвої історії, у якій смерть близької людини має своє місце, але не визначає всю його подальшу життєву траєкторію. Це дозволяє людині поступово інтегрувати втрату у своє життя і продовжувати жити.

✓ Гуманістичний підхід

Гуманістична психотерапія в рамках інтегративного підходу фокусується на безумовному прийнятті і підтримці клієнта в його емоційних переживаннях. Терапевт допомагає людині дослідити і виразити свої емоції, не оцінюючи їх. Особлива увага приділяється автентичності та повазі до індивідуального шляху горювання кожної людини. Цей підхід допомагає клієнтам краще усвідомлювати свої емоції і надає безпечний простір для їхнього вираження. К. Роджерс (1959) підкреслював, що людина сама здатна знайти шлях до вирішення своїх проблем, якщо отримує підтримку в середовищі довіри та безумовного прийняття [85].

✓ Психодинамічний підхід

Інтеграція елементів психодинамічної терапії допомагає працювати з підсвідомими процесами, пов'язаними з втратою. Це може включати виявлення пригнічених емоцій або конфліктів, які заважають людині повноцінно пережити горе. Психоаналітичні інтервенції допомагають клієнту зрозуміти, які психологічні захисти можуть блокувати здоровий процес горювання.

Психодинамічний підхід також акцентує увагу на ролі ранніх відносин і прив'язаностей у процесі горювання. Згідно з теорією прив'язаності Дж. Боулбі (1980), типи прив'язаностей, сформовані в дитинстві, можуть значно впливати на те, як людина реагує на втрату у дорослому житті. Інтегративна терапія дозволяє враховувати ці аспекти при побудові терапевтичної стратегії [1].

✓ Тілесно-орієнтовані та експресивні техніки

Інтегративний підхід може включати елементи арттерапії або тілесно-орієнтованої терапії, які дозволяють клієнту виражати свої емоції через творчість або фізичну активність.

✓ Поведінкові інтервенції

Інтеграція елементів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) дозволяє працювати з поведінковими реакціями, які підтримують патологічне горе. Наприклад, людина може уникати ситуацій або місць, які нагадують про померлого, що перешкоджає адаптації до нових умов. Поведінкові техніки, такі як експозиція або навчання новим навичкам, допомагають клієнту поступово стикатися з труднощами і знаходити способи справлятися з ними [22].

Перевагою інтегративного підходу є те, що цей метод дозволяє адаптувати терапевтичний процес під потреби кожного клієнта. Застосування різних моделей і технік робить цей підхід більш універсальним і ефективним у роботі з різними типами горювання. Дослідження Р. Неймейєр (2016) та П. Боелен (2006) підкреслюють, що поєднання когнітивно-поведінкових, психодинамічних та гуманістичних елементів дозволяє отримати кращі результати, оскільки терапія охоплює всі аспекти горювання — когнітивний, емоційний, поведінковий і соціальний [65; 22].

Терапія прийняття і зобов'язання (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) — це сучасний підхід у психотерапії, який націлений на розвиток психологічної гнучкості та здатності жити відповідно до своїх цінностей навіть у складних життєвих обставинах. АСТ є одним із перспективних методів, що успішно застосовується в роботі з пролонгованим горем, допомагаючи людям

приймати свої емоції та думки, замість того щоб уникати або боротися з ними. Основна ідея АСТ полягає в тому, щоб навчити людину жити «тут і зараз», при цьому приймаючи власні внутрішні переживання та водночас рухаючись вперед до цілей і цінностей.

АСТ включає шість основних процесів, які спрямовані на розвиток психологічної гнучкості. Ці процеси відіграють важливу роль у терапії горювання, оскільки допомагають пацієнту адаптуватися до нової реальності без померлого та прийняти емоційний біль, який виникає у процесі горя [45].

1. Прийняття (Acceptance)

АСТ допомагає пацієнтам навчитися приймати свої емоції і думки, які виникають у процесі горя, замість того, щоб уникати або пригнічувати їх. Це стосується таких почуттів, як туга, відчай, гнів або провина. Прийняття означає, що пацієнт визнає ці емоції як нормальну частину переживання втрати. Згідно з дослідженнями С. Хейса та ін. (2012), прийняття болю допомагає зменшити емоційне уникання, що часто є чинником розвитку пролонгованого горя [46].

2. Когнітивна дифузія (Cognitive Defusion)

Когнітивна дифузія допомагає пацієнтам дистанціюватися від своїх думок і сприймати їх як просто думки, а не об'єктивну реальність. Для людей, які переживають ускладнене горе, це може означати розрив із самозвинувачувальними думками або нав'язливими спогадами про втрату. Пацієнтам допомагають зрозуміти, що думки про те, що вони могли щось змінити чи запобігти смерті, не завжди є реалістичними або корисними для процесу адаптації.

3. Фокусування на теперішньому моменті (Mindfulness)

Практики майндфулнес дозволяють пацієнту бути свідомими щодо своїх думок і емоцій у поточний момент, не зациклюючись на спогадах або тривогах щодо майбутнього. Для осіб із пролонгованим горем це може означати зменшення фіксації на минулих подіях та більш активне включення в повсякденне життя. Р. Неймейєр (2016) зазначає, що практики майндфулнес є

ефективними у зниженні рівня тривожності та депресії у людей, які стикаються з пролонгованим горем [65].

4. Контакт із цінностями (Values Clarification)

Однією з центральних задач АСТ є допомога клієнту у визначенні власних життєвих цінностей та побудові життя відповідно до них. У контексті горя це може бути важливим кроком до відновлення почуття сенсу після втрати. Наприклад, людина, яка втратила близького, може знайти новий сенс у допомозі іншим або зосередитися на розвитку нових стосунків. П. Боелен та ін. (2006) підкреслюють, що орієнтація на цінності допомагає людям із пролонгованим горем знаходити нові життєві цілі та активніше брати участь у соціальному житті [22].

5. Психологічна гнучкість (Psychological Flexibility)

Психологічна гнучкість є основною метою АСТ і стосується здатності людини діяти відповідно до своїх цінностей, навіть коли вона стикається з сильними емоціями або складними життєвими обставинами. Дослідження Дж. Дахл та ін. (2005) показують, що розвиток психологічної гнучкості дозволяє пацієнтам адаптуватися до втрати і будувати нове життя, не заперечуючи при цьому свого горя [35].

6. Зобов'язання до дії (Committed Action)

АСТ заохочує пацієнтів діяти відповідно до своїх цінностей, навіть коли вони стикаються з труднощами. Для осіб із пролонгованим горем це може означати активну участь у соціальному житті, повернення до роботи або побудову нових відносин. С. Хейс та ін. (2012) наголошують, що зобов'язання до дії є ключовим компонентом у процесі адаптації, оскільки воно допомагає людям рухатися вперед, навіть коли вони відчувають біль від втрати [46].

Терапія прийняття і зобов'язання демонструє високу ефективність у лікуванні пролонгованого горя завдяки своїй спрямованості на прийняття емоцій та рух до цінностей. М. Тухіг та ін. (2010) відзначають, що АСТ дозволяє пацієнтам інтегрувати переживання горя у своє життя, не борючись з емоціями,

а навпаки — використовуючи їх як ресурс для особистісного зростання. Це робить АСТ особливо корисним для тих, хто має труднощі з прийняттям своїх емоцій або хто намагається уникати думок про втрату [103].

АСТ також є ефективною для роботи з коморбідними станами, такими як депресія або посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що часто супроводжують пролонговане горе. Дослідження Дж. Біссон та ін. (2013) показали, що АСТ допомагає знизити рівень депресивних симптомів у людей, які стикаються з патологічним горем, що робить цей метод ефективним вибором для комплексного лікування пролонгованого горя [20].

Групова терапія є однією з найбільш ефективних форм психологічної підтримки для осіб, які переживають горе. Цей підхід дає можливість учасникам взаємодіяти з іншими, хто стикається з подібними емоційними викликами, і отримувати емоційну підтримку від однолітків. У груповій терапії учасники можуть поділитися своїми почуттями, отримати підтримку та нові стратегії для подолання складних ситуацій, що сприяє глибшому опрацюванню втрати. Важливою складовою групової терапії є почуття спільності, яке допомагає знизити ізоляцію, часто відчутну людьми, що переживають горе.

Одним із основних аспектів групової терапії є створення відчуття спільності та нормалізація емоційних реакцій на втрату. Люди, які переживають горе, часто відчують, що їхні емоції унікальні і ніхто не здатен їх зрозуміти. Проте, у груповій терапії учасники усвідомлюють, що інші люди також стикаються з подібними емоціями, що допомагає нормалізувати почуття і знижує емоційне напруження. Дослідження І. Ялома (2005) показують, що групова терапія є ефективним інструментом для зменшення почуття самотності та ізольованості [110].

Підтримка, яку отримують учасники групової терапії, є надзвичайно важливою. Це не лише підтримка від терапевта, а й від інших учасників групи, що допомагає відчувати емоційну близькість і розуміння. Дослідження показують, що люди, які отримують підтримку від інших, мають менший рівень стресу і

краще справляються з процесом горювання. М. Шер (2015) підкреслює, що групова підтримка сприяє зниженню інтенсивності емоційного болю і допомагає у процесі адаптації до втрати [91].

Ще одним важливим аспектом групової терапії є можливість емоційного звільнення або катарсису. Учасники можуть вільно виражати свої емоції, що є важливою частиною терапевтичного процесу. І. Ялом зазначає, що катарсис у груповій терапії сприяє зниженню емоційної напруги і допомагає учасникам пережити свої почуття у безпечному середовищі. Це дозволяє людям поступово опрацьовувати емоції, які можуть бути придушені або неусвідомлені [110].

Групова терапія також допомагає моделювати адаптивну поведінку. Спостерігаючи за тим, як інші учасники справляються з власним горем, люди можуть вчитися нових способів подолання важких ситуацій. С. Рубін та ін. (2012) показали, що учасники груп, які активно спостерігають за адаптивними моделями поведінки, краще опановують власні емоції та ефективніше адаптуються до життя після втрати [89].

Особливо важливою групова терапія є для осіб, які переживають пролонговане або ускладнене горе. Ці люди часто стикаються з тривалими емоційними реакціями, які перешкоджають нормальній адаптації до втрати. У таких випадках групова терапія може допомогти розірвати цикл ізоляції та сприяти відновленню. Дослідження показують, що групова терапія є ефективною в скороченні симптомів пролонгованого горя і покращенні якості життя пацієнтів [107].

У контексті війни, що триває в Україні, групова терапія набуває особливого значення. Люди, які зазнали втрат через військові дії, часто переживають комплексну травму, що включає як горе за втрачених близьких, так і психологічні наслідки від насильницьких подій. У таких умовах групова підтримка допомагає людям впоратися з горем і знайти нові ресурси для адаптації.

Отже, психологічний супровід горювання є багатограним процесом, що враховує індивідуальні, соціальні та культурні аспекти досвіду втрати.

Різноманітність терапевтичних підходів дає можливість гнучко адаптувати психологічну допомогу до індивідуальних потреб людей, які переживають горе, враховуючи специфіку їхньої втрати та емоційного стану. Ефективність психологічного супроводу залежить від вибору підходів, що відповідають як емоційним потребам пацієнта, так і соціокультурному контексту, в якому відбувається процес горювання.

1.6. Психологічна допомога в онлайн форматі

З огляду на зростаючу кількість людей, які потребують психологічної підтримки через втрати, а також на виклики, спричинені війною в Україні, онлайн формат психологічного супроводу горювання стає важливим інструментом психологічної підтримки. Використання онлайн платформ, таких як Zoom або Google Meet, дозволяє надавати допомогу тим, хто не має доступу до традиційних методів через віддаленість чи інші обмеження. Цей формат, аналогічний телемедицині, робить послуги психологів більш доступними та гнучкими.

Перевагою онлайн формату є його доступність: клієнти можуть отримати консультацію, перебуваючи в будь-якому місці, де є Інтернет-з'єднання. Це особливо важливо для внутрішньо переміщених осіб, які часто стикаються з соціальною ізоляцією та браком підтримки. Дослідження показують, що перевагою онлайн формату є забезпечення комфортної атмосфери для обговорення болючих тем, адже клієнт знаходиться у звичній обстановці [16].

Психологічний супровід онлайн довів свою ефективність у зменшенні симптомів горя, тривожності та депресії. Наприклад, дослідження А. Банбурі та ін. (2018) підтверджують, що дистанційна підтримка допомагає знизити емоційне навантаження на осіб, які стикаються з труднощами через втрату, а також сприяє зменшенню почуття ізоляції, яке часто супроводжує горе [15]. Подібні дослідження підтверджують, що онлайн-консультації мають таку ж

ефективність, як і традиційні очні зустрічі, у зниження симптомів депресії, тривожності та покращення загального психічного стану, а також можуть бути ще ефективнішими за традиційну допомогу, оскільки забезпечують постійний доступ до підтримки [104].

Онлайн підхід є також корисним для подолання стигматизації, зокрема у випадках, коли люди бояться звертатися за підтримкою особисто через соціальний осуд чи культурні норми. Дистанційний формат дозволяє знизити страх стигматизації та бар'єри фізичного доступу до послуг, особливо в умовах війни, коли надання допомоги у безпечних умовах стає критично важливим.

Окрему увагу варто приділити груповому онлайн супроводу для організації групових сеансів підтримки. Дослідження П. Туерк та ін. (2010) підтверджують, що груповий онлайн формат підтримки горювання є ефективним для зниження симптомів посттравматичного стресу та поліпшення адаптивних навичок [102]. Більше того, дослідження А. Зуелке та ін. демонструє, що в онлайн групах підтримки з'являються додаткові можливості для вираження емоцій, оскільки дистанційний формат дозволяє учасникам почуватися більш відкритими у вираженні своїх почуттів [111]. Групова підтримка у форматі відеоконференцій також є зручною для осіб з обмеженими фізичними можливостями, зокрема для ветеранів. Це дозволяє людям, які стикаються зі складними обставинами, відчувати соціальну підтримку та допомагає уникнути ізоляції.

Таким чином, онлайн формат супроводу горювання є ефективним, і зокрема у груповому вигляді, забезпечує доступ до якісної підтримки для широкого кола осіб, незалежно від їхнього місця проживання, фізичного стану чи культурних бар'єрів.

Висновки до розділу 1

В результаті проведеного теоретичного аналізу було встановлено, що горювання є складним і багатофакторним процесом, який має глибокий вплив на

емоційний, когнітивний та поведінковий стан особистості. Основні моделі та теорії горювання, починаючи від класичних концепцій, таких як модель стадій горя Е. Кюблер-Росс, і закінчуючи сучасними підходами, такими як дуальна модель адаптації до втрати М. Штробе і Х. Шут, підкреслюють, що переживання втрати може включати різні етапи, які не завжди відбуваються лінійно. Ці теорії також акцентують увагу на індивідуальності процесу горювання, підкреслюючи, що для різних людей він може протікати з різною інтенсивністю та тривалістю.

Виявлено, що переживання горя значною мірою залежать від численних факторів, серед яких попередній досвід втрат та психіатричний анамнез, рівень наявної соціальної підтримки, релігійні та культурні переконання тощо. Ці фактори можуть як пом'якшувати, так і поглиблювати емоційні реакції на втрату, впливаючи на здатність людини адаптуватися до нових життєвих умов. Таким чином, у психологічному супроводі необхідно враховувати ці індивідуальні та соціокультурні особливості для розробки ефективних стратегій допомоги.

В ході аналізу було проведено огляд критеріїв діагностики ускладненого горя за DSM-5 та МКХ-11, а також сучасних методик для психодіагностики процесу горювання. Вони дозволяють окреслити межі між нормальним та патологічним процесом горювання, а також вказують на індивідуальні особливості процесу горювання. Це є важливим для розробки диференційованих підходів до терапії, що враховують специфічні потреби осіб, що переживають втрату.

Розглянуто сучасні підходи до психологічного супроводу, які базуються на доказових методах, зокрема когнітивно-поведінковій терапії (КПТ), арттерапії та терапії прийняття і зобов'язання (АСТ). З'ясовано, що ці підходи допомагають знижувати інтенсивність емоційних переживань, сприяють інтеграції втрати у життєвий досвід клієнта і покращують його здатність до адаптації.

Особливу увагу було приділено сучасним аспектам супроводу горювання, а саме розвитку психологічної допомоги онлайн. Аналіз досліджень показав, що

онлайн-консультації можуть бути настільки ж ефективними, як і традиційні зустрічі, а в деяких випадках, ще більш ефективними за рахунок того, що дозволяють мати стабільний доступ до психологічної допомоги там, де традиційний психологічний супровід неможливий. Онлайн формат забезпечує можливість проведення групових зустрічей і психоедукаційних семінарів, що є особливо корисним для людей, що мають обмежений доступ до очної психологічної допомоги.

Загалом, розділ 1 закладає теоретичні засади для розуміння психологічного супроводу осіб, які переживають горе, та демонструє важливість комплексного підходу, що враховує емоційні, когнітивні та соціокультурні аспекти. Застосування класичних та сучасних моделей до розуміння проблеми горювання, психодіагностичних методик, адаптованих до специфіки кожного клієнта, а також впровадження онлайн формату, дозволяє забезпечити гнучкість і доступність психологічної допомоги, що є особливо актуальним у сучасних умовах.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЦЕСУ ПЕРЕЖИВАННЯ ГОРЯ У ЖІНОК, ЯКІ ВТРАТИЛИ ПАРТНЕРА НА ВІЙНІ

2.1. Методологічне обґрунтування програми дослідження, її мети та завдання

Сучасні наукові дослідження, присвячені темі горювання, свідчать про значний вплив цього процесу на психічний та фізичний стан людини, особливо у випадках ускладненого горя. В умовах сучасної війни в Україні, яка триває з 2014 року, проблема переживання втрати близьких набула особливої актуальності, оскільки загибель на війні часто асоціюється з невизначеністю, відчуттям безвиході та тривалим горем. Програма, що пропонується в рамках даного дослідження, розроблена для жінок, які втратили своїх партнерів унаслідок військових дій, задля забезпечення комплексного психологічного супроводу для покращення емоційного стану учасниць і допомоги в адаптації до нового життя без партнера.

Метою даного дослідження є вивчення психологічних особливостей переживання горя серед жінок, які втратили партнера на війні. Завданнями програми є зменшення інтенсивності емоційних симптомів, таких як пролонговане горе, депресія та тривожність, а також сприяння інтеграції травматичного досвіду в життєву історію учасниць.

Дослідження проводилось в сім етапів:

1. Первинне тестування емоційного стану респондентів.

На цьому етапі передбачалось проведення опитувань серед жінок, які втратили партнерів на війні, з метою виявлення рівня інтенсивності горя та депресії. Для цього використовувались наступні стандартизовані методики: TGI-SR+, Шкала депресії Бека та Шкала інтеграції стресових подій (ISLES) в адаптації В. Злівкова та С. Лукомської [58; 71; 7].

2. Аналіз результатів первинної діагностики, визначення рангу кореляції вираженості горя з депресивними симптомами та рівнем інтеграції досвіду втрати.

Отримані дані дозволили виявити психоемоційні особливості учасниць дослідження, а також визначити загальні тенденції у переживанні втрат. Це допомогло ідентифікувати основні проблемні зони, що потребують психологічної корекції, та виокремити групи з високим ризиком розвитку пролонгованого горя.

3. Розробка програми психологічного супроводу.

На основі результатів первинної діагностики розроблено онлайн програму психологічного супроводу, спрямовану на полегшення емоційного стану респондентів та сприяння їхній адаптації до втрати. Програма базується на сучасних психотерапевтичних підходах, таких як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), терапія прийняття і зобов'язання (АСТ) з елементами інтегративної терапії. Важливим аспектом є врахування специфіки військових втрат, що додатково ускладнює процес горювання та потребує особливої уваги.

4. Впровадження програми супроводу.

Програма була впроваджена серед вибірки респондентів з метою підтримки на шляху переживання горя та задля зменшення інтенсивності емоційних симптомів, таких як туга, депресія, втрата сенсів. Важливим компонентом програми є когнітивна реструктуризація думок, пов'язаних із втратою, а також розвиток адаптивних поведінкових стратегій.

5. Повторна діагностика.

Після завершення програми супроводу було проведене повторне тестування з використанням тих самих методик (TGI-SR+, Шкала депресії Бека, Шкала інтеграції стресових подій (ISLES) в адаптації В. Злівкова та С. Лукомської), що й на етапі первинної діагностики. Метою повторної діагностики було проведення оцінки ефективності програми шляхом аналізу змін у психоемоційному стані учасниць дослідження.

6. Порівняльний аналіз результатів до і після впровадження програми.

Зіставлення даних первинної та повторної діагностики дозволило оцінити зміни у стані респондентів після проходження програми супроводу. Особлива увага приділялась змінам у рівні горя, депресії та загальної психологічної адаптації.

7. Надання рекомендацій щодо психологічного супроводу горювання.

Створені в процесі теоретичного та емпіричного аналізу рекомендації дають можливість практичним психологам більш точно визначати мішені втручання в консультуванні жінок, які переживають втрату партнера, що підвищить ефективність психологічного супроводу. Також надані рекомендації можуть використовуватися при створенні різноманітних програм індивідуального та групового консультування, психоедукації, розробки державних програм допомоги жінкам, що горюють, тощо.

2.2. Методи дослідження

Методологія даного дослідження передбачає використання комбінованого підходу, що поєднує кількісні та якісні методи для глибокого аналізу переживань горя у жінок, які втратили своїх партнерів унаслідок війни. Основною метою методологічного підходу є комплексна оцінка емоційного стану респонденток, виявлення ключових факторів, які впливають на процес горювання, а також впровадження ефективної програми психологічного супроводу.

Вибірка для даного дослідження включає 25 жінок віком від 24 до 43 років, які втратили своїх партнерів під час військових дій.

Критерії включення:

1. Вік від 18 до 60 років, що, згідно з більшістю періодизацій, відповідає періоду дорослості.
2. Час після похорону варіюється в межах від одного тижня до шести

місяців, що дозволяє фіксувати учасниць, які перебувають в активній фазі горювання.

3. Здатність брати участь у програмі психологічного супроводу в онлайн-форматі, що передбачає наявність стабільного доступу до мережі Інтернет та навичок користування онлайн-платформами (зокрема, Zoom), оскільки заняття проводяться в дистанційному форматі.

Критерії виключення:

1. Наявність тяжких супутніх психічних розладів чи станів, які можуть вплинути на процес горювання, зокрема таких як важкі некомпенсовані клінічні депресії, психози або посттравматичний стресовий розлад, що можуть значно вплинути на ефективність участі в програмі та обмежити здатність до взаємодії в онлайн—форматі.

2. Відсутність можливості бути присутніми на усіх зустрічах групи.

Учасниці дослідження були залучені через соціальні мережі Instagram та Facebook. Дослідження проводилось з дотриманням етичних стандартів американської психологічної асоціації (APA) та української асоціації когнітивно-поведінкової терапії (УАКПТ) [13; 11]. Кожна учасниця отримала детальну інформацію про мету, процедуру та можливі ризики дослідження, після чого підписала інформовану згоду на участь. Було забезпечено конфіденційність персональних даних респонденток, а також надано можливість звертатися за психологічною допомогою у разі виникнення потреби.

У виборі методик для діагностики психологічного стану респондентів перевага надавалася адаптованим україномовним варіантам опитувальників, що забезпечує культурну релевантність та високу валідність результатів. У даному дослідженні було використано кілька стандартизованих інструментів для вимірювання різних аспектів емоційного, когнітивного та поведінкового функціонування осіб, які переживають горе.

1. *TGI-SR+ (Traumatic Grief Inventory – Self Report Plus).*

TGI-SR+ є стандартизованою методикою для самооцінки симптомів травматичного та пролонгованого горя. Ця методика була розроблена для оцінки різних аспектів патологічного горя, включаючи емоційні, когнітивні та поведінкові реакції на втрату близької людини. Вона дозволяє визначити, наскільки інтенсивними є симптоми і чи є вони патологічними. TGI-SR+ складається з 22 пунктів, які охоплюють ключові аспекти переживання горя, включаючи:

- Інтенсивну тугу за померлим.
- Нав'язливі думки про смерть.
- Уникання ситуацій, що нагадують про втрату.
- Почуття ізоляції та емоційного оніміння.
- Відчуття безвиході та втрати сенсу життя.

Оцінка кожного пункту здійснюється за 4-бальною шкалою, за допомогою якої оцінюється, наскільки часто респонденти відчували кожен симптом протягом місяця. Досліджуванним потрібно обрати найбільш відповідний варіант до своїх відчуттів за шкалою:

- 1 = ніколи
- 2 = рідко
- 3 = іноді
- 4 = часто
- 5 = завжди

Якщо симптом оцінюється як «часто» або «завжди», можна зробити висновок про клінічну значущість даного симптому. Аналіз результатів включає як розгляд кожного окремого симптому, так і підсумування загального балу опитувальника. Автори зазначають, що підсумковий бал ≥ 71 відповідає розладу тривалого горя за критеріями DSM-5 та МКХ-11 [7; 21; 58].

2. Шкала депресії Бека.

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory) є однією з найвідоміших та найпоширеніших методик для оцінки ступеня депресії у пацієнтів. Цей

інструмент розроблений для виявлення емоційних, когнітивних та соматичних симптомів депресії, що можуть виникати як реакція на втрату близької людини.

Шкала складається з 21 пункту, кожен з яких описує певний симптом депресії, зокрема:

- Втрата інтересу до життя.
- Почуття провини.
- Соматичні порушення (порушення сну, апетиту).
- Психомоторна загальмованість.

Респонденти оцінюють кожен пункт за 4-бальною шкалою (від 0 до 3), де більш високі оцінки вказують на більш виражені симптоми. Підсумкова сума балів визначає рівень депресії:

- ✓ 0–9: вказує на мінімальну депресію
- ✓ 10–18: вказує на легку депресію
- ✓ 19–29: вказує на помірну депресію
- ✓ 30–63: вказує на важку депресію [71; 19].

3. *Шкала інтеграції досвіду переживання стресів (ISLES) в адаптації В. Зливкова, С. Лукомської.*

Шкала інтеграції досвіду переживання стресів (ISLES) є діагностичним інструментом, який оцінює здатність людини інтегрувати стресові події, такі як втрата близької людини, в загальний життєвий досвід. Методика була адаптована В. Зливковим та С. Лукомською для українських респондентів, з урахуванням культурних та соціальних особливостей.

ISLES складається з 16 пунктів, що розподіляються на дві основні субшкали:

- Зрозумілість: визначає здатність людини знайти сенс у події втрати та інтегрувати її в свій життєвий досвід
- Рівновага: оцінює рівень стабільності переконань та світосприйняття людини після втрати.

Пункти оцінюються за 5-бальною шкалою, де «1» вказує на низьку інтеграцію досвіду, а «5» – на високу. Опитувальник передбачає як оцінку

загальної суми набраних балів (де 16 – мінімальний бал, а 80 – максимальний), так і кількість балів по кожній субшкалі. Для підрахунку результатів по субшкалам, необхідно підсумувати бали, отримані від наступних питань:

- Для субшкали «Зрозумілість» — 1, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16.
- Для субшкали «Рівновага» 2, 4, 6, 8, 10.

Попри те, що чіткі стандарти для інтерпретації результатів за шкалою ISLES ще не розроблені, попередні дані свідчать про певні порогові значення. Зокрема, загальний бал ISLES на рівні 52 або нижче (для повної версії шкали з 16 пунктів) може вказувати на наявність ускладнених симптомів горя у респондентів. Натомість, результат менше 20 балів говорить про те, що людина не надає значного сенсу своїй втраті, що може відображати низький рівень інтеграції цієї події в її життєву перспективу.

Результати за субшкалами також не мають чітко визначеної авторами інтерпретації, проте ми можемо оцінювати їх шляхом порівняння отриманих даних з мінімальним та максимальним балом кожної шкали. Так, для субшкали «Зрозумілість» діапазон балів складає від 11 до 55, а для субшкали «Рівновага» — від 5 до 25 [7; 48].

Дані для дослідження збиралися у два етапи: на початку, до впровадження програми психологічного супроводу, і після її завершення. На першому етапі кожна учасниця заповнювала опитувальники за методиками TGI-SR+, Шкалу депресії Бека та ISLES, що дозволило отримати базові показники психологічного стану респонденток. Після чотирьох тижнів групових занять, розроблених у рамках програми супроводу, учасниці повторно заповнювали ті ж самі опитувальники для оцінки змін у їхньому стані.

Збір даних здійснювався онлайн за допомогою Google-форм, що дозволило забезпечити конфіденційність та зручність для респонденток. Для обробки отриманих даних використовувалися методи кількісного аналізу, зокрема коефіцієнт кореляції рангу Спірмена для визначення взаємозв'язку між вираженістю горювання, рівнем депресії та інтеграцією досвіду втрати. Також

було проведено порівняння результатів до та після участі у програмі, що дозволило оцінити її ефективність.

2.3. Аналіз й інтерпретація емпіричних даних

Розглянемо результати аналізу й інтерпретації емпіричних даних, отриманих у ході дослідження особливостей переживання горя у жінок, які втратили партнера на війні. Цей етап дослідження спрямований на детальне вивчення не лише поточного психологічного стану учасниць, але й визначення ключових факторів, що впливають на характер і глибину переживань. Особливу увагу приділено когнітивним, емоційним і поведінковим аспектам процесу горювання, а також їхньому впливу на адаптацію до нових життєвих умов.

Дослідження також мало на меті виявлення взаємозв'язків між рівнем травматичного горя, депресивними симптомами та здатністю інтегрувати досвід втрати в життєвий контекст. Це дозволило оцінити, як різні аспекти горя взаємодіють між собою та впливають на загальний психоемоційний стан жінок. Важливо зазначити, що обраний підхід базувався на сучасних теоретичних моделях, розглянутих у першому розділі роботи, які підкреслюють багатоаспектний характер переживання втрати.

Аналіз емпіричних даних базувався на результатах, отриманих за допомогою трьох описаних вище валідованих психодіагностичних методик, які забезпечують комплексний підхід до оцінки стану учасниць. Результати аналізу відображають як кількісні показники рівня травматичного горя та супутніх станів, так і якісні особливості переживань, які дають змогу глибше зрозуміти складність і багатовимірність процесу горювання. Розглянемо результати детальніше за кожною з методик.

1. Результати за методикою TGI-SR+

Аналіз показників травматичного горя, отриманих за методикою TGI-SR+, дозволив виявити низку характерних ознак переживання втрати серед

досліджуваних учасниць. Середній показник за шкалою травматичного горя склав 64 бали із можливих 100, що свідчить про помірний рівень горя. Такий рівень є достатньо високим, щоб вказувати на наявність значного емоційного дистресу, який може ускладнювати адаптацію до нових життєвих умов. Хоча ці результати переважно не відповідають критеріям тривалого розладу горя за класифікацією МКБ-11, вони демонструють певну вразливість респонденток до можливого розвитку ускладненого горя за відсутності відповідної психологічної підтримки (Рис. 2.1).

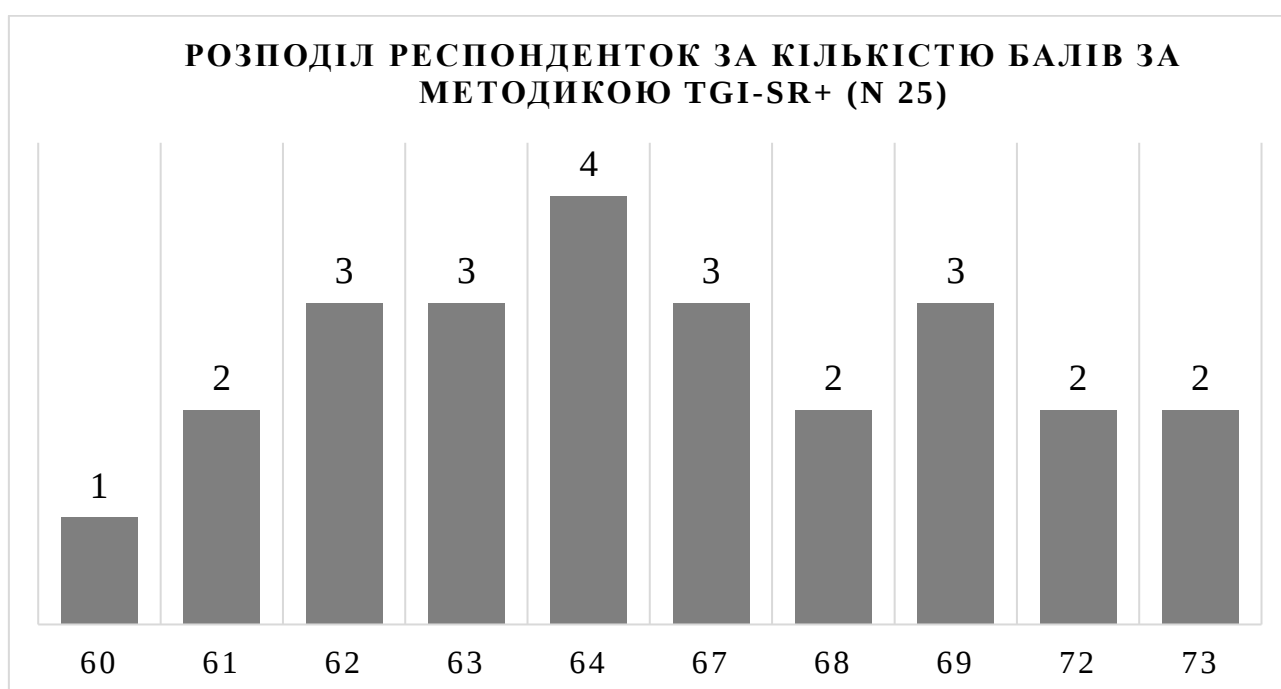


Рис. 2.1

Когнітивні аспекти горювання виявилися найбільш домінуючими. 21 респондентка (84%) зазначила постійні думки про померлого, труднощі з концентрацією та нав'язливі спогади про втрату. Ці прояви відповідають феномену «порушеної когнітивної інтеграції», описаному в теоретичних моделях, зокрема у теорії адаптації до втрати М. Стробе та Х. Шута [99]. Нав'язливі думки про померлого є свідченням того, що жінки перебувають на етапі «орієнтації на втрату», що, відповідно до дуальної моделі, перешкоджає переходу до адаптації та відновлення.

Емоційний компонент горя також демонструє значну вираженість. 17 респонденток (68%) повідомляли про тривалу пригніченість, часті емоційні сплески, а також почуття безнадії. Близько 19 жінок (76%) вказали на глибоке почуття порожнечі після втрати. Такі емоції свідчать про активний процес горювання, що може відповідати теорії Дж. Боулбі, який підкреслював, що інтенсивність емоційних переживань пов'язана із силою прив'язаності до померлого [1]. Ці дані також перегукуються із моделлю Кюблер-Росс, яка наголошувала на природності таких переживань, хоча й підкреслювала їхню тимчасовість за умов належної підтримки [5].

Поведінкові реакції учасниць вказують на певні складнощі у процесі інтеграції втрати. 15 респонденток (61%) демонстрували уникання ситуацій або місць, які асоціюються з померлим. Відповідно до концепції травматичної пам'яті, таке уникання є механізмом психологічного захисту, що спрямований на зниження емоційного навантаження. Однак тривале уникання, згідно з теоретичними підходами, такими як когнітивно-поведінкова модель, може затримувати процес адаптації, посилюючи ізоляцію та зменшуючи ефективність соціальної підтримки.

Таким чином, результати за методикою TGI-SR+ не лише дозволяють кількісно оцінити рівень травматичного горя, але й надають глибше розуміння його якісних характеристик. Виявлені когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти горя вказують на необхідність розробки психологічної підтримки, яка б сприяла когнітивній переінтеграції, емоційній стабілізації та відновленню соціальних ролей. Отримані дані підтверджують актуальність використання комплексного підходу до роботи з горем, як це описано в сучасних теоретичних моделях, що були розглянуті в першому розділі роботи.

2. Результати за шкалою депресії Бека

Аналіз даних, отриманих за допомогою шкали депресії Бека, дозволив виявити високий рівень депресивних симптомів серед більшості учасниць дослідження. Середній показник склав 27 балів, що відповідає середньому рівню

депресії. Це свідчить про наявність значного емоційного дистресу, який суттєво ускладнює адаптацію до нових життєвих умов після втрати партнера. При цьому, зокрема, 8 респонденток (32%) мали результати, що відповідають важкому рівню депресії (понад 30 балів), що вказує на потребу в негайній психотерапевтичній допомозі. 12 учасниць (48%) демонстрували помірний рівень депресивних симптомів (від 20 до 29 балів), тоді як решта респонденток мали прояви легкої депресії. (Рис. 2.2).



Рис. 2.2

Найбільш вираженими симптомами, виявленими серед учасниць, були почуття безнадійності (19 жінок, або 78%) та втрата інтересу до щоденних активностей (18 респонденток, або 72%). Це узгоджується з теоретичними підходами до розуміння депресивних станів, зокрема, з моделлю когнітивної тріади А. Бека, що підкреслює, що відчуття безнадійності та втрата інтересу є ключовими маркерами депресивного стану, які формуються через спотворене сприйняття майбутнього та відсутність мотивації до дій [18].

Супутні симптоми, такі як поганий апетит і порушення сну, відзначили 17 жінок (68%), що свідчить про вплив травматичних подій на фізіологічну регуляцію. Знижена самооцінка, яку відзначили 16 респонденток (64%), вказує на глибокі внутрішньоособистісні конфлікти, які ускладнюють процес інтеграції втрати. Згідно з теорією Дж. Боулбі, переживання втрати близької людини часто супроводжується змінами уявлення про себе, які можуть призводити до появи негативних думок і зниження самооцінки [1].

Отримані результати вказують на тісний взаємозв'язок між проявами депресії та емоційним станом, зумовленим процесом горювання. Як зазначається в теоретичних моделях, таких як концепція «порушеної адаптації» Дж. Паркеса, депресивні симптоми часто є частиною природної реакції на втрату, але за умов тривалої присутності вони можуть перерости в хронічний депресивний стан [75]. Ці стани також перешкоджають інтеграції досвіду втрати, що описується в рамках дуальної моделі адаптації до втрати, розробленої М. Стробе та Х. Шутом [99].

Отже, аналіз даних підтверджує, що значна частина жінок, які взяли участь у дослідженні, страждає від депресивних симптомів, які суттєво впливають на їхню здатність адаптуватися до нових умов життя після втрати партнера. Це свідчить про необхідність комплексного підходу до надання психологічної допомоги, що включатиме роботу з когнітивними та емоційними аспектами депресії. Отримані результати підкреслюють важливість раннього виявлення та лікування депресії як частини загальної програми психологічного супроводу жінок, які пережили втрату.

3. Результати за шкалою інтеграції стресових подій (ISLES)

Результати, отримані за шкалою інтеграції стресових подій (ISLES), демонструють значні труднощі в адаптації учасниць до втрати. Респондентки набрали від 35 до 47 балів з 80 можливих, що свідчить про недостатній рівень інтеграції втрати до життєвого досвіду (Рис 2.3).

Цей результат вказує на те, що більшість жінок не змогли повною мірою осмислити втрату та знайти нові життєві сенси, які б допомогли адаптуватися до змін. Труднощі з інтеграцією втрати впливають на емоційну стабільність, когнітивне сприйняття подій і здатність зберігати життєві переконання. Ці дані підтверджують значний вплив втрати партнера на світогляд і психоемоційний стан респонденток.

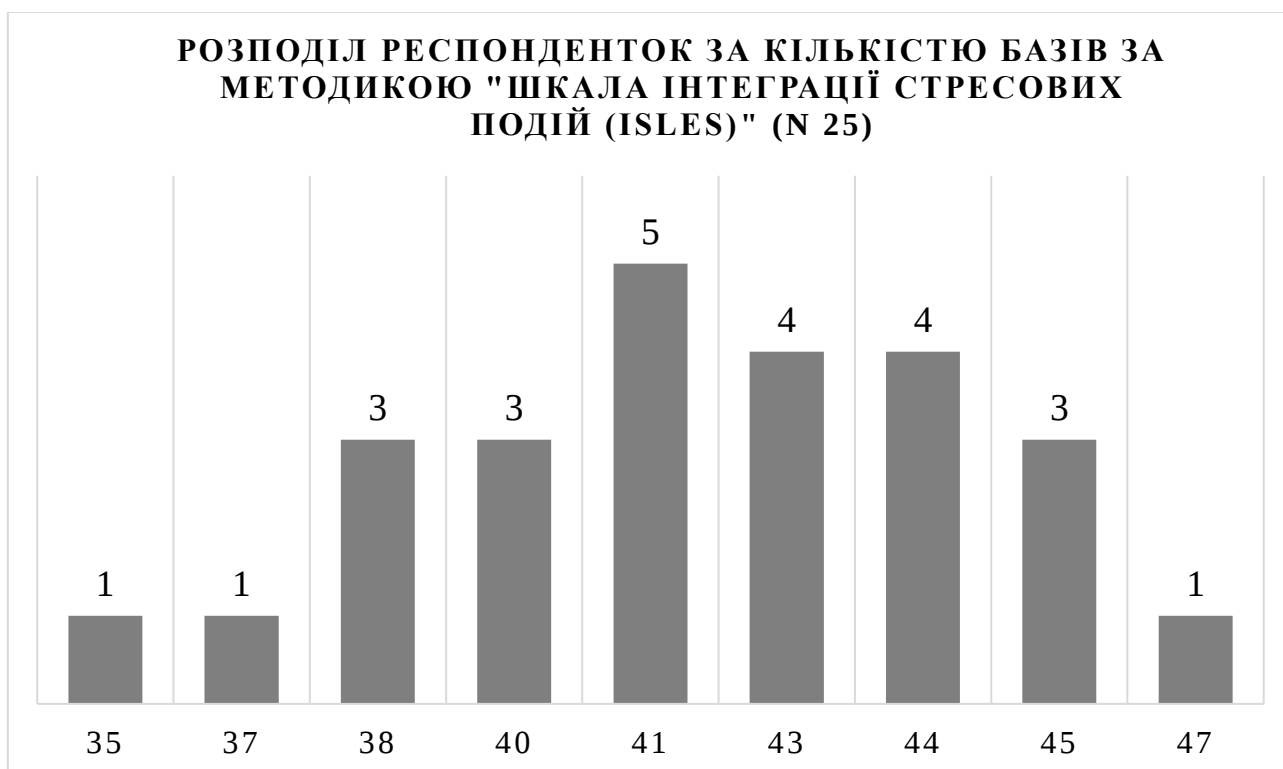


Рис. 2.3

За окремими субшкалами отримані наступні результати:

- За субшкалою «Зрозумілість» (що оцінює здатність усвідомити та інтегрувати втрату) середній результат – 31 бал. Це свідчить про помірний рівень осмислення втрати серед учасниць дослідження. Отримані дані вказують на те, що більшість жінок перебувають на стадії часткової інтеграції втрати, але значна частина все ще відчуває плутанину та труднощі в осмисленні події.

Низький рівень осмислення (<25 балів) продемонстрували 8 учасниць (32%). Цей показник свідчить про сильну плутанину, нездатність впорядкувати спогади про втрату та інтегрувати їх у свою життєву історію. У таких випадках втрата часто сприймається як деструктивна подія, що руйнує звичний світогляд.

Помірний рівень (25–40 балів) показали 14 респонденток (56%). Ця група частково адаптувала втрату, проте не досягла повного осмислення події. Для цих учасниць характерні спроби знайти значення втрати, але ці зусилля залишаються фрагментарними.

Високий рівень (>40 балів) набрали 3 жінки (12%). Це свідчить про значну інтеграцію втрати у світогляд, що дозволяє цим респонденткам поступово адаптуватися до нових життєвих умов, хоча вплив горя все ще відчувається (Рис 2.4).

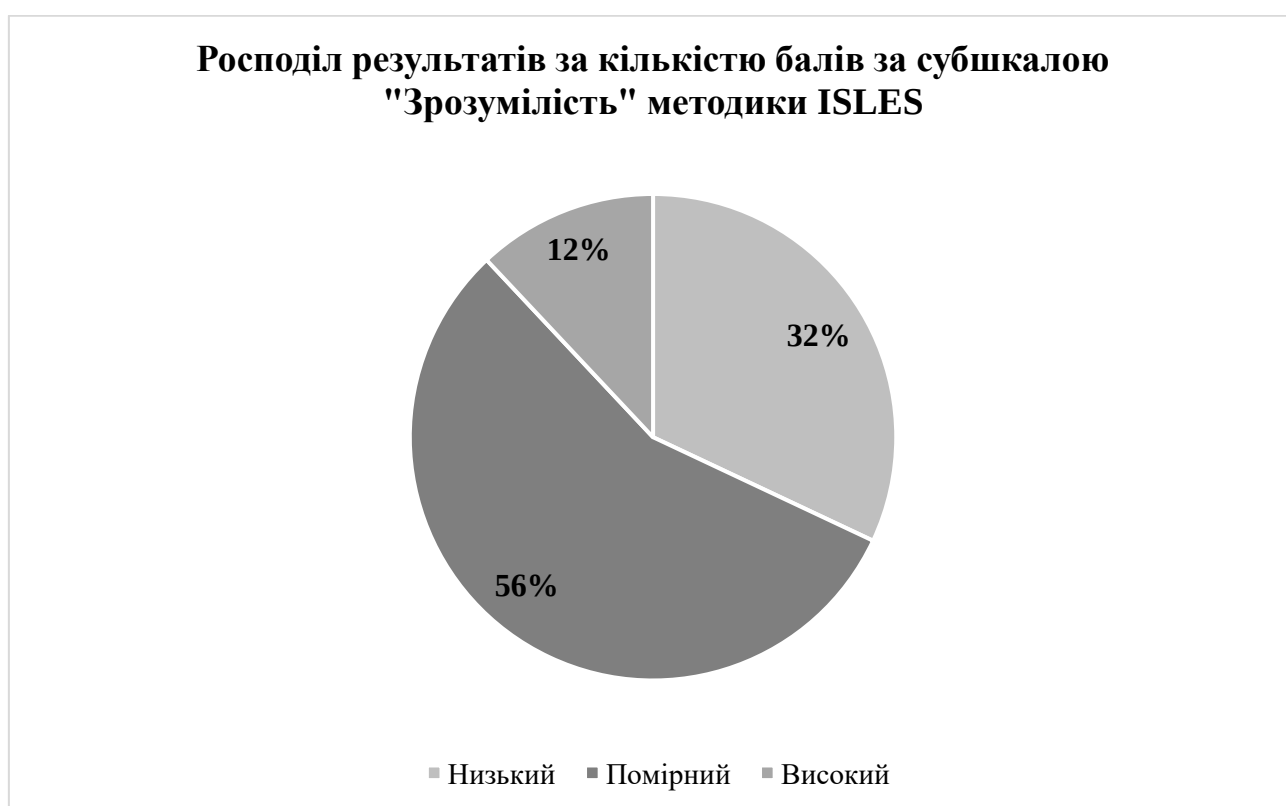


Рис. 2.4

Отримані бали свідчать про те, що більшість жінок лиш частково змогли усвідомити, осмислити та інтегрувати втрату партнера до власного світогляду. Низький рівень осмислення, характерний для третини респонденток, може бути обумовлений відсутністю належної соціальної чи психологічної підтримки, що перешкоджає розробці адаптивних стратегій. Водночас невелика група жінок, які досягли високих результатів, демонструють здатність до переосмислення події,

що може бути пов'язано з наявністю стійких цінностей чи ефективних механізмів подолання життєвих труднощів.

- За субшкалою «Рівновага» (що оцінює стабільність життєвих переконань після втрати) середній бал – 12, що свідчить про помірний рівень стабільності світогляду після втрати. Отримані дані вказують на те, що втрата партнера мала значний дестабілізуючий вплив на життєві переконання жінок, хоча для більшості респонденток основні життєві орієнтири залишилися відносно незмінними.

Низький рівень стабільності (<10 балів) продемонстрували 4 учасниці (16%). У цих жінок втрата спричинила значну дезорієнтацію, зруйнувавши відчуття безпеки та зрозумілості світу. Такі результати вказують на сильний дестабілізуючий вплив горя, що потребує невідкладного втручання.

Помірний рівень (10–20 балів) показали 15 респонденток (60%). Ця група респонденток зазнала певних змін у світогляді, однак їхня життєва рівновага залишилася частково збереженою. Учасниці цієї групи відчують нестабільність, але намагаються адаптуватися до нових умов.

Високий рівень (>20 балів) отримали 6 жінок (24%). Вони зберегли основну стабільність життєвих переконань і демонструють здатність до адаптації, незважаючи на пережиту втрату (Рис. 2.5).

**Росподіл респонденток за кількістю балів за субшкалою
"Рівновага" методики ISLES**

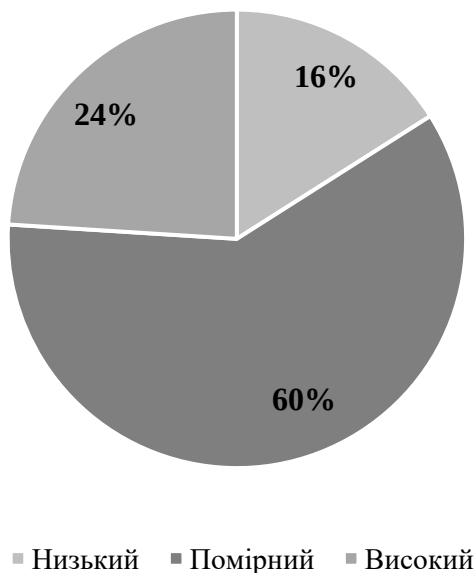


Рис. 2.5

Згідно з отриманими результатами, можна зробити висновок, що більшості жінок все ж вдалося певною мірою зберегти стабільними власні життєві переконання. У переважної частини жінок відбулися певні зміни в світосприйнятті, проте вони не настільки кардинальні, щоб зруйнувати основні життєві орієнтири та цінності. Значна частина жінок відмітила стабільність у власному світогляді. Можливо, це зумовлено специфікою вибірки – усі респондентки були партнерками військових та мали стійкі патріотичні цінності, а також були активно залучені до волонтерської діяльності. Проте це питання потребує подальшого вивчення.

Для оцінки взаємозв'язків між рівнем горя з депресією та рівнем горя з інтеграцією досвіду втрати було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнтів кореляції рангу Спірмена. Аналіз дозволяє визначити, як змінні впливають одна на одну, і дає змогу краще зрозуміти взаємозалежність емоційних та когнітивних процесів у респонденток, які пережили втрату. Представлені в таблиці кореляційні коефіцієнти відображають як позитивні, так і негативні взаємозв'язки між досліджуваними змінними, що

дає змогу висвітлити основні психологічні особливості переживання горя (Таблиця 2.1).

Кореляційна матриця взаємозв'язку між рівнем вираженості горя та рівнем депресії і рівнем інтеграції досвіду втрати

<i>Коефіцієнт кореляції рангу Спірмена</i>	<i>Рівень депресії (Шкала депресії Бека)</i>	<i>Рівень інтеграції досвіду втрати (за ISLES)</i>
<i>Рівень горя (за TGI-SR+)</i>	+0,55	-0,45

Таблиця 2.1

Проведений кореляційний аналіз показав наявність статистично значущих зв'язків між рівнем горя та депресією і рівнем горя та інтеграцією досвіду втрати.

Зокрема, кореляційний коефіцієнт між балами за шкалами TGI-SR+ та шкалою депресії Бека склав $r = +0.55$ ($p < 0.01$), що свідчить про наявність значущого позитивного зв'язку між рівнем горя та депресії. Це означає, що чим вище рівень травматичного горя, тим виразнішими є депресивні симптоми респонденток. Такий взаємозв'язок узгоджується з теоретичними моделями, зокрема з концепцією Дж. Боулбі про зв'язок інтенсивності прив'язаності з глибиною емоційних реакцій на втрату. Депресія може слугувати як наслідком незавершеного процесу горювання, так і фактором, що поглиблює переживання втрати, створюючи замкнене коло [1].

Крім того, кореляція між шкалами TGI-SR+ та ISLES виявилася негативною $r = -0.45$, ($p < 0.01$), що свідчить про зворотний зв'язок. Вищий рівень травматичного горя асоціюється із більшими труднощами в інтеграції втрати до життєвого досвіду. Відповідно, чим краще інтегрується досвід втрати у світогляд людини, тим менше вона відчуває інтенсивне горе, і навпаки, виражене горе значно ускладнює процес адаптації та прийняття втрати, що підтверджується зниженими показниками інтеграції. Такий зв'язок підтверджує ідеї дуальної

моделі адаптації до втрати, яка наголошує, що орієнтація на втрату, характерна для високого рівня горя, ускладнює перехід до орієнтації на відновлення.

Результати кореляційного аналізу демонструють необхідність комплексного підходу до психологічного супроводу жінок, які пережили втрату партнера. Отримані дані підкреслюють важливість врахування взаємозв'язку між емоційними та когнітивними аспектами переживання втрати у розробці програм психологічного супроводу для осіб, що переживають горе, а також підкреслюють значення комплексного підходу у психологічній підтримці людей, які переживають втрату. Втручання мають бути спрямовані на зменшення рівня травматичного горя, корекцію депресивних симптомів і підтримку інтеграції втрати у життєвий досвід, що дозволить знизити їхній негативний вплив на адаптацію та стабільність психічного здоров'я.

Висновки до розділу 2

В результаті роботи над розділом 2 були вирішені ключові завдання, пов'язані з експериментально-психологічним дослідженням процесу переживання горя у жінок, які втратили партнера на війні. Було обґрунтовано програму дослідження, визначено її мету та завдання, що передбачали вивчення взаємозв'язків між емоційними переживаннями горя, депресивними симптомами та рівнем інтеграції втрати у життєвий досвід.

Методологія дослідження включала використання сучасних психодіагностичних методик, які забезпечили точне вимірювання досліджуваних показників. Застосування комплексного підходу дозволило охопити всі ключові аспекти переживання горя, зокрема його когнітивну, емоційну та поведінкову складові. Статистичний аналіз даних надав можливість не тільки оцінити рівень емоційного стресу та психологічних проблем, але й виявити суттєві кореляційні зв'язки між окремими показниками.

Здійснений аналіз емпіричних даних показав, що існує значуща кореляція між рівнем горя та депресивними симптомами, що підтверджує гіпотезу про сильний взаємозв'язок цих станів. Разом із цим виявлено, що здатність до інтеграції втрати впливає на зниження інтенсивності негативних емоцій та сприяє емоційній стабілізації. Окремо було відзначено, що результати тестування дозволяють зробити висновки про ефективність розробленої програми психологічного супроводу, яка сприяє зменшенню емоційного навантаження та покращенню психологічного стану жінок.

Таким чином, виконані дослідження забезпечили емпіричне підґрунтя для подальшої розробки та вдосконалення програм психологічної підтримки осіб, що переживають горе.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ОНЛАЙН ПРОГРАМИ СУПРОВОДУ ПЕРЕЖИВАННЯ ГОРЯ У ЖІНОК, ЯКІ ВТРАТИЛИ ПАРТНЕРА НА ВІЙНІ, ТА НАДАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЇ

3.1. Методологічні основи супроводу горювання у жінок, які втратили партнера на війні

Методологічні основи супроводу горювання ґрунтуються на інтегративному підході, який об'єднує принципи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), терапії прийняття і зобов'язання (АСТ), арттерапії та технік майндфулнес. Актуальність такого підходу визначається сучасними дослідженнями в галузі психології горювання, які підтверджують ефективність комплексного впливу на когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти переживання втрати [24; 9].

Основні положення методології спираються на загальнонаукові принципи системності, комплексності та індивідуального підходу до клієнта. У рамках системного підходу супровід розглядається як безперервний процес, що охоплює когнітивні, афективні та поведінкові аспекти життєдіяльності учасниць, сприяючи ефективній адаптації до втрати [99]. Принцип комплексності передбачає поєднання технік, спрямованих на стабілізацію емоційного стану, когнітивне переосмислення втрачених зв'язків та створення нових життєвих сенсів [66]. Індивідуальний підхід забезпечує врахування унікального досвіду кожної учасниці, її емоційного стану та наявних ресурсів.

Українські дослідники, зокрема О. Романчук (2018), наголошують на важливості врахування соціокультурного контексту горювання, зокрема традицій і ритуалів, що сприяють інтеграції втрати у життєвий досвід. Романчук також підкреслює значення підтримки з боку сім'ї та спільноти як ключових факторів стабілізації психоемоційного стану [9].

Методологічною основою також є теоретичні положення КПТ, які пояснюють вплив думок на емоції та поведінку. На основі цих положень проводиться когнітивна реструктуризація для зниження деструктивних переживань, що супроводжують горе. Зокрема, увага приділяється виявленню та зміні когнітивних фільтрів, таких як катастрофізація чи персоналізація, що часто проявляються в процесі горювання [18].

Ключовим елементом методології є терапія прийняття і зобов'язання (АСТ), яка спрямована на прийняття емоційного болю і фокусування на цінностях [45]. Цей підхід дозволяє жінкам, що втратили партнерів на війні, прийняти біль втрати, не намагаючись його придушити чи уникати, та зосередитися на тому, що має сенс у їхньому житті.

Арттерапія в програмі використовується для безпечного вираження емоцій і творчого самовираження. Вона допомагає учасницям досліджувати свої почуття та знаходити способи конструктивної інтеграції втрати через створення символів, що підтримують зв'язок із померлими [63]. Українські автори, такі як С. Коваленко (2016), також зазначають, що арттерапевтичні методи особливо ефективні в контексті травматичного досвіду, оскільки вони дозволяють обійти вербальні бар'єри та виразити емоції, які важко описати словами [4].

Методики майндфулнес сприяють підвищенню усвідомленості та емоційної регуляції, допомагаючи учасницям жити в моменті та зменшувати тривогу, пов'язану з майбутнім [51]. В українському контексті це особливо актуально в умовах війни, де присутня постійна загроза і тривога [2].

Методологічна структура програми також враховує соціальні аспекти горювання, зокрема важливість підтримки з боку оточення. У рамках групової роботи особлива увага приділяється формуванню кола соціальної підтримки, яке має на меті зміцнити зв'язки учасниць із близькими людьми та спільнотою [105; 9].

Таким чином, запропонований методологічний підхід до супроводу горювання поєднує науково обґрунтовані методи, орієнтовані на підтримку психологічного благополуччя жінок у складних умовах воєнного часу.

3.2. Розробка онлайн програми супроводу горювання

Для ефективної підтримки жінок, які втратили партнерів на війні, було розроблено спеціалізовану онлайн програму супроводу горювання. У цьому розділі представлено покроковий опис ключових компонентів програми, зокрема, її структуру, основні методи та інструменти, які використовувались для полегшення процесу адаптації до втрати.

Програма побудована з врахуванням отриманих у попередньому розділі даних про рівень горя, депресії та складності інтеграції втрати у життєвий досвід учасниць. Це дозволило зробити акцент на найбільш актуальних аспектах психологічної підтримки, адаптуючи підходи до специфічних потреб жінок у період переживання втрати.

Зважаючи на емоційний компонент горя, у програмі передбачені заняття, спрямовані на опанування технік регуляції емоційного стану, таких як дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація та вправи заземлення для зняття психоемоційної напруги. Крім того, впроваджено арттерапевтичні методики, що дозволяють учасницям безпечно виражати свої емоції та шукати ресурси для стабілізації.

Фокусуючись на когнітивних аспектах, програма містить заняття, присвячені роботі з когнітивними викривленнями, такими як катастрофізація та персоналізація. Учасниці вчать розпізнавати автоматичні деструктивні думки та проводити когнітивну реструктуризацію, що сприяє зміні емоційного стану. Практичні завдання включають вправи для усвідомлення впливу думок на поведінку та емоції, а також розробку адаптивних стратегій мислення.

Важливою складовою програми є розвиток навичок соціальної підтримки. Окреме заняття присвячене вивченню технік залучення оточення до процесу горювання, а також створенню «кіл соціальної підтримки». Це допомагає учасникам усвідомити важливість спільноти та сприяє відновленню соціальних зв'язків, необхідних для адаптації.

Програма складається з 10 занять по 2 години кожне, що тривають протягом 5 тижнів. Кожне заняття має чітку структуру, що включає:

- Розминку: налаштування на роботу, вправи для зняття бар'єрів у спілкуванні та створення позитивного емоційного настрою.
- Інтерактивну частину: короткі лекції, дискусії або психоедукація на тему зустрічі.
- Практичні вправи: відповідно до мети заняття, включаючи техніки стабілізації, роботу з когнітивними фільтрами чи арттерапію.
- Роботу в групах: обговорення в малих групах, взаємна підтримка, ділення досвідом.
- Підбиття підсумків: закріплення позитивного настрою, обговорення результатів та планування наступного кроку.
- Домашні завдання: кожне заняття супроводжується домашніми завданнями, які передбачають самостійну роботу над техніками, обмірковування отриманих знань та їхнє застосування у повсякденному житті. Завдання практичного спрямування сприяють закріпленню навичок, отриманих під час занять, та підтримують процес інтеграції втрати у життєвий досвід.

Більш детальний огляд розробленої програми супроводу горювання у жінок, які втратили партнера на війні представлено нижче (Таблиця 3.3). Таблиця містить опис теми та мети кожного з десяти занять з лаконічним зазначенням їх змісту. В колонці «Зміст» ми описуємо як основну частину занять (включно з психоедукаційною частиною та зазначенням використаних технік і методик), так і задані домашні завдання.

Програма супроводу горювання у жінок, які втратили партнера на війні

№	Тема	Мета	Зміст
1	Знайомство та психоедукація	Ознайомлення учасниць із програмою, створення безпечного простору, надання базової інформації про процес горювання	Вступ, знайомство, встановлення правил групи; пояснення мети програми; психоедукація про горе (стадії, емоційні та поведінкові реакції, адаптивні та деструктивні коупінги); техніки стабілізації (дихальні вправи, релаксація); <u>домашнє завдання</u> : практикувати техніки стабілізації, підготувати історії та фото померлого.
2	Прийняття реальності втрати (частина 1)	Допомогти учасницям прийняти реальність втрати	Учасниці приносять фото чи речі померлого; ділення у колі спогадами про померлого; обговорення реакцій, використання технік заземлення; <u>домашнє завдання</u> : продовжувати техніки стабілізації.
3	Прийняття реальності втрати (частина 2)	Поглиблення процесу прийняття втрати, зміцнення взаємної підтримки	Продовження обміну спогадами; вправи для емоційного вираження; підтримка у створенні безпечного простору; <u>домашнє завдання</u> : підготуватися до наступного заняття.
4	Організація простору для горювання	Допомога в організації простору для вираження горя та відновлення	Психоедукація про «вікно толерантності»; створення двох просторів (для горювання та ресурсного відновлення); планування ритуалів горювання; вправа «кола соціальної підтримки»; <u>домашнє завдання</u> : організація ресурсної активності, залучення підтримки.
5	Арттерапія та майндфулнес	Надання можливості безпечного вираження емоцій	Арттерапевтичні методики (малюнок емоцій, лист померлому); вправи майндфулнес; <u>домашнє завдання</u> : почати творчий проєкт, що символізує пам'ять про померлого.

6	Прийняття рішень та вирішення проблем	Формування навичок прийняття рішень в умовах втрати	Техніки прийняття рішень; робота з актуальними проблемами; обговорення методів вирішення проблем; <u>домашнє завдання</u> : використати техніку для вирішення проблеми.
7	Когнітивна реструктуризація	Навчання зміні деструктивних думок	Психоедукація про когнітивні фільтри; вправи на розпізнавання та зміну автоматичних думок; <u>домашнє завдання</u> : записувати думки, емоції, поведінку, виявляти фільтри.
8	Інтеграція стосунків з померлим	Допомога у прийнятті ідеї продовження життя	Лист собі від померлого; обговорення дозволу жити далі без почуття провини; <u>домашнє завдання</u> : створення ритуалів відпускання.
9	Дослідження сенсів та цінностей	Відновлення самоідентифікації, визначення цінностей	Обговорення особистих сенсів та цінностей, як втрата змінила учасниць; постановка життєвих цілей; <u>домашнє завдання</u> : реалізація маленьких цілей у контексті цінностей.
10	Завершення та підбиття підсумків	Підсумувати результати, презентація творчих проєктів	Презентація творчих проєктів; обмін враженнями; завершення програми, заключне слово та планування майбутнього; <u>домашнє завдання</u> : повторне заповнення опитувальників;

Таблиця 3.3

В результаті участі у програмі жінки, які втратили партнера на війні, повинні навчитися розуміти свої емоційні реакції, усвідомлювати глибокий вплив втрати на різні аспекти їхнього життя та набувати навички, необхідні для адаптації до нових життєвих умов. Кожне заняття було спроектовано для комплексної роботи з різними аспектами горя, надаючи учасницям можливість рефлексувати, висловлювати свої почуття та поступово інтегрувати досвід втрати у свій життєвий контекст.

В ході першого заняття важливо не тільки створити безпечний простір для взаємодії, але й надати базову інформацію про процес горювання. Учасниці ознайомлюються з поняттям емоційної стабілізації та навчаються застосовувати

прості техніки, як-от «Колесо емоцій», яке допомагає структурувати власні переживання. Вправа «П'ять відчуттів» використовується для заземлення, і учасниці отримують навички управління емоціями в напружених ситуаціях.

На другому занятті акцент зроблено на прийнятті реальності втрати через глибокий особистий досвід. Учасниці приносять фотографії або символічні речі, що нагадують про померлого, і виконують вправу «Коло пам'яті», розповідаючи свої історії в підтримуючому колі. Використання техніки «Захисна уява» допомагає створити ментальний простір безпеки, де вони можуть працювати зі своїми спогадами без зайвого емоційного навантаження.

Третє заняття передбачає продовження роботи з прийняттям втрати через творчу рефлексію. Учасниці створюють «Книгу спогадів», де через малюнки або колажі візуалізують важливі моменти, пов'язані з померлим. Це дозволяє глибше усвідомити спогади, а обговорення своїх творчих робіт у групі сприяє емоційній підтримці та формуванню спільноти.

Четверте заняття зосереджене на створенні простору для горювання та ресурсного відновлення. Учасниці знайомляться з концепцією «вікна толерантності» і виконують вправу «Дві кімнати», яка допомагає розділити простір для горя та місце для відновлення сил. Додатково застосовується техніка «Візуалізація ресурсного місця», що навчає створювати уявний простір, де вони відчують спокій та безпеку. Це допомагає краще контролювати емоційні реакції та навчитися перемикатися між станами горя та відновлення.

П'яте заняття присвячене арттерапії та майндфулнес. Учасниці малюють «Малюнок втрати», що дозволяє виразити свої емоції невербальним способом, та виконують практику майндфулнес «Сканування тіла», яка допомагає усвідомити фізичні відчуття і зменшити тривогу. Це заняття сприяє розвитку навичок емоційної регуляції та глибшого розуміння власного тіла.

Шосте заняття зосереджується на прийнятті рішень та вирішенні проблем у нових життєвих умовах. Учасниці працюють із «Технікою прийняття рішень», яка допомагає структурувати процес мислення та розглянути наслідки різних

виборів. Виконання цієї вправи дозволяє їм навчитися приймати обґрунтовані рішення, спираючись на аналіз ситуації та власні пріоритети.

Сьоме заняття присвячене когнітивній реструктуризації. Учасниці ведуть «Щоденник думок», де записують свої негативні автоматичні думки, виявляють когнітивні фільтри та шукають більш збалансовані мисленнєві патерни. Це заняття розвиває критичне мислення і вміння змінювати деструктивні думки на конструктивні, що сприяє емоційній стабільності.

На восьмому занятті учасниці працюють над інтеграцією стосунків з померлим. Вправа «Лист від померлого» дозволяє їм уявити підтримку з боку покійного і зменшити почуття провини за продовження життя. Це заняття дає змогу розвинути глибше усвідомлення свого зв'язку з померлим і зосередитися на пошуку нових сенсів.

Дев'яте заняття спрямоване на дослідження сенсів та цінностей. Учасниці виконують вправу «Колесо цінностей», що допомагає визначити, які аспекти життя для них найважливіші, та планують життєві цілі відповідно до цих цінностей. Ця вправа сприяє усвідомленню нових життєвих сенсів і мотивує до активного життя після втрати.

Останнє, десяте заняття підсумовує весь пройдений шлях. Учасниці демонструють свої творчі проекти, які символізують їхній досвід та нові життєві перспективи. Вправа «Колаж майбутнього» дозволяє візуалізувати плани на майбутнє, а спільне обговорення завершує програму на позитивній ноті, закріплюючи отримані навички та знання.

3.3. Оцінка ефективності програми

Оцінка ефективності програми супроводу горювання проводилась на основі порівняння результатів трьох основних опитувальників, заповнених учасницями до початку програми та після її завершення: шкала травматичного горя (TGI-SR+), шкала депресії Бека та шкала інтеграції стресових подій (ISLES). Аналіз

даних дозволяє визначити, чи сприяла програма зниженню рівня горя та депресії, а також підвищенню інтеграції втрати у світогляд учасниць.

Результати за шкалою TGI-SR+ показали значне зниження середнього балу з 64 до 48 після участі у програмі психологічного супроводу. Це свідчить про зменшення інтенсивності травматичного горя, що відображає позитивні зміни в когнітивному, емоційному та поведінковому аспектах переживання втрати (Рис. 3.1).

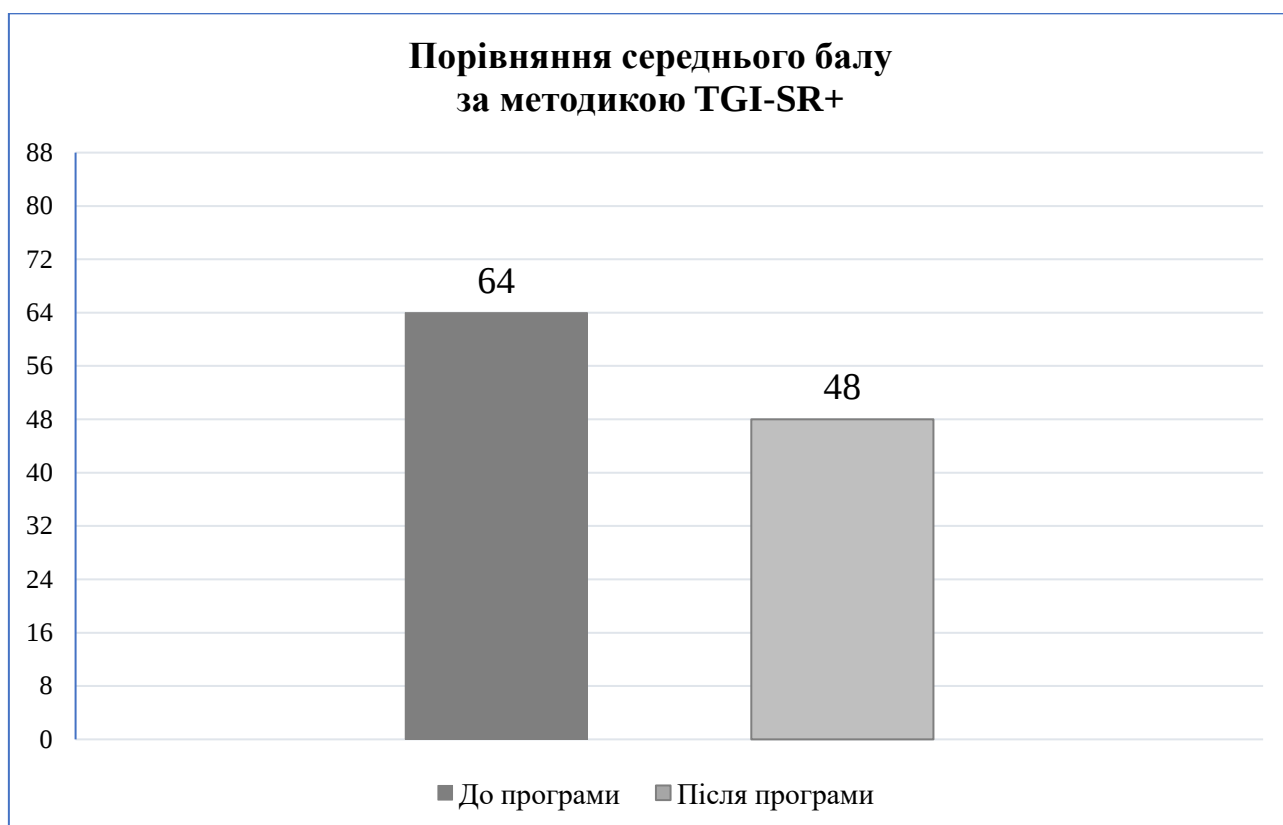


Рис. 3.1

Когнітивні аспекти, включаючи нав'язливі спогади та труднощі з концентрацією, стали менш вираженими у 76% учасниць. Це можна пов'язати з такими етапами програми, як «Прийняття реальності втрати» та «Когнітивна реструктуризація», де учасниці вчилися працювати з автоматичними думками та знаходити нові способи осмислення втрати.

Емоційні аспекти, такі як пригніченість і порожнеча, показали покращення у 68% жінок. Це є результатом емоційно-фокусованих технік, що

використовувалися під час арттерапії, майндфулнес та обговорення дозволу жити далі без почуття провини («Інтеграція стосунків з померлим»).

Поведінкові аспекти, включаючи уникання ситуацій чи місць, пов'язаних із померлим, зменшилися у 61% респонденток. Це могло бути досягнуто завдяки створенню «простору для горювання», плануванню ритуалів та практиці технік стабілізації.

Таким чином, впроваджена програма сприяла комплексній роботі з різними аспектами травматичного горя, що дозволило учасницям краще адаптуватися до втрати. Зниження інтенсивності симптомів горя свідчить про успішну адаптацію учасниць до втрати, що підтверджує доцільність використання комплексного підходу до психологічного супроводу.

Результати, отримані за шкалою депресії Бека, підтверджують суттєве зниження рівня депресії серед учасниць програми психологічного супроводу. Середній показник за шкалою зменшився з 27 балів (середній рівень депресії) до 18 балів (легкий рівень депресії), що свідчить про значне поліпшення емоційного стану респонденток (Рис. 3.2).



Рис. 3.2

Частка учасниць із важкими проявами депресії зменшилася з 32% до 12%, що є результатом роботи на етапах «Арттерапія та майндфулнес», «Когнітивна реструктуризація» та «Прийняття рішень». Під час цих занять жінки отримали інструменти для вираження емоцій, управління негативними думками та вирішення актуальних проблем.

Кількість жінок із помірним рівнем депресії знизилася з 48% до 24%, що свідчить про зниження емоційного напруження завдяки технікам стабілізації, арттерапії та залученню до ресурсної діяльності.

Більшість учасниць після програми перейшли до групи з легким рівнем депресії, що вказує на їхню емоційну стабілізацію.

Результати за шкалою депресії Бека вказують на те, що впроваджена програма психологічного супроводу була ефективною у покращенні емоційного стану жінок, які втратили партнерів. Значне зниження рівня депресії, особливо у групах із важкими та помірними проявами, свідчить про успішність запропонованого підходу та його важливість для підтримки психічного здоров'я респонденток у контексті травматичних подій.

Результати оцінки за шкалою інтеграції стресових подій (ISLES) вказують на покращення здатності учасниць інтегрувати втрату у своє життя після впровадження програми психологічного супроводу. Середній бал збільшився з 41 до 54, що свідчить про успішнішу адаптацію, побудову нових життєвих сенсів та стабілізацію світогляду учасниць (Рис. 3.3).

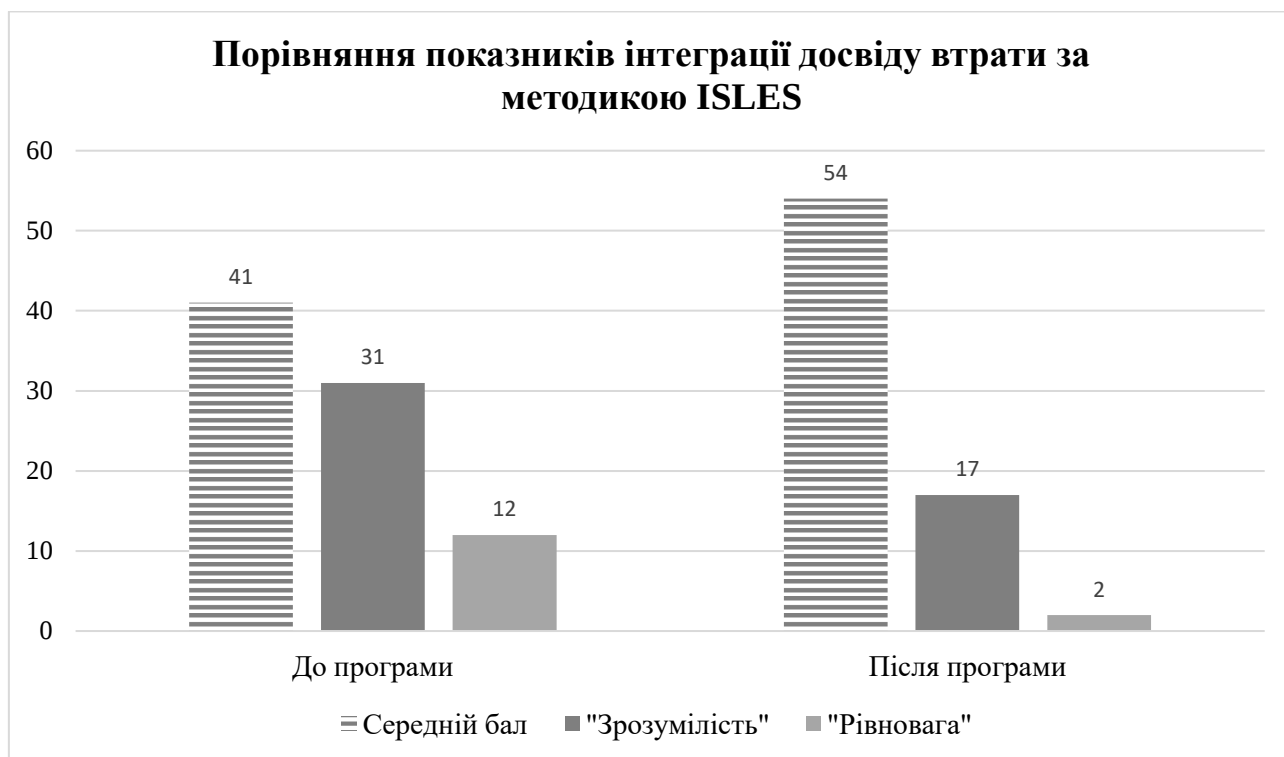


Рис. 3.3

За субшкалою «Зрозумілість» частка жінок, які відзначали значну плутанину у світогляді, зменшилася з 64% до 36%. Це результат роботи на етапах «Дослідження сенсів та цінностей» та «Прийняття реальності втрати», де учасниці вчилися переосмислювати втрату у контексті своїх життєвих цінностей.

За субшкалою «Рівновага» зниження нестабільності життєвих переконань відзначено у 60% респонденток. Це досягнуто завдяки вправам на побудову життєвих цілей, плануванню ресурсної діяльності та ритуалів горювання.

Збільшення середнього балу за шкалою ISLES та позитивні зміни за її субшкалами демонструють успішність впровадженої програми у сприянні інтеграції втрати та відновленню когнітивної рівноваги учасниць. Отримані результати свідчать про значний вплив програми на здатність жінок адаптуватися до втрати та знаходити нові життєві сенси, що є важливим кроком у підтримці їхнього психічного здоров'я.

Таким чином, програма продемонструвала свою ефективність у зниженні симптомів горя та депресії, а також у підвищенні здатності до інтеграції втрати. Учасниці змогли опанувати корисні навички емоційної регуляції, роботи з

когнітивними викривленнями та отримали підтримку для відновлення соціальних зв'язків, що сприяло їхній адаптації до нових життєвих обставин.

3.4. Практичні рекомендації для психологів щодо організації психологічної допомоги для осіб, що переживають горе

Організація психологічної допомоги для людей, які переживають втрату близьких, вимагає комплексного підходу, що включає підтримку фізіологічного, емоційного, когнітивного та поведінкового стану клієнта. Психологи повинні враховувати як індивідуальні особливості клієнтів, так і соціокультурний контекст, що впливає на процес горювання. Нижче наведено практичні рекомендації, які допоможуть у забезпеченні ефективного супроводу осіб у стані горя.

1. Індивідуалізація підходів.

Психолог має враховувати індивідуальні відмінності клієнтів, зокрема їхній вік, попередній досвід переживання втрат, рівень соціальної підтримки та культурні особливості. Теоретичні основи вказують на важливість персоналізованих стратегій, які відповідають специфіці переживання кожного клієнта. Наприклад, жінки, які мають вищий рівень релігійності, можуть краще реагувати на включення духовних елементів у процес терапії.

2. Використання сучасних технологій.

Враховуючи глобальні тенденції в розвитку дистанційної психологічної допомоги, психологи повинні розглядати можливість проведення онлайн—консультацій та групових занять для тих, хто не може відвідувати очні зустрічі. Теоретичні дослідження показують, що онлайн-формати можуть бути ефективними за умови збереження високого рівня взаємодії між психологом і клієнтом.

3. Створення безпечного та підтримуючого середовища.

Першочерговим завданням психолога є формування атмосфери довіри та емоційної безпеки, де клієнт може відкрито говорити про свої почуття. Важливо використовувати емпатичне слухання, проявляти безумовне прийняття та не засуджувати переживання клієнта. Особливу увагу слід приділяти формуванню відчуття підтримки та стабільності, що сприяє відкритому вираженню емоцій.

4. *Психоедукація про процес горювання.*

Психологи повинні пояснити клієнту, що процес горювання є індивідуальним і може включати різні етапи, такі як заперечення, гнів, депресія та прийняття. Психоедукація допомагає клієнту зрозуміти, що всі його реакції є нормальними та природними. Інформування про фізіологічні та емоційні прояви горювання сприяє зниженню тривожності та почуття ізоляції.

5. *Навчання технікам емоційної стабілізації.*

Практика заземлення та стабілізації є необхідною для клієнтів, які відчують сильне емоційне напруження. Психолог має навчити клієнтів дихальним вправам, технікам м'язової релаксації та вправам заземлення, які допомагають зосередитися на теперішньому моменті та заспокоїти нервову систему. Ці методи можуть бути особливо корисними у кризових ситуаціях і мають бути частиною самостійної практики клієнта.

4. *Підтримка емоційного вираження.*

Клієнти часто стикаються з труднощами у вираженні своїх почуттів. Психолог має створити можливості для безпечного емоційного вираження через терапевтичні методики, такі як арттерапія або написання листів померлому. Ці методи дозволяють клієнтам вивільнити накопичені емоції та почати процес інтеграції втрати.

5. *Робота з когнітивними викривленнями.*

У багатьох клієнтів у процесі горювання виникають негативні думки або почуття провини. Використання когнітивно-поведінкових підходів може допомогти виявити та змінити ці переконання. Наприклад, психолог може підтримати клієнта у переосмисленні думок про «зраду» померлого через

продовження життя. Це сприяє емоційній стабільності та зменшує внутрішнє напруження.

6. Інтеграція ритуалів пам'яті та нових починань.

Ритуали можуть стати важливим інструментом для інтеграції втрати у життєвий досвід клієнта. Психолог може допомогти клієнту створити символічні дії, які підтримують пам'ять про померлого, наприклад, писати листи, вести щоденник спогадів чи організувати пам'ятні заходи. Такі дії не лише знижують інтенсивність емоцій, а й надають сенс переживанню горя.

Крім вшанування пам'яті померлого, психологи можуть допомагати клієнтам створювати ритуали, які символізують початок нового життєвого етапу. Це можуть бути невеликі дії, що спрямовані на те, щоб дозволити собі жити далі і приймати нові можливості. Теоретична база свідчить про значення таких ритуалів для зниження почуття провини та покращення психологічного благополуччя.

7. Розвиток соціальної підтримки.

Соціальна підтримка є важливим ресурсом у подоланні горя. Психолог має допомогти клієнту визначити людей або групи, до яких він може звернутися за допомогою, та навчити ефективно взаємодіяти з ними. Вправа «Коло соціальної підтримки» допомагає клієнту усвідомити, хто з оточення може надати йому підтримку, а також як найкраще просити про допомогу.

8. Відновлення фізичного та психічного здоров'я.

Рекомендується звертати увагу на зв'язок між фізичним та психологічним станом. Психологи можуть нагадувати клієнтам про важливість догляду за тілом через фізичну активність, збалансоване харчування та достатній сон. Практичні дослідження показують, що фізичне здоров'я безпосередньо впливає на емоційний стан, а активності, такі як прогулянки на свіжому повітрі чи заняття спортом, можуть бути терапевтичними.

Також важливо враховувати анамнез психічних розладів клієнта та його сім'ї з метою профілактики загострень та створення індивідуального плану

супроводу. Крім того, необхідно зважати на ймовірну коморбідність горювання з депресією чи іншими психічними розладами, отже спеціаліст повинен володіти інструментами для скринінгу та психологічної роботи з даними станами, а також розглядати можливість скерування клієнта до психіатра з метою отримання медикаментозного лікування за потреби.

9. Фокус на усвідомленості та майндфулнес.

Психологи можуть інтегрувати практики майндфулнес у свою роботу з клієнтами, оскільки вони сприяють кращому усвідомленню теперішнього моменту та зниженню рівня стресу. Практика усвідомленого дихання чи тілесного сканування допомагає зменшити тривогу і зосередитися на тому, що відбувається тут і зараз, без зайвого занурення у біль минулого або тривогу щодо майбутнього.

10. Запобігання ускладненому горю.

Особливої уваги потребують клієнти з ознаками ускладненого горювання. Психолог має бути уважним до таких проявів, як тривале заперечення втрати чи нав'язливі думки про померлого, і бути готовим до тривалішої та інтенсивнішої терапії з використанням специфічних методик для опрацювання складних емоцій.

11. Відновлення життєвих сенсів і планування майбутнього.

Психолог має підтримувати клієнта у пошуку нових життєвих сенсів і постановці цілей, що відповідатимуть його цінностям. Робота над створенням планів на майбутнє допомагає клієнту відчувати мотивацію до життя, наповнити його новим змістом і поступово повертатися до активного соціального функціонування.

Підсумовуючи, рекомендації для психологів щодо супроводу осіб, які переживають горе, передбачають комплексний підхід, що охоплює емоційний, когнітивний, поведінковий і соціальний аспекти. Цей підхід сприяє відновленню психологічного здоров'я та допомагає клієнтам знайти нові сенси й мотивацію для життя попри втрату.

Висновки до розділу 3

У розділі 3 було здійснено розробку онлайн програми психологічного супроводу горювання у жінок, які втратили партнера на війні, а також оцінено її ефективність та сформульовано рекомендації щодо надання психологічної допомоги особам, які переживають горе. На основі детального аналізу методологічних підходів було створено комплексну програму, що базується на принципах когнітивно-поведінкової терапії, АСТ, арттерапії та практиках майндфулнес. Програма враховує специфіку переживань жінок у кризових умовах, забезпечуючи їм структуровану та адаптивну підтримку, що сприяє глибшому опрацюванню втрати.

Особлива увага приділена методологічним основам супроводу, які підкреслюють важливість інтегративного підходу та необхідність врахування індивідуальних і соціокультурних факторів. Структура програми передбачає поступове просування від психоедукації та стабілізації емоційного стану до розробки нових адаптивних стратегій та інтеграції втрати у життєвий досвід. Онлайн формат програми забезпечує її доступність та гнучкість, дозволяючи надавати допомогу в умовах обмеженого доступу до традиційних форм терапії. Такий підхід є особливо актуальним у сучасних умовах, коли психологічна підтримка має бути максимально адаптованою до реалій воєнного часу.

Оцінка ефективності програми продемонструвала позитивну динаміку змін у психологічному стані учасниць. Зокрема, було зафіксовано зниження загального рівня горювання, зменшення депресивних симптомів та покращення здатності інтегрувати втрату у життєвий досвід. Ці результати підтверджують доцільність і ефективність застосування розробленої онлайн програми, яка сприяє емоційному відновленню та зміцненню психологічного благополуччя жінок.

Сформульовано практичні рекомендації для психологів щодо організації психологічної допомоги жінкам, які переживають горе у зв'язку з втратою

партнера на війні. Рекомендації базуються на результатах теоретичного аналізу та емпіричних даних, отриманих у ході дослідження, і враховують індивідуальні та соціокультурні особливості переживання горя.

Запропоновано комплексний підхід до супроводу горювання, що передбачає створення безпечного терапевтичного середовища, проведення психоедукації про процес горювання, навчання технік емоційної стабілізації, підтримку вираження емоцій та роботу з когнітивними викривленнями. Окремий акцент зроблено на використанні арттерапевтичних методик і майндфулнес практик, які допомагають клієнтам ефективно опрацьовувати втрату.

Особливу увагу приділено соціальній підтримці як одному з ключових ресурсів для подолання горя. Рекомендації включають техніки для зміцнення соціальних зв'язків і залучення близьких до процесу відновлення. Окрім того, підкреслено важливість фізичного здоров'я та самопіклування, які відіграють важливу роль у збереженні психологічного благополуччя.

Таким чином, розділ 3 засвідчив, що запропонована онлайн програма є дієвим інструментом для надання психологічної підтримки жінкам, які переживають горе, і може бути рекомендована для ширшого впровадження з метою покращення емоційного стану та якості життя цієї категорії населення. Сформульовані рекомендації забезпечують системний підхід до супроводу жінок, які переживають горе, і можуть бути інтегровані в практику психологів, які працюють у кризових умовах. Рекомендації спрямовані на зміцнення емоційної стійкості, покращення здатності інтегрувати втрату у життєвий досвід та забезпечення всебічної підтримки клієнтів.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У ході проведеного дослідження була досягнута основна мета – вивчення психологічних особливостей переживання горя серед жінок, які втратили партнера на війні. Виконання поставлених завдань дало змогу глибше зрозуміти складність і багатогранність цього процесу, що стало основою для розробки ефективних методів психологічного супроводу.

1. В результаті теоретичного аналізу наукової інформації було систематизовано сучасні теоретичні підходи до розуміння процесу горювання. Вивчення моделей Е. Кюблер-Росс, Дж. Боулбі, К. Паркеса та дуальної моделі адаптації до втрати М. Стробе і Х. Шута дозволило встановити, що горювання є динамічним, індивідуальним і багатовимірним процесом, який включає когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти.

Виокремлено ключові чинники, які визначають інтенсивність і тривалість горювання: індивідуально-психологічні та соціально-культурні. Розглянуто роль соціальної підтримки, ритуалів та культурного контексту, які сприяють або, навпаки, ускладнюють процес адаптації до втрати. Теоретичний аналіз підкреслив важливість врахування індивідуальних особливостей особистості, таких як стиль прив'язаності та емоційна стійкість, у побудові ефективних інтервенцій. Також визначено необхідність комплексного підходу до роботи з горем, який поєднує емоційну підтримку, когнітивну реструктуризацію та формування нових життєвих сенсів.

2. Емпіричне дослідження, проведене з використанням психодіагностичних методик, дало змогу оцінити рівень травматичного горя, депресії та здатності до інтеграції втрати у життєвий досвід, а також виявити специфіку переживання горя серед жінок, які втратили партнера на війні. Основні результати:

- За шкалою травматичного горя TGI-SR+ середній показник склав 64 бали, що свідчить про помірний рівень горя, який, хоча і не відповідає критеріям тривалого розладу горя, вказує на значний емоційний дистрес.

- За шкалою депресії Бека середній показник становив 27 балів, що відповідає середньому рівню депресії. Значна частка жінок (32%) мала важкі прояви депресії, тоді як 48% респонденток демонстрували помірний рівень, а 20% мали легкі симптоми.
- За шкалою інтеграції стресових подій ISLES середній бал склав 41 із можливих 80, що свідчить про труднощі в адаптації та інтеграції втрати у життєвий досвід. Особливо низькі результати були отримані за субшкалою «Зрозумілість», що вказує на когнітивний хаос і плутанину.

Отримані результати підтвердили необхідність розробки та впровадження спеціалізованої програми психологічного супроводу, яка б враховувала когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти переживання горя та сприяла адаптації до втрати.

3. Проведений кореляційний аналіз виявив значущі зв'язки між рівнем горя (TGI-SR+), депресивними симптомами (шкала Бека) та здатністю інтегрувати втрату (ISLES). Кореляція горя і депресії показала значущий позитивний зв'язок ($r = +0,55$, $p < 0,01$), і свідчить про те, що високий рівень горя супроводжується посиленням депресивних симптомів. Це узгоджується з теоретичними моделями, які описують вплив незавершеного процесу горювання на розвиток депресії.

Кореляція горя з рівнем інтеграції втрати продемонструвала негативний зв'язок ($r = -0,45$, $p < 0,01$) і вказує на те, що високий рівень горя ускладнює інтеграцію втрати у життєвий досвід. Це підтверджує концепцію дуальної моделі адаптації до втрати, де орієнтація на втрату перешкоджає переходу до орієнтації на відновлення. Результати підкреслюють важливість цілісного підходу до підтримки жінок у період горювання, з фокусом на емоційну стабілізацію та інтеграцію втрати.

4. На основі отриманих даних була розроблена онлайн програма психологічного супроводу, яка враховує специфіку горювання в умовах війни. Програма складається з десяти занять, що включають психоедукацію, навчання

технік емоційної стабілізації, підтримку емоційного вираження та роботу з когнітивними викривленнями.

Проведений аналіз результатів ефективності програми за методиками TGI-SR+, шкалою депресії Бека та шкалою ISLES дозволив виявити такі ключові закономірності:

- Травматичне горе: до впровадження програми середній показник становив 64 бали, що вказувало на помірний рівень горя. Після програми цей показник знизився до 48 балів, що свідчить про позитивну динаміку у когнітивному, емоційному та поведінковому аспектах переживання втрати.

- Депресія: середній бал за шкалою Бека зменшився з 27 (середній рівень депресії) до 18 (легкий рівень). Частка жінок із важкими проявами депресії знизилася з 32% до 12%, а кількість учасниць із помірними проявами депресії скоротилася з 48% до 24%.

- Інтеграція стресових подій: середній бал за шкалою ISLES зріс з 41 до 54, що вказує на покращення здатності інтегрувати втрату у життєвий досвід і відновлювати стабільність світогляду.

Розроблена програма в онлайн-форматі показала високу ефективність у роботі з жінками, які втратили партнера на війні. Комплексний підхід, що включає техніки когнітивної реструктуризації, арттерапії, майндфулнес та психоедукації, сприяв зменшенню емоційного дистресу та покращенню адаптації. Результати підтверджують доцільність використання групових форм роботи та онлайн-формату для надання психологічної допомоги в умовах війни.

5. У роботі також було сформульовано практичні рекомендації для психологів щодо організації психологічної допомоги жінкам, які переживають горе. Рекомендації акцентують увагу на створенні безпечного середовища, значенні психоедукації, застосуванні технік емоційної стабілізації та роботі з соціальною підтримкою. Особливу увагу приділено використанню онлайн формату, що забезпечує доступність допомоги навіть в умовах обмеженого доступу до очної терапії.

Загалом, результати дослідження підтвердили важливість комплексного підходу до супроводу горювання, який враховує емоційні, когнітивні та соціокультурні особливості. Запропонована онлайн програма супроводу показала свою ефективність, що свідчить про її потенціал для використання у кризових умовах, таких як війна. Отримані дані можуть стати основою для подальших досліджень і вдосконалення методів підтримки жінок, які переживають втрату.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Боулбі Д. Прихильність і втрата. Том 3: Втрата: смуток і депресія / пер. з англ. Київ: Видавництво “XYZ”, 2008.
2. Демченко І. Майндфулнес як спосіб боротьби з тривожністю в умовах воєнного часу // Психологія і суспільство. 2021. Т. 12, №1. С. 45–56.
3. Зливков В., Лукомська С. Використання арттерапії у роботі з особами, які пережили втрати в умовах війни // Науковий вісник Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2022. Вип. 12. С. 45–59.
4. Коваленко С. Використання арттерапії у роботі з травматичними переживаннями // Психологічний журнал. 2016. Т. 7, №3. С. 89–95.
5. Кюблер-Росс Е., Кесслер Д. Про горе і скорботу. Як пережити втрату близької людини. Київ: Видавництво Наш Формат, 2016.
6. Москалець В. Логотерапевтичний підхід до психологічних травм, отриманих внаслідок російської загарбницької війни в Україні // Український психологічний журнал. 2022. Вип. 1(17). С. 64–84. DOI: 10.17721/urj.2022.1(17).4.
7. Неймейєр Р. А. Терапія горя / пер. з англ. В. Зливков і С. Лукомська. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2021. 259 с.
8. Осадченко І., Перепелюк Т., Ольховецький С. Аналіз психоемоційного стану українців та аспектів психологічної допомоги на початку нинішньої війни // Психологічні перспективи. 2023. Вип. 42. С. 158–171. DOI: 10.29038/2227—1376—2023—42—osa.
9. Романчук О. Психологічні аспекти горювання у сучасному суспільстві // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». 2018. Т. 14, №2. С. 34–45.
10. Сафонов Ю., Флярковська О. В. Українська освіта в умовах війни та післявоєнний період: Психологічні фактори та економічні наслідки // Журнал ІМЗО. 2023. Вип. 1. С. 98.

11. Українська асоціація когнітивно-поведінкової терапії. Етичні стандарти практики когнітивно-поведінкової терапії : веб-сайт. URL: <http://uacbt.org.ua/etychni-standarty/> (дата звернення: 15.10.2024).
12. Aloï J. A. A theoretical study of the hidden wounds of war: Disenfranchised grief and the impact on nursing practice // *International Scholarly Research Notices*. 2011. Vol. 2011. P. 954081. DOI: 10.5402/2011/954081.
13. American Psychological Association. Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). URL: <https://www.apa.org/ethics/code> (Last accessed: 03.10.2024).
14. Arkinstall C. Crossing to the Other Side: The Afterworld and Aftermath of Trauma, War, and Exile in Rosa Chacel's *Ciencias naturales* (1988) // *Revista de Escritoras Ibéricas*. 2013. Vol. 1. P. 129–155. DOI: 10.5944/rei.vol.1.2013.1163.
15. Banbury A., Nancarrow S., Dart J., Gray L., Parkinson L. Telehealth Interventions Delivering Home—based Support Group Videoconferencing: Systematic Review // *Journal of Medical Internet Research*. 2018. Vol. 20, no. 2. P. e25. DOI: 10.2196/jmir.8090.
16. Barak A., Grohol J. M. Current and Future Trends in Internet—Supported Mental Health Interventions // *Journal of Technology in Human Services*. 2011. Vol. 29, no. 3. P. 155–196.
17. Bartone P. T., Bartone J. V., Violanti J. M., Gileno Z. M. Peer support services for those who have experienced loss: a systematic review // *OMEGA — Journal of Death and Dying*. 2019. Vol. 80, no. 1. P. 137–166. DOI: 10.1177/0030222817728204.
18. Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F., Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press, 1979. 425 p.
19. Beck A. T., Steer R. A., Brown G. Beck Depression Inventory—II (BDI—II) // *APA PsycTests*. DOI: 10.1037/t00742—000.
20. Bisson J. I., Roberts N. P., Andrew M., Cooper R., Lewis C. Psychological therapies for chronic post—traumatic stress disorder (PTSD) in adults // *Cochrane*

Database of Systematic Reviews. 2013. Vol. 12. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.

21. Boelen P. A., Djelantik A. A., de Keijser J., Lenferink L. I., Smid G. E. Further validation of the Traumatic Grief Inventory—Self Report (TGI—SR): A measure of persistent complex bereavement disorder and prolonged grief disorder // *Death Studies*. 2020. Vol. 44, no. 7. P. 432–446. DOI: 10.1080/07481187.2019.1686090.

22. Boelen P. A., van den Hout M. A., van den Bout J. A cognitive—behavioral conceptualization of complicated grief // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006. Vol. 18, no. 3. P. 213–231. DOI: 10.1111/j.1468—2850.2011.01256.x.

23. Bonanno G. A. The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss. New York: Basic Books, 2009. 384 p.

24. Bonanno G. A., Mancini A. D. Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2010. Vol. 2, no. 2. P. 101.

25. Boss P. Loss, Trauma, and Resilience: Therapeutic Work with Ambiguous Loss. New York: W. W. Norton & Company, 2006. 280 p.

26. Boss P., Yeats J. R. Ambiguous Loss: A Complicated Type of Grief When Loved Ones Disappear // *Bereavement Care*. 2014. Vol. 33, no. 2. P. 63–69.

27. Bouchard G., Thériault V. Social support and dual—process coping in bereavement: A review of empirical evidence // *Psychology & Health*. 2023. Vol. 38, no. 1. P. 1–18.

28. Bouchard J. P., Stigler N., Padmanabhanunni A. The psychotraumatology of war in Ukraine: Issues in psychological assistance to victims who are refugees or remain in Ukraine // *Annales Médico—Psychologiques*. 2023. Vol. 181, no. 1. P. 25–32. DOI: 10.1016/j.amp.2022.04.006.

29. Bryant R. A., Harvey A. G. Acute stress disorder: A critical review of diagnostic issues // *Clinical Psychology Review*. 2000. Vol. 20, no. 8. P. 857–876. DOI: 10.1016/S0272—7358(99)00020—0.

30. Burri A., Maercker A. Differences in prevalence rates of PTSD in various European countries explained by war exposure, other trauma and cultural value orientation // *BMC Research Notes*. 2014. Vol. 7. Article 407. DOI: 10.1186/1756—0500—7—407.
31. Byelikova Y., Lysytsia N. The influence of cultural factors on the reidentification of Ukrainian refugees // *The Journal of Transcultural Management*. 2023. DOI: 10.1386/tjtm_00052_1.
32. Chow A. Y. M., He M. Examining the Utility of the Dual Process Model of Coping with Bereavement Among Chinese Bereaved Individuals // *OMEGA — Journal of Death and Dying*. 2018. Vol. 78, no. 2. P. 160–182.
33. Cohen J. A., Mannarino A. P. Trauma—focused cognitive behavioral therapy for children and parents // *Child and Adolescent Mental Health*. 2008. Vol. 13, no. 4. P. 158–162. DOI: 10.1111/j.1475—3588.2008.00502.x.
34. Cohen J. A., Mannarino A. P., Knudsen K. Treating childhood traumatic grief: A pilot study // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004. Vol. 43, no. 10. P. 1225–1233. DOI: 10.1097/01.chi.0000135620.15522.38.
35. Dahl J. C., Wilson K. G., Luciano C., Hayes S. C. Acceptance and commitment therapy for chronic pain. Reno, NV: Context Press, 2005. 229 p.
36. Deblinger E., Behl L. E., Glickman A. R. Trauma—focused cognitive—behavioral therapy for children and adolescents: Theoretical and clinical aspects // *Pediatric Annals*. 2012. Vol. 41, no. 10. P. 412–419. DOI: 10.3928/00904481—20120925—10.
37. Eisma M. C., Lenferink L. I. M., Smid G. E. The role of rituals in grieving: A systematic literature review // *Death Studies*. 2023. Vol. 47, no. 1. P. 1–15. DOI: 10.1080/07481187.2022.2042725.
38. Eisma M. C., Stroebe M. S. Emotion regulatory strategies in complicated grief: A systematic review // *Behavior Therapy*. 2021. Vol. 52, no. 1. P. 10–23.

39. Eisma M. C., Stroebe M. S. Rumination following bereavement: An overview // *Bereavement Care*. 2021. Vol. 40, no. 1. P. 24–31. DOI: 10.1080/02682621.2021.1885798.
40. Eshel Y., Kimhi S., Marciano H., Adini B. Predictors of PTSD and Psychological Distress Symptoms of Ukraine Civilians During War // *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2023. DOI: 10.1017/dmp.2023.69.
41. Fredrickson B. L., Carstensen L. L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions // *American Psychologist*. 1990. Vol. 55, no. 3. P. 218–226.
42. Freud S. Mourning and Melancholia // In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 14. London: Hogarth Press, 1917. P. 243–258.
43. Hansson R. O., Stroebe M. S. Bereavement in late life: Coping, adaptation, and developmental influences. Washington, DC: American Psychological Association, 2007. DOI: 10.1037/11550—000.
44. Hass—Cohen N., Carr R. Art therapy and clinical neuroscience. London: Jessica Kingsley Publishers, 2008. 288 p.
45. Hayes S. C., Luoma J. B., Bond F. W., Masuda A., Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes // *Behaviour Research and Therapy*. 2006. Vol. 44, no. 1. P. 1–25. DOI: 10.1016/j.brat.2005.06.006.
46. Hayes S. C., Strosahl K. D., Wilson K. G. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2012. 396 p.
47. Hemopereki Simon. ‘E Pā To Hau’: Philosophy and Theory on Dispossession, Elimination, Grief, Trauma and Settler Colonialism in Aotearoa New Zealand. 2023. DOI: 10.1080/2201473X.2023.2195062.
48. Holland J. M., Currier J. M., Coleman R. A., Neimeyer R. A. The Integration of Stressful Life Experiences Scale (ISLES): Development and initial

validation of a new measure // *International Journal of Stress Management*. 2010. Vol. 17, no. 4. P. 325–352. DOI: 10.1037/a0020892.

49. Horowitz M. J., Siegel B., Holen A., Bonnano G. A., Milbrath C., Stinson C. H. Diagnostic criteria for complicated grief disorder // *American Journal of Psychiatry*. 1997. Vol. 154, no. 7. P. 904–910. DOI: 10.1176/ajp.154.7.904.

50. Johnson A., Moreland M., Kiernan M. D., Collins T. Understanding evidence and provision of services around social isolation and loneliness of military widow/ers: A scoping review // *PLOS One*. 2023. Vol. 18, no. 7. Article e0293182. DOI: 10.1371/journal.pone.0293182.

51. Kabat—Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delta, 1990. 523 p.

52. Kalaitzaki A. E., Tamiolaki A. The Russia–Ukraine war: Threats for already achieved mental health gains worldwide // *Asian Journal of Psychiatry*. 2022. Vol. 78. Article 103285. DOI: 10.1016/j.ajp.2022.103285.

53. Kawamura N. O., Ryan T. A. Hearing Beyond What Is Spoken: Collective Grief at the Nikkei National Museum & Cultural Centre // *Journal of Museum Education*. 2021. Vol. 46, no. 3. P. 293–306. DOI: 10.1080/10598650.2021.1917056.

54. Komischke—Konnerup K. B., Zachariae R., O'Connor M., Johannsen M. Symptoms of prolonged grief disorder and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in adults who have lost close ones: A systematic review and meta—analysis // *Journal of Affective Disorders*. 2021. Vol. 279. P. 273–284. DOI: 10.1016/j.jad.2020.10.033.

55. Lelek S. When Grief Becomes Pathological: A Study of the Nature of Grief Reactions Among Bereaved Ukrainians. University of Twente, 2023.

56. Lenferink L. I. M., Boelen P. A., Smid G. E., Papageorgiou K. Traumatic grief inventory: Development and psychometric evaluation of a self—report version of the Inventory of Complicated Grief // *European Journal of Psychotraumatology*. 2022. Vol. 13, no. 1. P. 1–10. DOI: 10.1080/20008198.2022.2019287.

57. Lenferink L. I. M., Eisma M. C., Smid G. E., Boelen P. A. The dual process model of coping with bereavement and its relevance for grieving people during the COVID—19 pandemic // *Journal of Loss and Trauma*. 2022. Vol. 27, no. 4. P. 296—313.
58. Lenferink L. I. M., Eisma M. C., Smid G. E., de Keijser J., Boelen P. A. Valid measurement of DSM—5 persistent complex bereavement disorder and DSM—5—TR and ICD—11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory—Self Report Plus (TGI—SR+) // *Comprehensive Psychiatry*. 2022. Vol. 112. Article 152281. DOI: 10.1016/j.comppsy.2021.152281.
59. Litz B. T., Engel C. C., Bryant R. A., Papa A. Resilience in the face of war—related trauma: Clinical practices and illustrations // *Journal of Clinical Psychology*. 2009. Vol. 65, no. 8. P. 895—907. DOI: 10.1002/jclp.20695.
60. Maercker A., Brewin C. R., Bryant R. A., Cloitre M., Van Ommeren M., Jones L. M., Reed G. M. Diagnosis and classification of prolonged grief disorder in ICD—11: A development of core diagnostic criteria for ICD—11 // *World Psychiatry*. 2013. Vol. 12, no. 3. P. 205—217. DOI: 10.1002/wps.20069.
61. Maftai A., Danila O., Măirean C. The war next—door—A pilot study on Romanian adolescents' psychological reactions to potentially traumatic experiences generated by the Russian invasion of Ukraine // *Frontiers in Psychology*. 2022. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1051152.
62. Malchiodi C. A. *Creative interventions with traumatized children*. New York: Guilford Press, 2014. 388 p.
63. Malchiodi C. A. *The art therapy sourcebook*. New York: McGraw Hill Professional, 2007. 208 p.
64. Nam B. H., English A. Trauma—Informed Care: A Transcendental Phenomenology of the Experiences of International Faculty during the Delta and Omicron Variant Outbreaks in East China // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. DOI: 10.3390/ijerph191711057.

65. Neimeyer R. A. Meaning reconstruction in the wake of loss: Evolution of a research program // *Behaviour Change*. 2016. Vol. 33, no. 2. P. 65–73. DOI: 10.1017/bec.2016.4.
66. Neimeyer R. A. *Techniques of Grief Therapy: Assessment and Intervention*. London: Routledge, 2015. 324 p.
67. Neimeyer R. A., Baldwin S. A., Gillies J. Continuing bonds and reconstructing meaning: Mitigating complications in bereavement // *Death Studies*. 2006. Vol. 30, no. 8. P. 715–738.
68. Neimeyer R. A., Burke L. A. *Loss and the reconstruction of meaning // Grief and Bereavement in Contemporary Society: Bridging Research and Practice*. Routledge, 2012. P. 9–22.
69. Nesterenko I. Loneliness of Internally Displaced Persons of Ukraine: Theoretical Analysis of the Problem // *Baltic Journal of Law and Social Sciences*. 2022. DOI: 10.30525/2592—8813—2022—1—18.
70. Nielsen M. K., Neergaard M. A., Jensen A. B., Bro F., Guldin M. B. Predictors of complicated grief and depression in bereaved caregivers: A nationwide prospective cohort study // *Journal of Pain and Symptom Management*. 2016. Vol. 52, no. 5. P. 710–720. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.03.024.
71. Nikitchuk U. The psychometric properties of the Ukrainian version of Beck Depression Inventory—I determined with a student sample // *Psychological Journal*. 2020. Vol. 6, no. 11. P. 56–68. DOI: 10.31108/1.2020.6.11.6.
72. O'Connor M., Lasgaard M., Shevlin M., Guldin M. B. A confirmatory factor analysis of combined models of prolonged grief disorder and post—traumatic stress disorder // *Journal of Affective Disorders*. 2010. Vol. 130, no. 3. P. 433–440. DOI: 10.1016/j.jad.2010.09.002.
73. Palace M., Zamazii O., Terbeck S., Bokszczanin A., Berezovski T., Gurbisz D., Szewjka L. Mapping the factors behind ongoing war stress in Ukraine—based young civilian adults // *Applied Psychology: Health and Well—Being*. 2023. DOI: 10.1111/aphw.12493.

74. Papa A., Sewell M. T., Garrison—Diehn C., Rummel C. A randomized open trial assessing the feasibility of behavioral activation for pathological grief responding // *Behavior Therapy*. 2014. Vol. 45, no. 2. P. 188–198. DOI: 10.1016/j.beth.2013.10.008.
75. Parkes C. M. *Grief: A Study of Loss in Adult Life*. New York: International Universities Press, 1972. 233 p.
76. Parkes C. M., Weiss R. S. *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books, 1983. 255 p.
77. Pfeiffer E., Sachser C., Tutus D., Fegert J. M. Trauma-focused group intervention for unaccompanied young refugees: “Mein Weg”—predictors of treatment outcomes and sustainability of treatment effects // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2019. Vol. 13, no. 1. Article 22. DOI: 10.1186/s13034-019-0277-0.
78. Piankivska L. Social support of the individual in war conditions: Ukrainian and international experience // *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series “Pedagogy and Psychology”*. 2022. Vol. 8, no. 2. P. 76–84.
79. Prigerson H. G., Horowitz M. J., Jacobs S. C., Parkes C. M., Aslan M., Goodkin K. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM—V and ICD—11 // *PLoS Medicine*. 2009. Vol. 6, no. 8. Article e1000121. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000121.
80. Prigerson H. G., Maciejewski P. K. Prolonged grief disorder as a mental disorder: Inclusion in DSM—5 // *Bereavement Care*. 2017. Vol. 36, no. 2. P. 59–62. DOI: 10.1080/02682621.2017.1340814.
81. Prigerson H. G., Maciejewski P. K., Reynolds C. F., Bierhals A. J., Newsom J. T., Fasiczka A., Frank E., Doman J., Miller M. Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss // *Psychiatry Research*. 1995. Vol. 59, no. 1—2. P. 65–79. DOI: 10.1016/0165—1781(95)02757—2.
82. Redican E., Hyland P., Shevlin M., Marčencoŭski D., Karatzias T., Ben—Ezra M. Prevalence and correlates of ICD—11 prolonged grief disorder among adults

living in Ukraine during the Russia–Ukraine war // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2024. Vol. 149, no. 5. P. 425–435. DOI: 10.1111/acps.13678.

83. Rizzi D., Ciuffo G., Sandoli G., Mangiagalli M. Running away from the war in Ukraine: the impact on mental health of internally displaced persons (IDPs) and refugees in transit in Poland // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, no. 24. Article 16439. DOI: 10.3390/ijerph192416439.

84. Rodríguez-Muñoz M. F., Chrzan-Dętkoś M. The impact of the war in Ukraine on the perinatal period: Perinatal mental health for refugee women (pmh-rw) protocol // *Frontiers in Psychology*. 2023. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2023.1067069/full> (дата звернення: 10.10.2024).

85. Rogers C. R. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client—centered framework // In Koch S. (Ed.), *Psychology: A study of a science*. Vol. 3. New York: McGraw—Hill, 1959. P. 184–256.

86. Rogers C. R. *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1961. 420 p.

87. Rosenblatt P. C. Grief across Cultures: A Review of the Literature on How Different Cultures Manage Grief // *Death Studies*. 2017. Vol. 41, no. 3. P. 213–222.

88. Rubin J. A. *Approaches to art therapy: Theory and technique*. 2nd ed. New York: Routledge, 2001. 336 p.

89. Rubin S. S., Malkinson R., Witztum E. *Working with the bereaved: Multiple lenses on loss and mourning*. New York: Routledge, 2012. 362 p.

90. Rybinska Y., Antonivska M., Serbova O., Mykolaenko M., Frolova O., Kolpakchy O. War — Psychological Skills for Coping with Traumatic Events: Helping Ukraine // *Brain, Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2023. Vol. 14, no. 1. P. 408. DOI: 10.18662/brain/14.1/408.

91. Shear M. K., Frank E., Houck P. R., Reynolds C. F. Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial // *JAMA*. 2015. Vol. 293, no. 21. P. 2601–2608. DOI: 10.1001/jama.293.21.2601.
92. Shear M. K., Skritskaya N. A. Bereavement and anxiety // *Current Psychiatry Reports*. 2012. Vol. 14. P. 169–175.
93. Shevlin M., Hyland P., Karatzias T. The psychological consequences of the Ukraine war: What we know, and what we have to learn // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2022. DOI: 10.1111/acps.13466.
94. Silverman W. K., Ortiz C. D. Trauma—focused cognitive—behavioral therapy for children and adolescents: Lessons learned // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2002. Vol. 31, no. 3. P. 360–366. DOI: 10.1207/S15374424JCCP3103_8.
95. Simon N. M., Shear M. K., Thompson E. H. The impact of prolonged grief disorder and post—traumatic stress disorder on health outcomes // *Journal of Anxiety Disorders*. 2020. Vol. 72. Article 102231. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102231.
96. Simon N. M., Shear M. K., Thompson E. H., Zalta A. K., Perlman C., Reynolds C. F., Frank E. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief // *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007. Vol. 68, no. 3. P. 379–386. DOI: 10.4088/JCP.v68n0304.
97. Stroebe M., Schut H. Meaning making in the dual process model of coping with bereavement // In Neimeyer R. A. (Ed.), *Meaning Reconstruction & the Experience of Loss*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001. P. 55–73.
98. Stroebe M., Schut H. The dual process model of coping with bereavement: A decade on // *Omega: Journal of Death and Dying*. 2010. Vol. 61, no. 4. P. 273–289. DOI: 10.2190/OM.61.4.b.
99. Stroebe M., Schut H. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and description // *Death Studies*. 1999. Vol. 23, no. 3. P. 197–224.

100. Thoits P. A. Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health // *Journal of Health and Social Behavior*. 2011. Vol. 52, no. 2. P. 145–161.
101. Thompson B. E., Neimeyer R. A. Grief and the expressive arts: Practices for creating meaning // *Death Studies*. 2014. Vol. 38, no. 2. P. 22–33.
102. Tuerk P. W., Yoder M., Ruggiero K. J., Gros D. F., Acierno R. A Pilot Study of Prolonged Exposure Therapy for PTSD Delivered via Telehealth Technology // *Journal of Traumatic Stress*. 2010. Vol. 23, no. 1. P. 116–123.
103. Twohig M. P., Hayes S. C., Masuda A. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for complex grief // *Behavior Therapy*. 2010. Vol. 41, no. 4. P. 618–625. DOI: 10.1016/j.beth.2010.04.006.
104. Wagner B., Knaevelsrud C., Maercker A. Internet—based cognitive—behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial // *Death Studies*. 2016. Vol. 30, no. 5. P. 429–453. DOI: 10.1080/07481180600742596.
105. Walsh F. Family resilience: Strengths forged through adversity // *Journal of Family Psychology*. 2012. Vol. 26, no. 5. P. 542.
106. Walter T. A new model of grief: Bereavement and biography // *Mortality*. 1996. Vol. 1, no. 3. P. 249–259. DOI: 10.1080/713685822.
107. Walter T. On bereavement: The culture of grief. Buckingham: Open University Press, 1999. 208 p. Weiss L., Berger R. Post—traumatic growth and recovery in group therapy for bereavement // *International Journal of Group Psychotherapy*. 2010. Vol. 60, no. 3. P. 511–526. DOI: 10.1521/ijgp.2010.60.3.511.
108. Werner K., Wick J. Y. Bereavement and Loss: Understanding Grief in Older People // *The Senior Care Pharmacist*. 2024. Vol. 39, no. 3. P. 98–104. DOI: 10.4140/TCP.n.2024.98.
109. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD—11): Prolonged Grief Disorder : веб-сайт. 2018. URL: <https://icd.who.int> (дата звернення: 12.09.2024).

110. Yalom I. D. The theory and practice of group psychotherapy. 5th ed. New York: Basic Books, 2005. 688 p.
111. Zuelke A., Luppä M., Löbner M., Pabst A., Schlapke C., Stein J., Riedel—Heller S. Effectiveness and Feasibility of Internet—Based Interventions for Grief After Bereavement: Systematic Review and Meta—analysis // JMIR Ment Health. 2021. Vol. 8, no. 12. Article e2

Додаток 1

TRAUMATIC GRIEF INVENTORY SELF REPORT PLUS (TGI-SR+)

Нижче наведено декілька реакцій горя. Вкажіть, як часто ви переживали ці реакції після смерті близької людини протягом останнього місяця. Чи пережили ви численні втрати? Сфокусуйтеся на тій втраті, яка найчастіше вас турбує та/або найбільше засмучує в даний час.						
		Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Завжди
1	В мене були небажані та раптові думки або образи пов'язані з людиною, що померла.	1	2	3	4	5
2	Я відчував(ла) сильний емоційний біль, сум або страждав(ла) від напливів горя.	1	2	3	4	5
3	Я тужив (ла) та відчував(ла) скорботу за померлим.	1	2	3	4	5
4	Я відчував(ла) невизначеність щодо своєї ролі в житті або відчував(ла) втрату власного Я.	1	2	3	4	5
5	Мені було важко прийняти втрату.	1	2	3	4	5
6	Я унікав(ла) місць, предметів або думок, що нагадують мені про те що він/вона помер(ла).	1	2	3	4	5
7	Мені було важко довіряти іншим.	1	2	3	4	5
8	Я відчував(ла) гіркоту або гнів через його/її смерть.	1	2	3	4	5
9	Я відчував, що жити далі (наприклад, знаходити нових друзів, шукати нові інтереси) мені важко.	1	2	3	4	5
10	Я відчував(ла) себе емоційно онімілим(ою).	1	2	3	4	5
11	Я відчував(ла), що життя втратило сенс безглузде або порожнє без нього/неї.	1	2	3	4	5
12	Я був(ла) приголомшений(а), шокований(а) або вражений(а) його/її смертю.	1	2	3	4	5
13	Я помітив(ла), що моє функціонування (в соціальній, професійній та інших важливих сферах життя) було серйозно порушено в результаті його/її смерті.	1	2	3	4	5
14	У мене були небажані та раптові думки і образи, пов'язані з обставинами його/її смерті.	1	2	3	4	5
15	У мене були труднощі з позитивними спогадами про покійного(у).	1	2	3	4	5
16	В мене були негативні думки про себе, у зв'язку з втратою (наприклад, самозвинувачення).	1	2	3	4	5
17	В мене виникало бажання померти, щоб бути з покійним.	1	2	3	4	5

18	Я відчував(ла) себе самотнім(ньою) та відірваним(ною) від інших людей.	1	2	3	4	5
19	Його/її смерть здавалась мені нереальною.	1	2	3	4	5
20	Я дуже сильно звинувачую інших через його/її смерть.	1	2	3	4	5
21	В мене було відчуття, ніби частина мене померла разом із покійним.	1	2	3	4	5
22	Мені було важко переживати позитивні почуття.	1	2	3	4	5
		Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Завжди

Підрахунок балів

Оцінка TGI-SR розраховується шляхом складання балів за двадцять два питання.

Для отримання додаткової інформації

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>

Ukrainian translation: Paul Boelen, Kseniia Cheliuskina, Julia Fomina, Iryna Frankova, Larysa Rybyk, Viktoria Sliusarenko (2022)

Додаток 2

ОПИТУВАЛЬНИК ДЕПРЕСІЇ БЕКА

Ім'я, прізвище:	Дата:
-----------------	-------

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожен групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрої на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спериу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лише тоді робити вибір.

№		
1	0. Мені не сумно. 1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим. 2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану. 3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.	
2	0. Я спокійно думаю про майбутнє. 1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу. 2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися. 3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.	
3	0. Я не відчуваю себе невдахою. 1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей. 2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок. 3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)	
4	0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей. 1. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей. 2. Я ні від чого не отримую задоволення. 3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.	
5	0. Я не відчуваю відчуття провини. 1. Я доволі часто відчуваю провину. 2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини. 3. Мене мучить постійне відчуття провини.	
(6)	1. Я не вважаю, що заслуговую покарання. 2. Я допускаю, що заслуговую покарання. 3. Я вважаю, що маю бути покараний. 4. Я відчуваю, що доля карає мене.	
7	0. Я в основному задоволений тим, ким я є. 1. Я незадоволений собою. 2. Я гідкий собі. 3. Я ненавиджу себе.	
(8)	0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди. 1. Я критикую себе за слабкості та помилки. 2. Я постійно докоряю собі за різні помилки. 3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.	
9	0. У мене не виникає думок про самогубство. 1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього. 2. Я хочу вмерти і планую самогубство. 3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.	
(10)	0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно. 1. Я плачу частіше, ніж звичайно. 2. Я увесь час плачу. 3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.	

(11)	0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно. 1. Я дратуюся легше, ніж звичайно. 2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення. 3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.	
12	0. Я не втратив цікавості до людей. 1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше. 2. Я майже повністю втратив інтерес до людей. 3. Люди мені глибоко байдужі.	
13	0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення. 1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень. 2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення. 3. Я не в стані приймати жодних рішень.	
14	0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно. 1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік. 2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше. 3. Я переконаний, що виглядаю жахливо.	
15	0. Мені працюється так, як і раніше. 1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці. 2. Я з великою трудностю змушую себе взятися до праці. 3. Я не в стані працювати.	
(16)	0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше. 1. Я сплю гірше, ніж раніше. 2. Я пробуджуюся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути. 3. Я пробуджуюся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.	
17	0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно. 1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше. 2. Я втомлююся від будь-якого заняття. 3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.	
18	0. У мене нормальний апетит. 1. У мене погіршився апетит. 2. У мене майже відсутній апетит. 3. У мене зовсім нема апетиту.	
(19)	1. Моя вага залишається незмінною. 2. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг. 3. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг. 4. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг. 📌 Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні	
(20)	0. Моє тілесне здоров'я є добре. 1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.). 2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами. 3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.	
(21)	0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився. 1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно. 2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився. 3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.	

Примітки:

ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ:

Додаток 3

ШКАЛА ІНТЕГРАЦІЇ ДОСВІДУ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСІВ (The Integration of Stressful Life Experiences Scale (ISLES))

Інструкція. Будь-ласка, вкажіть, наскільки ви згодні чи не згодні з наступними твердженнями щодо вашої недавньої втрати.

Текст методики:

Твердження	Цілком згоден	Згоден	Складно сказати	Не згоден	Зовсім не згоден
1. З моменту цієї втрати світ здається мені страшним і заплутаним	1	2	3	4	5
2. Я зрозумів сенс цієї втрати	1	2	3	4	5
3. Коли я розповідаю про втрату, люди сприймають мене по-іншому	1	2	3	4	5
4. Мені важко інтегрувати цю втрату у своє розуміння світу	1	2	3	4	5
5. Після цієї втрати я відчуваю, що переживаю кризу віри	1	2	3	4	5
6. Ця втрата мені незрозуміла	1	2	3	4	5
7. Мої попередні цілі та сподівання на майбутнє вже не мають сенсу після цієї втрати	1	2	3	4	5
8. Я здивований тим, що сталося	1	2	3	4	5
9. Я не знаю, як жити далі	1	2	3	4	5

10. Мені було б легше говорити про своє життя, якби в мене не було б цієї втрати	1	2	3	4	5
11. Я менше розумію свої уявлення про світ після втрати	1	2	3	4	5
12. Я більше не розумію себе після цієї втрати	1	2	3	4	5
13. Після цієї втрати мені важче відчувати, що я є частиною світу	1	2	3	4	5
14. Ця втрата зробила мене менш цілеспрямованим	1	2	3	4	5
15. Я не зміг зібрати шматочки мого життя після цієї втрати	1	2	3	4	5
16. Після цієї втрати життя здається таким, що складається із випадкових подій	1	2	3	4	5

Обробка результатів. Це адаптована версія ISLES, у ній слово «подія» замінено словом «втрата». За винятком пункту 2 (який оцінюється за зворотнім ключем), усі твердження слід оцінювати, використовуючи формат від 1 (цілком згоден) до 5 (зовсім не погоджуюся). Для обчислення загального бала ISLES можна взяти суму всіх елементів. Аналогічно, пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15 і 16 можна підсумовувати для обчислення підшкали «Зрозумілість світу», а пункти 2, 4, 6, 8 і 10 – для оцінки підшкали «Рівновага».