

УДК 159.922.1

DOI: 10.31732/2663-2209-2025-79-478-487

Дата надходження: 01.09.2025

Дата прийняття до друку: 25.09.2025

Дата публікації: 30.09.2025



Ця робота ліцензується відповідно до [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ТРАВМІВНОМУ ГОРЮВАННІ В УМОВАХ РЕАЛІЙ ВОЄННОГО ЧАСУ

Вікторія Гридзук¹, Іванна Венгринська²

¹Канд. психол. наук, завідувачка кафедри психології Інституту управління природними ресурсами, ВНЗ “Університет економіки та права “КРОК”, м. Коломия, Україна, e-mail: HrydzhukV@krok.edu.ua, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7600-6283>

²Студентка 4 курсу, спеціальність «Психологія», ВНЗ “Університет економіки та права “КРОК”, м. Київ, Україна, e-mail: VenhrynskaID@krok.edu.ua

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE IN TRAUMATIC GRIEF IN THE CONTEXT OF WAR

Victoria Hrydzhuk¹, Ivanna Venhrynska²

¹PhD in Psychology, Head of the Department of Psychology, Institute of Natural Resource Management, KROK University of Economics and Law, Kolomyia, Ukraine, e-mail: HrydzhukV@krok.edu.ua, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7600-6283>

²4th year student, majoring in Psychology, KROK University of Economics and Law, Kyiv, Ukraine, e-mail: VenhrynskaID@krok.edu.ua

Анотація. У статті здійснено спробу аналізу феномену травмівного горювання, що в умовах реалій воєнного часу стає звичним явищем в житті окремої людини і спільноти. Акцентується увага на ознаках травмівного горювання, яке поєднує в собі симптоми травми та горя, часто супроводжується відстроченими реакціями горя з наступним розладом тривалого горювання. Відзначено, що гіпертрофоване відчуття “несвоечасності” втрати, гостра форма скорботи, шоківі реакції, заціпеніння і емоційне “оніміння”, об’ємність всеосяжного болю втрати при умовному благополуччі поряд інших під час війни нерідко стають причиною патологічного горя, відповідно травмівне горювання за симптоматикою сприймається як одна з форм ускладненої реакції на втрату. При гострому перебігу усіх процесів травмівного горювання можливе подразнення і “старих” невирішених або відтермінованих реакцій на стрес.

Надання психологічної допомоги при травмівному горюванні та його наслідках має ряд особливостей і передбачає психотерапевтичний вплив за допомогою специфічних втручань, орієнтованих на горе. Важливим є усунення бар’єрів, що перешкоджають здоровому перебігу горя, та комплексне застосування методик, які поєднують у собі роботу з горем і травмою. Зауважена важливість застосування “м’яких” методик надання психологічної допомоги, зокрема при когнітивному та емоційному опрацюванні травмівної смерті, фасилітації процесів горювання, знаходженні внутрішніх і зовнішніх ресурсів для відновлення горюючими життєвих перспектив.

Отримані результати емпіричного дослідження засвідчують потенціал гештальт підходу при роботі з травмівним горюванням. Застосування гештальт терапії ненав’язливо у діапазоні можливостей внутрішньої роботи клієнта сприяє зниженню у нього рівня емоційного дистресу, покращенню емоційного самопочуття та активізації внутрішніх ресурсів для відновлення.

Ключові слова: втрата, скорбота, горе, горювання, патологічне горювання, травмівне горювання, дистрес розлуки, розлад тривалого горювання (РТГ), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, психологічна допомога, гештальт терапія.

Формули: 0, рис.: 0, табл.: 1, бібл.: 8

Abstract. The article attempts to analyze the phenomenon of traumatic grief, which, in wartime conditions, becomes a common occurrence in the lives of individuals and communities. The focus is on signs of traumatic grief, which combines symptoms of trauma and grief, often accompanied by delayed grief reactions followed by prolonged grief disorder. It has been noted that an exaggerated sense of the “untimeliness” of loss, acute grief, shock reactions, numbness, and emotional “numbness,” as well as the intensity of the all-encompassing pain of loss amid the relative well-being of others during wartime, often cause pathological grief, accordingly, traumatic grief is perceived as one of

the forms of a complicated reaction to loss. In acute cases of traumatic grief, it is possible that “old” unresolved or delayed reactions to stress may be triggered.

Providing psychological assistance for traumatic grief and its consequences has a number of specific features and involves psychotherapeutic intervention using specific grief-oriented techniques. It is important to remove barriers that hinder the healthy grieving process and to comprehensively apply techniques that combine grief and trauma work. The importance of using “soft” methods of psychological assistance was noted, particularly in the cognitive and emotional processing of traumatic death, facilitating the grieving process, and finding internal and external resources to restore the bereaved's outlook on life.

The results of the empirical study demonstrate the potential of the Gestalt approach in working with traumatic grief. The unobtrusive application of Gestalt therapy within the range of the client's internal capabilities helps to reduce their level of emotional distress, improve their emotional well-being, and activate internal resources for recovery.

Keywords: *loss, grief, sorrow, bereavement, pathological grief, traumatic grief, separation distress, prolonged grief disorder (GRD), post-traumatic stress disorder (PTSD), depression, psychological help, Gestalt therapy.*

Formulas: *0, pic.: 0, tab.: 1, bibl.:8*

Постановка проблеми. Сьогодення з його складними соціально-психологічними проблемами, на кшталт війн, терористичних актів та інших катаклізмів природного та соціального характеру, вносять емоційний, екзистенційний дисбаланс в життя як окремої особистості, так і цілих соціальних груп. Тому в центрі сучасної психологічної науки зайняла своє “належне” місце проблематика ускладненої реакції людини на втрату, травматичного горювання (R. Neimeyer), розладу тривалого горя (РТГ), який іноді супроводжується посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) і депресією, пов’язаними із втратою.

В Україні, яка одинадцятий рік знаходиться в стані війни, з них три вщент переповнені втратами, емоційним напруженням, відчаєм, страхом за життя близьких людей, спектр питань, пов’язаних з наданням психологічної допомоги при ускладненій реакції на втрату (complicated grief) стає одним із пріоритетних для клінічних психологів, психіатрів і загалом практикуючих психологів. Тож українська психологія нині активно шукає відповідь на питання: як допомогти людині, як зазнала горювання після втрати.

Оскільки у вітчизняній науці ця проблематика актуалізувалася в останнє десятиліття, українські науковці і практики лише напружують певні шляхи, технології подолання клієнтами/пацієнтами зазначеного складного психологічного стану. При цьому насамперед використовується досвід зарубіжних колег у галузі психотерапії,

клінічної психології та психіатрії (E. Kübler-Ross, M.-F. O’Connor, M. Stroebe, H. Schut, T. Rando, K. M. Parkes, J. Bowlby, R. Neimeyer, K. Shear, H. Prigerson, C. Sanders, J. Worden, E. Lindemann, B. T. Lev et al.). Реалізуються спільні науково-практичні проекти, як-то українсько-голландський проект дослідження горя “Фенікс”; спрямовується відповідним чином діяльність науково-дослідних центрів, зокрема Інституту когнітивно-поведінкової терапії (м. Львів), Інституту психічного здоров’я при УКУ (м. Львів), що активно співпрацюють з англійськими колегами; напружуються власні методики і програми відновлення особистості після травматизації та технологій відновлення самоефективності особистості, яка переживає втрату, науковцями Інституту соціальної та політичної психології НАПН України (Т. Титаренко, К. Мирончак, В. Климчук, Т. Ларіна).

Аналіз досліджень і публікацій. Теорія горя внаслідок втрат має вже майже столітню історію. У свій час ще З. Фройд говорив про “траур (Trauer)” як нормальну реакцію на втрату значущої людини і пов’язував це відповідно до психоаналітичної теорії з процесом прийняття неминучості передачі лібідо іншим. Відголосок цих думок знаходимо й нині в концепті, що в основі горя лежить дистрес від розлуки (П. Булен). Останній визначається як “стан, що супроводжується різноманітним важким переживанням та емоцій, пов’язаних з втратою” (Булен & Кольчінська, 2022).

На початках дослідження процесу горювання і до недавнього часу популярними були лінійні концепції горювання, в яких процес пристосування до втрати описувався як поетапний. Тож існує багато класифікацій процесу горювання, моделей покрокового проходження переживання втрати передусім дорослими людьми. Сюди відносяться, наприклад, загальновідома модель К. Кюблер-Росс, згідно якої люди, які пережили втрату, проходять через послідовний процес заперечення, гніву, торгу, депресії і, нарешті, прийняття (Kübler-Ross & Kessler, 2005); 4 фази переживання втрати дорослими людьми, визначені К. Паркесом; п'ятифазова модель подолання тяжкої втрати К. М. Сандерс та інші. Однак, як пізніше слушно зауважили Stroebe, Schut, & Boerner, не існує єдиного способу переживання горя або єдиного порядку прописаних реакцій (Stroebe, Schut & Boerner, 2017). Тому поступово почала акцентувалася увага на моментах індивідуального сприйняття і перенесення травми внаслідок втрати близької людини і відповідно прийматися теза, що не існує єдиного для усіх способу та порядку горювання.

Сучасна світова практична психотерапія горя відходить від лінійних моделей та стає більш орієнтованою на модель подвійних процесів у вправленні з втратою (DPM) (Neimeyer, 2021), інакше модель подвійної адаптації (Рибик, 2023), оскільки, “рішення горя залежить від індивідуального коливання між двома процесами – процесом, спрямованим на відчуття втрати, та процесом, спрямованим на відновлення” (Рибик, 2023, с. 192). Таким чином DPM інтегрує теорію когнітивного стресу та традиційні теорії горя. Згідно з нею ефективно вправлення з горюванням охоплює стресори, орієнтовані на втрату (loss-oriented, LO) та стресори, орієнтовані на відновлення (restoration-oriented, RO). Завданням першого процесу стає прийняття факту втрати, когнітивна обробка та стабілізація емоцій, завданням другого – виявлення та подальший

розвиток навичок, які слід засвоїти в новому житті задля відновлення зруйнованих припущень про світ, в якому комфортно жити і отримувати задоволення. При цьому акцентується увага на тому, що здатність виконати роботу горя пов'язана з історією розвитку людини (Neimeyer, 2021).

При терапії горя досить популярним сьогодні є розвиткова теорія горювання R. A. Neimeyer, вибудована на інтегративно-конструктивістському та ресурсному підходах. У ній виділяються раннє горювання (реагування), середнє горювання (реконструкція) та пізнє горювання (реорієнтація). У зазначеній теорії самоприйняття горя, формування постійного зв'язку із померлим та посттравматичне зростання, як і інші розвиткові здібності, виникають поступово і утверджуються в житті людини в контексті психосоціальної системи, яка підтримує їх набуття.

Відповідно до моделі прихильності скорбота пов'язується з відчуттям втрати прихильності, а отже втрати безпеки (Bowlby, 1982; Parkes, 2001), що спричинює значний психологічний дискомфорт в житті. Так, наприклад, здорове, неускладнене горювання властиве тільки людям із безпечною (надійною) прихильністю (Parkes, 2001).

Типам афективних, когнітивних і поведінкових реакцій та стратегій подолання, пов'язаним зі стилем прихильності людини, яка горює, присвячені роботи M. Stroebe, H. Schut & K. Boerner (2010); M. Stroebe, H. Schut & W. Stroebe (2005).

Загальновизнаним є факт, що при наданні психологічної допомоги людям з ускладненою реакцією на втрату успішним є когнітивно-поведінковий підхід завдяки чіткості своїх протоколів, структурованості методик і швидкості досягнення покращення психічного стану клієнта/пацієнта. Клінічні дослідження засвідчують ефективність застосування психосоціальних втручань, базованих на когнітивно-поведінковій терапії (cognitive-

behavioral therapy) при лікуванні ускладненого горювання, депресивних і тривожних симптомів, що супроводжують процес відновлення (Wagner, 2006; Malkinson, 2010). Як відомо, частина протоколів КПТ по роботі з втратою інтегрує релаксаційні техніки, техніки гештальт-терапії, роботи з уявою та сімейної терапії.

Окрім того, в роботі з горем застосовуються терапія складного горя (CGT), екзистенційна психотерапія, гештальт терапія, нарративна терапія. Іноді при травматичній втраті використовується EMDR (десенсибілізація та репроцесинг рухами очей). Свою ефективність показали і психотерапевтичні протоколи роботи з посттравматичним стресовим розладом, розроблені А. Ehlers і Clark (2000) для дорослих та Cohen-Mannarino-Deblinger's manual (2006) для дітей (Rosner et al., 2011; Wittouck et al., 2011; Duffy & Wild, 2017). Серед помічних психотерапевтичних методів називаються і інтерперсональна психотерапія та психодрама.

Метою статті є теоретично дослідити особливості травмивного горювання в умовах реалій війни як особливого різновиду патологічного горювання та зробити емпіричну розвідку щодо вивчення потенційних можливостей надання психологічної допомоги при травмивному горюванні засобами гештальт терапії.

Виклад основного матеріалу дослідження. Зіткнення зі смертю близької людини завжди викликає кризовий стан певної інтенсивності, що залежить від змісту і особливостей проявів складних внутрішніх переживань. Різним його етапам відповідають різні психічні реакції. Але важливо розуміти, що загалом це той різновид втрати, що має глибоко інтимний, духовно-екзистенційний склад, який укорінюється в психіці і в обов'язковому порядку вносить в життя зміни, після яких повернення до минулого світосприйняття і організації власного життєвого простору неможливе.

Переживання втрати близької людини передусім пов'язується зі станом скорботи. У контексті пояснення процесуального змісту зазначеного феномену цікавим видається етимологічний аналіз поняття “скорбота” в українській і англійській мовах, зроблений В. Зливковим і С. Лукомською при адаптації до української психологічної практики книги R. Neimeyer “Techniques of grief therapy: Assessment and intervention” (2015). Так, в українській мові “скорбота” є іменником, що походить від давнього кореня *(s)ker-b(h)/ *(s)korb(h) – “скручувати(ся)”, “морщити(ся)”, тобто дієслова, що позначає почуття, викликане глибокими переживаннями. На разі скорбота уявляється живим наслідком, гіпертрофованою формою явища, яке пов'язуємо зі словом “горе” (“горе” зі праслов'янської мови означає “те, що пече, мучить”).

В англійській мові “скорбота” (grieving) – дієслово, що позначає собою статичний стан чи умову, “тобто є формою психосоціального та, ймовірно, духовного переходу від початкового сприйняття втрати, яка руйнує життя, через період часто бурхливої адаптації до моменту відносної стабільності після гострого горювання” (Neimeyer, 2021, с. 8). Тому на переконання А. Neimeyer, горе не є станом, який слід пережити, це тривалий процес адаптації до “нового” життя, а процес горювання не слід зводити до симптоматики та чітко визначених переходів через певні етапи, воно значно складніше та більш індивідуалізоване (Neimeyer, 2021, с. 9).

За словами Л. Рибик, горе – динамічний суб'єктивний стан, що виникає спонтанно як реакція на втрату і характеризується комплексом різноманітних почуттів та емоцій (Рибик, 2023, с.192). Та все ж переважна більшість людей знаходить у собі ресурси для адаптації до життя в нових умовах особистісного розвитку і таким чином йдеться про “здорове” горе (Булен & Кольчінська, 2022), “нормальне горе”

(Рибик, 2023). Для подолання втрати у такому випадку самою людиною активізуються відновлювальні ресурси, пов'язані з когнітивними, емоційними і поведінковими змінами, спричиненими новим життєвим досвідом. Тому, як зазначають Galatzer-Levy, Huang та Bonanno, за таких умов у людини не розвиваються серйозні та довготривалі психічні проблеми (Galatzer-Levy, Huang & Bonanno, 2018).

Модель переживання нормального горя без патологічних реакцій описана Крайтеком і Ліндеманом. Зокрема, більш структурована концепція Е. Ліндемана, що належить до лінійних концепцій, детально зупиняється на всіх часових етапах переживань втрати та психологічних реакціях, закріплених за тим чи іншим етапом.

М. Войтович зауважує, що у випадку нормального перебігу скорботи (за Верною Каст) людина переживає наступні фази: 1) небажання прийняти втрату; 2) вибухи емоцій; 3) пошуки, знахідки, розлука; 4) нове ставлення до себе і світу. У будь-якому випадку їй доводиться встановлювати нові стосунки з померлим, із самим собою (нова ідентичність) та із навколишнім світом. Проте, у 10-15 % людей, які втратили близьку людину, спостерігається розвиток стану ускладненої реакції втрати (Войтович, 2018), ускладненого горювання (Аврамчук, 2019), або патологічного горювання (Булен & Кольчінська, 2022). Визначається цей стан чи то процес як “нормальна реакція системи прив'язаності, яка звільняє людину від прив'язаностей, щоб очистити місце для формування нових” (Войтович, 2018, с. 84).

О. Аврамчук акцентує увагу на тому, що основні проблеми, пов'язані з ускладненим горюванням, полягають у прогресуючій психосоціальній дезадаптації, маніфестації коморбідних психопатологічних станів у помірних й тяжких проявах та зростання ризику суїцидальної поведінки (Аврамчук, 2019, с.9).

Як бачимо, останнім часом у психологічній літературі часто зустрічаються синонімічні або близькі за змістом поняття, як-то: “патологічне горювання”, “травмівне горювання”, “розлад, пов'язаний з тяжкою втратою”, “розлад тривалого горя” та інші. Це засвідчує значний інтерес і потребу у вивченні відповідного феномену проживання людиною складних травмуючих ситуацій.

Як наслідок, у 2013 році на основі незалежних емпіричних досліджень команди під керівництвом М. К. Shear та Н. G. Prigerson до DSM-5 було додано новий клінічний діагноз: Persistent Complex Bereavement (Bereavement-Related) Disorder (Стійкий комплексний розлад, пов'язаний з тяжкою втратою) з приміткою “розлад для подальших досліджень”, а з 2015 року рекомендовано до включення в МКХ-11 “Prolonged grief disorder (Тривалий розлад горювання)” (Аврамчук, 2019, с. 13).

До ускладненого горювання насамперед відносимо “травмівне горювання” (R. Neimeyer). Таке горювання трапляється після певних видів смерті, зокрема, раптової та несподіваної смерті, пов'язаної з насильством, смерті в ДТП, в результаті вбивства чи самогубства (Neimeyer, 2021, с. 37). Зважаймо на те, що в умовах війни ризик появи травмівного горювання зростає в рази, адже йдеться не про природню смерть (за віком, через хронічну, у тому числі онкологічну хворобу), а про раптову, якій нібито можна було запобігти.

У горюючих виникає раптове відчуття, що весь їхній світ рухнув одномоментно або перевернувся догори ногами. Тому у купі відчуються симптоми горя і травми, відповідно існує ризик виникнення синдрому гострого горя і ПТСР одночасно (Neimeyer, 2021).

Важливою ознакою травмівного горювання є те, що родичі раптово померлих горюють довше, ніж ті, чий рідні померли від природніх причин (Jordan & Litz, 2014).

На наш погляд, насамперед слід говорити про травмівне горювання як гостру форму скорботи – найбільш сприятливу і близьку до проявів патологічного горя, що часто може приводити до розладу тривалого горювання (РТГ). При цьому важливо підкреслити, що діагноз РТГ ніколи не ставлять протягом перших 6 місяців після втрати. У подальшому розвиток РТГ може

супроводжуватися посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) і депресією.

Чи схожі між собою симптоми РТГ, ПТСР і депресії, як виникають внаслідок травмівного горювання? Так, схожі. Зокрема, як стверджує П. Булен, усі три розлади мають труднощі з регулюванням емоційної сфери та супроводжуються негативними переконаннями щодо себе, свого майбутнього або світу. Але є і суттєві відмінності (див. таблицю 1).

Таблиця 1

Порівняльна характеристика симптоматики РТГ, ПТСР, депресії у зв'язку з травмівним горюванням

	РТГ	ПТСР	Депресія
Емоційний стан	туга, прагнення до померлого і дистрес від розлуки	тривожність	низький настрій і знижена здатність відчувати позитивні емоції.
Пам'ять	спогади про померлого та обставини, що призвели до смерті	спогади та небажані думки, пов'язані з конкретними подіями, які були загрозливими для себе або інших	небажання згадувати або відсторонене згадування
Поведінка	пошук близькості, спрямований на відчуття близькості з померлою людиною	уникнення сигналів, які нагадують про загрозову подію, та сигналів, які сповіщають про те, що загроза може повернутися.	бездіяльність і відстороненість
Соціальна адаптація	активація системи прив'язаності	хронічна активація мережі страху	хронічне порушення настрою та мотивації поведінки (підтримання негативного самофокусу та відхід у себе)

Джерело: Булен & Кольчінська, 2022

Надання психологічної допомоги при травмівному горюванні та його наслідках, на нашу думку, має свої особливості. По-перше, таку ускладнену реакцію на втрату з наступним можливим РТГ потрібно лікувати за допомогою специфічних втручань, орієнтованих на горе, бо її симптоми недостатньо реагують на терапію, спрямовану на ПТСР та депресію (Reynolds et al., 1999).

По-друге, потрібно розводити психологічну допомогу при скорботі здорового та травмівного горювання як ускладненій реакції на втрату. Л. Рибик

слухно зазначає, що відомі лінійні моделі є теоретичним підґрунтям, на якому розвивається психологічна допомога при скорботі як нормальній, здоровій реакції на втрату близької людини, що померла природним способом. У цьому випадку переважно можна спостерігати описану в різних теоретичних моделях динаміку перебігу горя. На разі важливим стає надання підтримки, простору для історії втрати та посилення корисних способів подолання. Що ж до психологічної допомоги людині у стані травмівного горювання, то вона повинна бути

спрямована передусім на усунення бар'єрів, які перешкоджають здоровому перебігу горя (Булен & Кольчінська, 2022; Сингаївська & Берестовська, 2024).

По-третє, при травмівному горюванні з його емоційною інтенсивністю доцільніше говорити про виконання завдань або викликів для переживання втрати за Worden (2009): зіткнутися з реальністю втрати; дозволити собі емоції, які часто приглушуються або ховаються від інших і опрацювати їх; включатися в соціальну, професійну та іншу діяльність, яка посилює відчуття сенсу та безперервності життя.

По-четверте, згідно з R. Neimeyer підходи до надання психологічної допомоги при травмівному горюванні мають поєднувати в собі методики роботи як з горем, так і з травмою, тобто визначення внутрішніх і зовнішніх ресурсів, когнітивне та емоційне опрацювання травмівної смерті та фасилітацію процесів горювання (Neimeyer, 2021, с. 39).

У ході проведеного емпіричного дослідження особливостей психологічної допомоги дорослим, що мають ускладнену реакцію втрати, ми зупинилися насамперед на “поблажливих” можливостях засобів гештальт підходу, адже при гострому перебігу усіх процесів і ознак такого горювання, окрім усього вищезазначеного, можливе також і подразнення “старих” невіршених або відтермінованих реакцій на стрес.

Передбачалося, що застосування гештальт терапії при наданні психологічної допомоги дорослим особам із ускладненою реакцією на втрату “м'яко” сприяє зниженню рівня емоційного дистресу, покращенню емоційного самопочуття та активізації внутрішніх ресурсів для відновлення.

До емпіричного дослідження було залучено 20 жінок м. Коломиї віком від 25 до 50 років, які:

- пережили в умовах війни втрату близької людини 0,5-1,5 року тому (смерть не природна);

- відчувають стійкі емоційні, поведінкові або когнітивні труднощі, пов'язані з пережитим горем;

- не мали діагностованих на момент емпіричного дослідження психічних розладів та не перебували на медикаментозному лікуванні;

- не отримували одночасно іншу психологічну допомогу, що могло вплинути на отриманий результат;

- добровільно погодилися брати участь і надали інформовану згоду.

Як показали спроби залучення до дослідження чоловіків, не кожен із них здатен говорити про власний біль. Натомість глибина проведених інтерв'ю й тестових даних жінок дозволила отримати достатню емпіричну насиченість. Під час дослідження було використано комплексний підхід до збору емпіричних даних. Основним інструментом якісного дослідження стало напівструктуроване інтерв'ю, розроблене на основі сучасних діагностичних критеріїв ускладненого горювання, представлених у DSM-5 та МКХ-11, що слугувало не лише фіксації симптоматики, а й отриманню даних про реальні емоції учасниць.

Під час створення питань для напівструктурованого інтерв'ю було враховано сучасні підходи до розуміння горювання: дуальну модель Stroebe & Schut (1999) та конструктивістську модель R. Neimeyer (2001). Це дозволило дослідити як переживання, пов'язані з втратою, так і процеси відновлення. Перед проведенням напівструктурованого інтерв'ю для збору даних застосовувалася розроблена анкета “Мій досвід подолання горювання”. На основі отриманих відповідей було виокремлено кілька ключових змістових блоків, які лягли в основу побудови напівструктурованого інтерв'ю. Блоки охопили особистий досвід утрати, емоційні реакції, адаптаційні механізми та процеси сенсового переосмислення. Застосування напівструктурованого інтерв'ю уможливило фіксування “живих” емоцій: тремтіння голосу, сльози, мовчання – усе

те, що не вимірюється анкетами, але говорить про глибину болю.

Для кількісної оцінки ступеня прояву симптомів ускладненого горювання та визначення їхньої інтенсивності використано шкалу пролонгованого горя PG-13, розроблену групою дослідників під керівництвом Н. Prigerson і адаптовану до українського контексту; для забезпечення ширшого і точнішого аналізу емоційного стану учасниць – шкали PHQ-9 (оцінка депресії), PCL-C (для виявлення симптомів посттравматичного стресу) та GAD-7 (для оцінки тривожності), оскільки вони добре працюють разом з PG-13 (Prigerson et al., 2009). Методика оцінки інтенсивності переживання втрати, а саме Шкала оцінки завдань горя (за J. Worden) допомогла у вивченні інтенсивності суб'єктивних переживань, пов'язаних із втратою.

Напівструктуроване інтерв'ю та вищезазначені Шкали дозволили зібрати дані щодо: 1) особистого досвіду втрати (характер втрати, тривалість горювання, обставини смерті); 2) емоційних реакцій (інтенсивність переживань, динаміка емоційних станів, способи емоційного врегулювання, тривожність); 3) індивідуальних адаптаційних механізмів (наявні копінг-стратегії, зміни у світогляді після втрати); 4) рівня соціальної підтримки (відчуття ізоляції, наявність підтримки, її якість); 5) процесів смислового переосмислення втрати (пошук сенсу, духовні та екзистенційні переживання).

Аналіз отриманих емпіричних даних до проведення психологічного впливу показав, що 20% респонденток мали низький рівень ускладненої реакції на втрату (не перевищував умовну норму (менше 20 балів)); 40% (8 учасниць) продемонстрували помірний рівень ускладненої реакції на втрату (від 21 до 36 балів) і відповідно ще 40% виявили високий рівень симптомів ускладненої реакції та втрату (35 і більше), що відповідає критеріям Prolonged Grief Disorder та вимагає психотерапевтичного втручання.

Ті респондентки, у кого були найвищі показники за PG-13, часто в інтерв'ю вживали фрази типу “я вже не вмію радіти”, “я просто існую”, говорили про втрату сенсу життя, відсутність майбутнього для себе. Важливим видається той факт, що вони отримали можливість нарешті зупинитися й побути зі своїм болем. Було помітно: вже сам факт, що їх хтось слухає, став кроком до полегшення внутрішнього стану учасників групи. Тож у випадку надання психологічної допомоги при травмівному горюванні важливим стає простір, у якому відбувається терапевтична взаємодія.

Аналіз відповідей респонденток дозволив виділити кілька тем, що стосувались:

1) *емоційного застою*. Багато опитаних говорили про “застиглість” часу. Після втрати світ ставав “безбарвним”, а щоденні справи виконувались механічно;

2) *труднощів зі прийняттям*. Навіть через рік дехто ловив себе на думці, що ось-ось померла людина зателефонує або зайде до кімнати;

3) *відчуття ізоляції*. Часто звучала думка: “Навіть якщо поруч є люди, вони не розуміють, що зі мною”. Водночас ті, хто мали підтримку, переживали втрату певною мірою легше;

4) *браку ресурсів*. Більшість учасниць зізнавались, що не знали, до кого звернутись, бо не мали сил шукати допомогу;

5) *незавершених емоцій та діалогу*. Звучали фрази: “Я не встигла сказати головного”, “Я досі злюсь, що він/вона пішов/пішла”. Це свідчить про внутрішній конфлікт і потребу в роботі з ним.

Поглиблений аналіз відповідей показав також інші значущі моменти. Деякі учасниці розповідали, що уникали емоційної близькості з іншими людьми після втрати, боячись знову пережити біль. В окремих випадках зустрічались симптоми соматизації – зокрема, скарги на безсоння, головний біль, напруження в тілі, про які раніше жінки не говорили відверто навіть близьким. Ці прояви добре

узгоджуються з моделлю подвійного процесу Stroebe & Schut (1999), де відсутність орієнтації на відновлення призводить до постійного “застрягання” в болю.

З етичної точки зору, цей етап дослідження став найбільш чутливим і засвідчив важливість емпатійного супроводу психолога у дослідницькому процесі.

У подальшому з метою сприяння зниженню проявів у респондентів симптоматики ускладненого горювання, їхнього емоційного відновлення та активізації внутрішніх резервів було застосовано розроблену програму психологічної підтримки для дорослих з травмівним горюванням на основі гештальт-групи. При створенні програми було враховано особливості переживання втрат, пов'язаних із війною. До програми інтегровані елементи стабілізаційних практик, що сприяють зниженню гостроти емоційної напруги, наприклад, дихальні вправи на основі техніки квадратного дихання, техніки самозаземлення через усвідомлення тілесних відчуттів, а також робота з візуалізацією підтримувального образу. Окрема увага приділялася роботі з травмівними спогадами, що активізувалися під час контакту з болем втрати. Використовувалися м'які гештальт техніки, зокрема, “порожній стілець” у модифікованому форматі, де учасник не лише звертається до образу померлого, а й досліджує, як змінюється його внутрішній стан у ході діалогу.

Програма передбачала ведення емоційного щоденника між сесіями. Це дозволило учасникам фіксувати свої почуття, думки, реакції, що значно підвищувало рівень самоусвідомлення та сприяло подальшому глибшому обговоренню в терапевтичному просторі.

Робота над програмою була розрахована на 8 тижнів (8 сесій по 60 хв.), 1 раз на тиждень. Форма проведення: індивідуальна або групова терапія (до 6-7 осіб у групі). Формат: очний або онлайн (за потреби).

Основний терапевтичний етап (5 зустрічей) мав на меті проживання незавершених почуттів через роботу з техніками гештальт терапії. Остання, 8 зустріч (інтеграційно-завершальний етап) передбачала підсумування пройденого шляху; усвідомлення ресурсів, які вдалося активізувати; формування бачення “життя після втрати”; повторне заповнення шкал; емоційне завершення процесу та прощання з образом втрати.

Отримані результати після повторного проведеної діагностичної процедури показали, що застосована програма психологічної допомоги в цілому сприяла позитивній динаміці змін у стані учасниць гештальт групи, а саме: у 65% учасниць емпіричного дослідження знизився рівень тривожності, у 75 % зменшилися ознаки депресивного стану, у 55% змін зазнали ознаки ПТСР. 80% учасниць гештальт групи після проведеної роботи з “незавершеними” емоціями засвідчити покращення психоемоційного стану. 65% вказали на відкриття в собі ресурсів для подальшого життя і зазначали під час повторного інтерв'ю, що змогли побачити себе вже не лише через призму болю, а й крізь можливість зцілення.

Висновки: Травмівне горювання – досить складний, динамічний і індивідуалізований процес переживання втрати з гострими проявами скорботи і відчаю, найчастіше шокowymi реакціями “застрягання” у вакуумному просторі моменту отримання інформації про смерть близької людини, зтяжним прийняттям цього факту, гіпертрофованими відчуттями “несвоєчасності” втрати і відповідно ознаками шоку, заціпеніння і емоційного “оніміння” чи всеосяжного болю, що веде до повної соціальної ізоляваності і нівелювання будь-яких життєвих сенсів і перспектив. Поєднуючи в собі симптоми травми та горя, травмівне горювання часто має відстрочені реакції горя і є ускладненою реакцією на втрату часто з наступним РТГ.

Надання психологічної допомоги при травмівному горюванні та його

наслідках має свої особливості і передбачає психотерапевтичний вплив за допомогою специфічних втручань, орієнтованих на горе. Необхідним стає застосування методик/технік, які поєднують у собі роботу як з горем, так і з травмою і мають бути спрямовані на визначення внутрішніх і зовнішніх ресурсів, когнітивне та емоційне опрацювання травмивної смерті та

фасилітацію процесів горювання у “м’якому” форматі. Отримані результати емпіричного дослідження засвідчують, що на разі гештальт підхід є близьким до реальних потреб дорослих з травмивним горюванням і помічним при наданні їм психологічної допомоги, оскільки дозволяє іншим бути поруч – без оцінок, без тиску, з повагою до переживаного досвіду.

Література:

1. Аврамчук, О. (2019). Огляд психологічної допомоги при ускладненому горюванні, базованої на когнітивно-поведінковій терапії. *Психологічний журнал*, Т. 5, 8, 9-24. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.8.1>.
2. Булен, П. & Кольчінська, Ю. (2022). Розлад тривалого горя: природа, чинники ризику, діагностика і когнітивно-поведінкова терапія. *Психосоматична медицина та загальна практика*, Т. 7, 2. DOI: 10.26766/pmgrp.v7i2.375.
3. Войтович, М. (2018). Психологічна допомога під час горювання. *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник*. Т. 2. Київ, 77-96.
4. Рибик, Л. (2023). Теорія горя: сторічна історія розвитку. *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 2(6), 191-206. Retrieved from:

http://dcpn.nuczu.edu.ua/images/2023-2/2023_2_2_16.pdf.

5. Сингаївська І., & Берестовська А. (2024). Особливості надання психологічної допомоги жінкам, які переживають втрату близької людини під час війни. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 1(73), 214-226.
- DOI <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-73-214-226>.
6. Neimeyer, R. (2021). Терапія горя (переклад та адаптація В. Зливков, С. Лукомська). Київ. 259 с.
7. Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe W. (2025). Attachment in Coping with Bereavement: A Theoretical Integration. *Review of General Psychology*, 9(1), 48-66.
8. Worden, J. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York, Springer, 91-106.