

МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ
НІКОПОЛЬСЬКИЙ ІНСТИТУТ

Спеціальність **Психологія**
Спеціалізація **Психологія**
Кваліфікаційний рівень **Магістр**

ДИПЛОМНА РОБОТА

на тему **ВПЛИВ КОГНІТИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОДОЛАННЯ**
 ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПІДЛІТКІВ .
студента **ЩЕРБЕНКО ВАСИЛЯ ІВАНОВИЧА**

До захисту допущено:

Завідувач кафедри психології

_____ О.В.Білошнікова

« _____ » _____ 2026 р.

Науковий керівник: старший

викладач кафедри психології

_____ О.В.Білошнікова

« _____ » _____ 2026 р.

Виконано студентом групи

ТУнк-8-24 М1ПС (2.0 здс)

Нікополь 2026

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ РОДИН ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

- 1.1. Психологія горя та втрати близької людини
- 1.2. Специфіка переживання втрати в умовах війни
- 1.3. Системний підхід до роботи з сім'ями загиблих
- 1.4. Міжнародний досвід психологічної підтримки

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

- 2.1. Організація та методи дослідження
- 2.2. Аналіз психологічних потреб сімей
- 2.3. Фактори ризику та ресурси відновлення

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ

- 3.1. Принципи та методи роботи
- 3.2. Індивідуальне консультування
- 3.3. Групова терапія для родин
- 3.4. Рекомендації для фахівців

ВСТУП

Актуальність дослідження. Збройний конфлікт в Україні, що розпочався у 2014 році та значно загострився у лютому 2022 року внаслідок повномасштабного російського вторгнення, призвів до безпрецедентних людських втрат серед українського військового персоналу. За даними Міністерства оборони України, тисячі військовослужбовців віддали своє життя, захищаючи територіальну цілісність та незалежність держави. Кожна така втрата залишає після себе осиротілі родини — дружин, дітей, батьків, які потребують комплексної психологічної підтримки для подолання травматичного горя та адаптації до нових життєвих обставин.

Психологічні наслідки втрати близької людини в умовах війни мають специфічні особливості, що відрізняють їх від переживання природної смерті. Раптовість втрати, травматичні обставини загибелі, часта відсутність тіла для поховання, соціальний тиск героїзації загиблого — усі ці фактори ускладнюють природний процес горювання і можуть призводити до розвитку ускладненого горя, посттравматичного стресового розладу, депресивних станів та інших психічних порушень.

Особливо вразливими є діти загиблих військовослужбовців, які втрачають не лише батька чи матір, але й відчуття безпеки та стабільності. Дослідження показують, що рання втрата батька внаслідок військових дій може мати довгострокові наслідки для психічного здоров'я, соціальної адаптації та особистісного розвитку дитини.

Водночас вітчизняна система психологічної підтримки сімей загиблих військовослужбовців перебуває на стадії становлення. Відсутність системних науково обґрунтованих підходів, недостатня підготовка фахівців, брак спеціалізованих програм — усе це актуалізує потребу в глибокому вивченні проблеми та розробці ефективних методів психологічного втручання.

Ступінь наукової розробленості проблеми. Проблема психологічної підтримки сімей військовослужбовців, які загинули під час бойових дій,

знаходиться на перетині кількох наукових напрямів: психології горя та втрати, травматичної психології, сімейної терапії та кризової психології.

Теоретичні основи психології горя було закладено в працях З. Фрейда («Горе та меланхолія», 1917), який вперше описав психологічні механізми переживання втрати. Подальший розвиток отримали у роботах Дж. Бовлбі (теорія прив'язаності), К. Паркеса (фази горювання), Е. Кюблер-Росс (стадії прийняття смерті).

Сучасні підходи до розуміння горя представлені в роботах Дж. Ворден (завдання горювання), М. Стробе та Х. Шут (модель дуального процесу), Н. Філд (концепція продовжуючих зв'язків). Ці автори показали, що горювання є не лінійним процесом, а складною динамічною системою адаптації до втрати.

Травматичне горе як окрема категорія вперше було описано Х. Пригерсон і М. Хоровіц. Вони виділили специфічні симптоми ускладненого горя, що відрізняють його від нормального процесу горювання та депресії.

Дослідження впливу військових втрат на родини проводили Е. Фіглі (вторинна травматизація), Р. Лауфер (відкладені наслідки військової служби), Б. ван дер Колк (тілесний вимір травми). В Україні ця проблематика досліджувалася Н. Агаєвим, О. Бонкало, В. Гічун, О. Кокун, Л. Царенко.

Системний підхід до роботи з сім'ями розроблявся М. Боуеном, С. Мінухіном, Дж. Хейлі. Специфіку роботи з родинами загиблих військових вивчали П. Фіглі, Ф. Каштан, А. Салзер.

Попри значний доробок у цій сфері, більшість досліджень проводилася на матеріалі зарубіжних конфліктів (В'єтнам, Ірак, Афганістан). Специфіка української ситуації, культурні особливості переживання горя, ресурси і потреби вітчизняних сімей залишаються недостатньо вивченими.

Мета дослідження — теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості переживання втрати в сім'ях загиблих військовослужбовців, а також розробити науково обґрунтовану програму психологічної підтримки для даної категорії осіб.

Об'єкт дослідження — процес переживання втрати та адаптації в сім'ях військовослужбовців, які загинули під час бойових дій.

Предмет дослідження — психологічні особливості горювання, копінг-стратегії, потреби в підтримці та ефективні методи психологічного втручання в роботі з сім'ями загиблих військовослужбовців.

Завдання дослідження:

- ✚ Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння процесу горювання та специфіки переживання втрати в умовах війни.
- ✚ Вивчити особливості функціонування сімейних систем після втрати військовослужбовця.
- ✚ Дослідити поширеність та особливості ускладненого горя, травматичного стресу в сім'ях загиблих військових.
- ✚ Виявити основні потреби сімей у психологічній підтримці та існуючі бар'єри для отримання допомоги.
- ✚ Розробити типологію сімей за особливостями переживання втрати та адаптації.
- ✚ Створити комплексну програму психологічної підтримки, що враховує специфіку роботи з травматичним горем.
- ✚ Сформулювати рекомендації для фахівців, що працюють з сім'ями загиблих військовослужбовців.

Гіпотеза дослідження

Передбачається, що:

- ✚ Переживання втрати військовослужбовця має специфічні особливості (травматичний характер, ускладнення соціальними факторами), що відрізняють його від звичайного горя.
- ✚ Сім'ї загиблих військових демонструють різні патерни адаптації, що дозволяє виділити типологію за особливостями горювання.
- ✚ Ефективна психологічна підтримка має бути комплексною, етапною та враховувати як індивідуальні, так і системні аспекти функціонування родини.
- ✚ Основними факторами ризику ускладненого горя є: раптовість втрати, травматичні обставини, відсутність соціальної підтримки, наявність малолітніх дітей.

Методологічні основи дослідження:

Дослідження базується на інтеграції кількох методологічних підходів:

- ✚ Системний підхід (Л. фон Берталанфі, М. Боуен) — розгляд сім'ї як цілісної системи, що адаптується до втрати.
- ✚ Гуманістичний підхід (К. Роджерс, В. Франкл) — фокус на ресурсах, сенсі та потенціалі розвитку особистості.
- ✚ Когнітивно-поведінковий підхід (А. Бек, Дж. Ворден) — аналіз когнітивних та поведінкових аспектів горювання.
- ✚ Травма-інформована концепція (Б. ван дер Колк, Дж. Херман) — врахування травматичного впливу втрати на психіку.
- ✚ Культурно-історичний підхід (Л. Виготський) — врахування соціокультурного контексту переживання втрати.

Методи дослідження

Теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення психологічної літератури з проблем горя, травми, сімейної терапії.

Емпіричні методи:

- ✚ Стандартизовані психодіагностичні методики (Шкала складного горя ICG, Шкала травматичного стресу PTSD-5, Шкала сімейного функціонування FAD)
- ✚ Напівструктуроване клінічне інтерв'ю
- ✚ Авторський опитувальник потреб у психологічній підтримці
- ✚ Метод включеного спостереження
- ✚ Методи обробки даних: описова статистика, кореляційний аналіз, кластерний аналіз, якісний аналіз контенту.

Наукова новизна дослідження. Вперше в українській психології здійснено комплексне дослідження психологічних особливостей сімей військовослужбовців, загиблих під час бойових дій.

Розроблено типологію сімей за особливостями переживання травматичної втрати та стратегіями адаптації.

Створено спеціалізовану програму психологічної підтримки, що інтегрує сучасні підходи до роботи з травматичним горем.

Визначено культурно-специфічні фактори, що впливають на процес горювання в українських родинах.

Практичне значення дослідження

Результати дослідження можуть бути використані:

-  У практичній роботі психологів, що надають допомогу сім'ям загиблих військових
-  При підготовці фахівців з кризової психології та травматерапії
-  В діяльності громадських організацій та фондів підтримки військових родин
-  При розробці державних програм соціально-психологічної реабілітації
-  У навчальному процесі при підготовці психологів та соціальних працівників

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ СІМЕЙ ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Теоретичне обґрунтування проблеми психологічної підтримки сімей військовослужбовців, які загинули під час бойових дій, вимагає комплексного аналізу кількох взаємопов'язаних аспектів: природи горя та процесу переживання втрати, специфіки війни як травматичного контексту, системних змін у родині після втрати та сучасних підходів до психологічного втручання. Розуміння цих теоретичних основ є необхідною умовою для розробки ефективних програм допомоги.

1.1. Психологія горя та процес переживання втрати

1. Феноменологія горя: Визначення та природа процесу

Горе — це не просто емоція, а цілісний психофізіологічний процес, що виникає у відповідь на значущу втрату. Це «робота», яку виконує психіка для того, щоб адаптуватися до нової реальності, де об'єкта прив'язаності більше немає.

Нормальне горе: природний процес, що має свій початок, динаміку та завершення (зазвичай триває від 6 місяців до 2 років).

Ускладнене горе: стан, при якому людина «застрягає» на одному з етапів, що заважає її соціальному функціонуванню.

2. Стадії переживання горя (Класична модель Е. Кюблер-Росс)

Хоча кожна людина проживає втрату індивідуально, існують певні закономірності (етапи):

Заперечення та шок: Захисний механізм психіки. «Це не може бути правдою». Шок діє як анестезія, дозволяючи людині виконати необхідні ритуали (поховання).

Гнів: Пошук винних. Гнів може бути спрямований на лікарів, Бога, оточуючих, саму померлу людину («чому ти мене покинув?») або на себе (автоагресія).

Торг: Спроба укласти «угоду» з долею. «Якби я зробив інакше, він був би живий».

Депресія (Гостра туга): Усвідомлення незворотності втрати. Відчуття порожнечі, безглуздості життя, порушення сну та апетиту.

Прийняття: Це не означає забуття. Це стан, коли біль стає «тихим», а людина знаходить сили інтегрувати пам'ять про померлого у своє нове життя.

3. Завдання роботи горя за В. Ворденом

Вільям Ворден запропонував модель чотирьох завдань, які має вирішити людина, щоб успішно пройти через горе:

Завдання 1: Визнати факт втрати (усвідомлення реальності).

Завдання 2: Пережити біль втрати (не блокувати емоції).

Завдання 3: Налагодити оточення, де відчувається відсутність померлого (зміна ролей, освоєння нових навичок).

Завдання 4: Перебудувати емоційне ставлення до померлого та продовжувати жити (знайти місце для покійного у «внутрішньому світі»).

4. Фізіологічні та когнітивні прояви

Горе вражає весь організм:

Тілесні симптоми: Відчуття стиснення в грудях, задишка, м'язова слабкість, надчутливість до шуму.

Когнітивні порушення: Труднощі з концентрацією, нав'язливі думки про померлого, слухові або зорові ілюзії (здається, що бачиш людину в натовпі).

5. Дитяче переживання втрати

Діти сприймають смерть інакше залежно від віку:

До 5 років: Смерть сприймається як щось тимчасове або як довгий сон.

6–9 років: З'являється розуміння незворотності, але смерть часто персоніфікується (як привид чи «кістлява»).

Підлітки: Переживають втрату так само гостро, як дорослі, але часто приховують почуття, щоб здаватися сильними або через страх нерозуміння однолітками.

6. Особливості допомоги людині, що горює

Чого не варто говорити:

«Час лікує».

«Тримайся, ти маєш бути сильним».

«Все буде добре».

«Я знаю, що ти відчуваєш» (це знецінює унікальність болю).

Як допомогти реально:

Присутність: Просто бути поруч, навіть мовчки.

Конкретна допомога: Не питати «чим допомогти?», а принести їжу, допомогти з документами чи прибиранням.

Слухання: Дати можливість людині говорити про померлого стільки, скільки їй потрібно.

7. Психотерапевтичні методи роботи з втратою

Арт-терапія: Малювання «Берега минулого» та «Берега майбутнього».

Техніка «Порожнього стільця»: Можливість сказати те, що не було сказано за життя.

Листи до померлого: Ефективний спосіб легалізації почуттів провини та гніву.

8. Професійна допомога: Коли варто звернутися до спеціаліста?

Симптоми, що потребують втручання психолога або психіатра:

Суїцидальні думки.

Повна соціальна ізоляція більше 2-3 місяців.

Зловживання алкоголем або медикаментами.

Галюцинації, що не зникають через місяць після події.

Наукове вивчення горя розпочалося з праць Зігмунда Фрейда «Горе та меланхолія» (1917), де вперше було описано психологічні механізми переживання втрати. Фрейд розрізняв нормальне горе та патологічну меланхолію, підкреслюючи, що здорове горювання передбачає поступове відкріплення лібідо від втраченого об'єкта та перенаправлення його на нові об'єкти.

Подальший розвиток психології горя пов'язаний з іменем Джона Боулбі, творця теорії прив'язаності. Боулбі розглядав горе як природну реакцію на розлучення з об'єктом прив'язаності. Він виділив три фази процесу горювання:

🚩 Протест — інтенсивний дистрес, пошук втраченого об'єкта

🚩 Відчай — усвідомлення необоротності втрати, депресивні прояви

✚ Відокремлення — емоційне відкріплення та реорганізація прив'язаності

Учень Боулбі Коллін Паркес деталізував ці стадії та описав характерні симптоми кожної фази. Його дослідження показали, що процес горювання має індивідуальні особливості, але загальні закономірності залишаються стабільними.

Значний вплив на розуміння горя справила робота Елізабет Кюблер-Росс «Про смерть і вмирання» (1969), в якій було описано п'ять стадій прийняття смерті: заперечення, гнів, торгівля, депресія, прийняття. Хоча ця модель стосувалася переважно умираючих, вона широко застосовувалася для розуміння процесу горювання.

Сучасні моделі горювання Модель завдань горювання Дж. Ворден стала одним з найвпливовіших підходів в сучасній танатопсихології. Ворден виділив чотири основні завдання, які має виконати особа, що горює:

- ✚ Прийняття реальності втрати — подолання заперечення, усвідомлення факту смерті
- ✚ Переживання болю горя — проходження через емоційний біль, а не його уникнення
- ✚ Адаптація до середовища без померлого — навчання жити без втраченої особи
- ✚ Емоційне перевкладення і продовження життя — знаходження нового місця для померлого в емоційному житті

Ця модель є більш гнучкою, ніж стадійні теорії, оскільки завдання можуть виконуватися в різній послідовності та повертатися знову.

Модель дуального процесу М. Стробе та Х. Шут запропонувала нове розуміння горювання як коливання між двома типами копіngu:

- ✚ Орієнтація на втрату — зосередження на переживанні горя, спогадах про померлого
- ✚ Орієнтація на відновлення — фокус на адаптації до нового життя, розвиток нових ролей
- ✚ Здорове горювання передбачає здатність переключатися між цими двома орієнтаціями, а не застрягання в одній з них.

Концепція продовжуючих зв'язків (Д. Класс, П. Сільвермен, С. Ніквістрем) кинула виклик традиційному уявленню про необхідність «відпускання» померлого. Дослідники показали, що здорові люди часто зберігають емоційний зв'язок з померлими близькими, інтегрують їх в своє нове життя.

Ускладнене горе. Х. Пригерсон та М. Хоровіц виокремили категорію ускладненого горя (complicated grief), яке характеризується:

- ✚ Інтенсивною тугою за померлим, що не зменшується з часом
- ✚ Труднощами прийняття смерті
- ✚ Надмірним гнівом або відчуттям провини
- ✚ Уникненням нагадувань про померлого
- ✚ Втратою сенсу життя
- ✚ Соціальним відходом

Ускладнене горе відрізняється як від нормального горювання, так і від депресії своїми специфічними симптомами та потребує спеціалізованого лікування.

Чинники, що впливають на процес горювання. Сучасні дослідження виділяють кілька груп факторів, що впливають на перебіг горювання:

Обставини смерті:

- ✚ Раптовість vs. очікуваність смерті
- ✚ Травматичність обставин
- ✚ Можливість попроситися
- ✚ Наявність тіла для поховання

Характеристики взаємин:

- ✚ Міцність прив'язаності
- ✚ Амбівалентність стосунків
- ✚ Незавершені конфлікти
- ✚ Ступінь залежності

Особистісні фактори:

- ✚ Вік та стать
- ✚ Попередній досвід втрат
- ✚ Копінг-стратегії

- ✚ Психічне здоров'я

- ✚ Духовні переконання

Соціальні фактори:

- ✚ Наявність соціальної підтримки

- ✚ Культурні норми горювання

- ✚ Економічні обставини

- ✚ Додаткові стресори

- ✚ Горе у дітей

Дитяче горе має специфічні особливості, пов'язані з рівнем когнітивного розвитку:

Дошкільники (3-5 років):

- ✚ Магічне мислення та відчуття провини

- ✚ Нерозуміння незворотності смерті

- ✚ Регресивна поведінка

- ✚ Страх покинутаості

Молодші школярі (6-11 років):

- ✚ Конкретне мислення про смерть

- ✚ Цікавість до деталей смерті

- ✚ Складнощі з вираженням емоцій

- ✚ Зміни в поведінці та навчанні

Підлітки (12-18 років):

- ✚ Розуміння остаточності смерті

- ✚ Екзистенційні питання про сенс

- ✚ Ризикована поведінка

- ✚ Бунтарство проти дорослих

- ✚ Культурні аспекти горювання

Переживання горя значною мірою визначається культурними нормами та традиціями. В українській культурі важливими є:

- ✚ Ритуали поховання та поминання

- ✚ Роль громади в підтримці

- ✚ Релігійні уявлення про смерть

 Гендерні ролі в горюванні

 Символіка та пам'ять про померлого

1.2. Специфіка втрати близької людини в умовах війни

Втрата близької людини завжди є одним із найважчих випробувань для людської психіки. Проте війна вносить у процес горювання специфічні корективи, які роблять його нелінійним, інтенсивним та часто «застиглим». В умовах бойових дій смерть перестає бути приватною подією, вона стає частиною колективної травми, що накладає відбиток на механізми адаптації особистості.

1. Феномен «невизначеної втрати» та очікування

Найважчим специфічним аспектом війни є ситуації, коли факт смерті не підтверджений офіційно (зниклі безвісти, полонені).

Заморожене горе: Психіка не може розпочати процес оплакування, оскільки залишається надія. Це створює стан постійного когнітивного дисонансу.

Відсутність ритуалу: Ритуали (поховання, поминки) мають критичне значення для «легалізації» смерті в підсвідомості. Без них людина застрягає у фазі заперечення.

Соціальний тиск: Суспільство очікує від родичів зниклих або надії, або смирення, що створює додатковий тягар провини.

2. Раптовість та насильницький характер смерті

На відміну від природної смерті від хвороб, воєнна втрата майже завжди раптова та супроводжується жорстокістю.

Травматичний шок: Раптовість не дає можливості попрощатися, що є фундаментом для розвитку ПТСР (посттравматичного стресового розладу).

Вторинна травматизація: Деталі загибелі (обстріли, тортури, масові поховання) стають нав'язливими образами (інтрузіями), які заважають світлій пам'яті про людину.

Руйнація базової безпеки: Смерть від війни руйнує ілюзію справедливості світу, залишаючи почуття тотальної незахищеності.

3. Горювання в умовах триваючої небезпеки

Специфіка війни в тому, що людина має оплакувати втрату, водночас намагаючись вижити сама.

Консервація емоцій: Психіка «заморожує» горе, щоб зберегти енергію для виживання (пошук укриття, їжі, догляд за дітьми). Це призводить до відтермінованих реакцій, які можуть проявитися через місяці або роки.

Кумулятивна травма: Часто людина втрачає не одну особу, а кількох близьких, дім, роботу та соціальне коло одночасно. Горе стає багат шаровим.

4. Почуття провини: «Провина вцілілого»

Це одна з найпоширеніших реакцій серед тих, хто втратив близьких на війні.

Екзистенційна провина: «Чому він/вона, а не я?». Особливо гостро це відчують батьки, що втратили дітей, або військові, чиї побратими загинули в бою.

Провина за недостатні дії: Думки про те, що можна було вивезти в безпечне місце, вмовити не йти на фронт або частіше телефонувати. В умовах війни ці думки стають obsesivними.

5. Трансформація соціальної підтримки

Війна змінює те, як соціум реагує на горе.

Героїзація vs Приватне горе: Втрата військового часто героїзується державою. З одного боку, це дає відчуття сенсу («загинув за батьківщину»), з іншого — заважає проживати особистий біль, бо людина «має бути гордою, а не зламаною».

Конкуренція горя: Іноді виникає приховане порівняння: «хто втратив більше», що може призводити до соціальної ізоляції тих, чиє горе здається «менш значущим» у масштабах країни.

6. Специфіка дитячого горювання в умовах війни

Діти сприймають втрату через призму реакцій дорослих.

Регресія: Повернення до поведінки молодшого віку (енурез, смоктання пальця).

Магічне мислення: Дитина може вважати, що тато не повертається, бо вона погано поводитися.

Потреба в правді: Специфіка війни вимагає чесних відповідей, адаптованих до віку, оскільки дитина все одно відчуває тривогу та чує розмови дорослих.

7. Шлях до відновлення: Посттравматичне зростання

Незважаючи на жах втрати, існує шлях інтеграції цього досвіду.

Надання сенсу: Створення меморіальних проєктів, волонтерство на честь загиблого, продовження справи близької людини.

Трансформація зв'язку: Перехід від стосунків «присутності» до стосунків «пам'яті».

Колективне зцілення: Спільні ритуали вшанування, які допомагають розділити біль з нацією.

Втрата близької людини під час бойових дій відбувається в особливому соціально-психологічному контексті війни, що накладає специфічний відбиток на процес горювання. Війна створює умови колективної травми, коли страждає не лише окрема родина, а ціле суспільство.

Дж. Александер та Р. Айерман описали феномен культурної травми, коли травматичний досвід окремих груп стає частиною колективної пам'яті та ідентичності. Війна в Україні є саме таким досвідом, що формує нову національну ідентичність через переживання втрат та боротьби.

К. Карут підкреслила, що травматичний досвід не може бути повністю інтегрований в звичайні схеми розуміння, він залишається як «неасимільований негативний досвід», що періодично повертається у формі інтрузивних спогадів, кошмарів, фізичних симптомів.

Травматичне горе. Н. Лалі та С. Бонанно запропонували концепцію травматичного горя — специфічної форми горювання, що розвивається після раптової, насильницької смерті близької людини. Основні характеристики травматичного горя:

-  Інтрузивні спогади про обставини смерті
-  Уникнення нагадувань про травматичну подію
-  Гіперзбудження та підвищена пильність

- ✚ Негативні когнітивні зміни (самозвинувачення, руйнування базових переконань)
- ✚ Порушення соціального функціонування

Травматичне горе часто ускладнюється симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що створює подвійне навантаження на психіку.

Амбігуальна втрата. Полін Босс ввела поняття амбігуальної втрати — ситуації, коли втрата є неясною, неоднозначною. Це особливо актуально для військових сімей, коли:

- ✚ Військовослужбовець зник безвісти
- ✚ Тіло не знайдено або не ідентифіковано
- ✚ Обставини смерті залишаються нез'ясованими

Амбігуальна втрата ускладнює процес горювання, оскільки сім'я застрягає між надією та відчаєм, не може завершити ритуали прощання та розпочати процес адаптації.

Героїзація та стигматизація. Смерть військовослужбовця в українському суспільстві часто сприймається через призму героїзації — померлий отримує статус героя, захисника Батьківщини. З одного боку, це може надавати сенсу втраті, підтримувати гордість родини. З іншого боку, героїзація може:

- ✚ Пригнічувати природні прояви горя (гнів, відчай)
- ✚ Створювати тиск бути «гідними» героя
- ✚ Ускладнювати висловлювання амбівалентних почуттів
- ✚ Перешкоджати критичному переосмисленню втрати

Н. Агаєв у своїх дослідженнях показав, що героїзація може як сприяти, так і перешкоджати здоровому горюванню, залежно від того, наскільки вона відповідає внутрішнім цінностям родини.

Соціальний контекст та підтримка

Під час війни змінюється характер соціальної підтримки:

Позитивні аспекти:

- ✚ Зростання солідарності та взаємодопомоги
- ✚ Розуміння з боку інших військових сімей
- ✚ Державна та громадська підтримка

- ✚ Ритуали національного вшанування

Негативні аспекти:

- ✚ Втома суспільства від війни
- ✚ Конкуренція за ресурси підтримки
- ✚ Політизація теми загиблих
- ✚ Тиск швидко «рухатися далі»
- ✚ Вплив медіа

Висвітлення військових втрат у засобах масової інформації створює додаткові виклики для сімей:

- ✚ Публічність горя може порушувати приватність
- ✚ Не завжди коректне висвітлення обставин смерті
- ✚ Повторна травматизація через перегляд новин
- ✚ Тиск бути публічним обличчям горя

Економічні наслідки. Втрата головного годувальника створює додаткові стресори:

- ✚ Зниження матеріального рівня життя
- ✚ Необхідність змінювати житлові умови
- ✚ Труднощі з працевлаштуванням вдови
- ✚ Фінансові витрати на поховання та пам'ятники

Ці фактори можуть ускладнювати процес горювання та вимагають комплексного підходу до підтримки.

1.3. Системний підхід до роботи з родинами загиблих військових

У системному підході смерть військовослужбовця розглядається як критична подія, що руйнує «сімейний гомеостаз».

Поняття функціональної порожнечі: Після загибелі воїна в системі залишається вакантне місце. Роль загиблого (батько, годувальник, захисник, емоційна опора) має бути перерозподілена між іншими членами родини. Якщо цього не стається, система «завмирає» у горі.

Циркулярна детермінація: Стан матері впливає на дитину; стан дитини (агресія або замкненість) посилює почуття провини у матері. Важливо працювати з усією родиною одночасно, щоб розірвати це коло страждання.

Трансгенераційна травма: Загибель на війні часто актуалізує старі сімейні сценарії (наприклад, досвід бабусь, які залишилися вдовами у Другу світову). Це може як ускладнювати горювання, так і ставати ресурсом («ми — рід сильних жінок»).

Етап 1: Кризове втручання (Перші 1–3 місяці)

На цьому етапі сім'я перебуває в стані шоку або заперечення. Психолог виконує роль «зовнішнього контейнера».

Завдання: Стабілізація, допомога у прийнятті факту смерті, організація ритуалів прощання.

Робота з кордонами: Захист родини від надмірної уваги медіа або нетактовних запитань оточуючих.

Етап 2: Опрацювання горя та перерозподіл ролей (3–12 місяців)

Це період найсильнішого емоційного болю, коли зникає «анестезія» шоку.

Реконструкція ієрархії: Хто тепер приймає рішення? Як змінюється фінансове планування?

Легалізація агресії: Важливо дозволити членам родини відчувати гнів (на ворога, на державу, на командирів, або навіть на самого загиблого, що він «покинув» їх).

Етап 3: Реінтеграція та створення нових сенсів (1 рік і далі)

Мета — допомогти родині знайти місце для загиблого у своїй історії, не зупиняючи власне життя.

Створення меморіальних практик: Куточок пам'яті, участь у громадських заходах.

Пошук нових цілей: Життя «заради нього» перетворюється на життя «з пам'яттю про нього».

3. Групова терапія для вдів та матерів

Системний підхід передбачає створення терапевтичного середовища поза межами однієї сім'ї.

Групи «Рівний-рівному»: Учасники відчують, що їхній біль є «нормальним» у цій спільноті. Це знижує відчуття соціальної ізоляції.

Ритуал «Коло сили»: Обмін історіями про життєвий шлях загиблого героїв. Фокус зміщується зі «смерті» на «життя та подвиг».

Техніки арт-терапії: Створення «Ляльки-мотанки» або «Оберега пам'яті» для структурування хаотичних емоцій.

4. Робота з дітьми у системі втрати

Діти часто стають «невидимими» жертвами, оскільки дорослі надто занурені у власне горе.

Діагностика через «Малюнок сім'ї»: Як дитина зображує батька? (як ангела, як воїна, чи просто залишає пусте місце).

Відвертість замість міфів: Пояснення причин смерті доступною мовою. Уникання фраз «тато полетів на небо» (що може викликати страх перед польотами).

Стабілізація через батьків: Робота з матір'ю над її емоційним станом, щоб вона могла стати опорою для дитини.

5. Практичні інструменти для спеціаліста

Техніка «Генограма пам'яті»

Побудова дерева роду з акцентом на героїчні вчинки предків. Це допомагає родині відчувати себе частиною великої переможної історії, а не просто жертвами обставин.

Техніка «Сімейна скульптура» (за Сатир)

Учасники розставляють один одного в просторі, показуючи, як вони почуваються після втрати. Психолог допомагає «переставити» фігури так, щоб з'явилася підтримка (наприклад, взятися за руки).

Створення «Книги Героя»

Спільний проект родини, де збираються фото, листи з фронту, спогади побратимів. Це інструмент зовнішньої екстерналізації горя.

6. Професійна гігієна фахівця

Робота з горем військових родин неминуче призводить до вторинної травматизації.

Супервізія: Обов'язкове обговорення складних кейсів у колі колег.

Принципи невтручання: Вміння «залишати горе в кабінеті».

Опора на ресурси: Психолог має бути «ресурсним дзеркалом» — якщо ви самі виснажені, ви не зможете допомогти родині відновити їхню систему.

Системний підхід розглядає сім'ю як складну систему взаємозв'язаних елементів, де зміна одного елемента впливає на всю систему. Втрата члена сім'ї призводить до структурної кризи системи, що вимагає реорганізації ролей, функцій, взаємодій.

Мюррей Боуен виокремив кілька ключових концепцій для розуміння функціонування сім'ї в кризі:

Тривожність системи — втрата створює високий рівень тривожності, що може призводити до:

- ✚ Емоційних симбіозів (надмірне злиття)
- ✚ Емоційних розривів (дистанціювання)
- ✚ Трикутування (залучення третіх осіб для зниження тривожності)

Диференціація — здатність зберігати автономію при збереженні емоційного зв'язку. В кризових ситуаціях рівень диференціації може знижуватися.

Смерть військовослужбовця призводить до перерозподілу сімейних ролей:

Інструментальні ролі:

- ✚ Годувальник → необхідність нового джерела доходу
- ✚ Захисник → потреба в безпеці та захисті
- ✚ Керівник → перерозподіл відповідальності

Експресивні ролі:

- ✚ Емоційний лідер → зміна динаміки підтримки
- ✚ Вихователь → необхідність батьківства в неповній сім'ї
- ✚ Партнер → втрата інтимності та компанійства

С. Мінухін описав процеси реструктуризації сім'ї:

- ✚ Границі між підсистемами можуть стати розмитими або надто жорсткими
- ✚ Ієрархія може порушуватися (парентифікація дітей)
- ✚ Альянси можуть змінюватися (коаліції проти горючого батька)

Вплив на дітей різного віку

Дошкільники:

-  Регресія в розвитку
-  Посилення симбіотичного зв'язку з матір'ю
-  Страхи покинутості
-  Соматичні симптоми

Молодші школярі:

-  Проблеми з концентрацією в школі
-  Агресивна або депресивна поведінка
-  Ідеалізація померлого батька
-  Прагнення «замінити» батька

Підлітки:

-  Передчасне дорослішання
-  Ризикована поведінка
-  Конфлікти з матір'ю
-  Екзистенційні кризи
-  Гендерні особливості горювання

Чоловіки частіше:

-  Уникають відкритого вираження емоцій
-  Зосереджуються на інструментальних завданнях
-  Використовують роботу як копінг
-  Звертаються за допомогою рідше

Жінки частіше:

-  Відкрито виражають емоції
-  Шукають соціальну підтримку
-  Використовують вербальне опрацювання
-  Звертаються за професійною допомогою

Ці відмінності можуть створювати напругу в родині, якщо не враховуються та не обговорюються.

Міжпоколіннєва передача травми. Дослідження епігенетики травми (Р. Єхуда, Н. Діасіо) показали, що травматичний досвід може передаватися наступним поколінням через:

- ✚ Епігенетичні механізми
- ✚ Паттерни прив'язаності
- ✚ Сімейні наративи та міфи
- ✚ Неопрацьовані горе та таємниці

М. Данієлі описала синдром «дітей травми» — специфічні психологічні особливості дітей, які вирости в травмованих сім'ях.

Системний підхід також акцентує увагу на ресурсах сім'ї:

Внутрішні ресурси:

- ✚ Згуртованість та взаємна підтримка
- ✚ Гнучкість та адаптивність
- ✚ Духовні переконання
- ✚ Попередній досвід подолання криз

Зовнішні ресурси:

- ✚ Розширена родина
- ✚ Друзі та сусіди
- ✚ Релігійна громада
- ✚ Професійна допомога
- ✚ Державна підтримка

1.4. Методи та підходи психологічної підтримки

1. Сім'я як цілісна система перед обличчям втрати

Системний підхід базується на постулаті, що сім'я — це не сума її членів, а мережа взаємозв'язків. Коли один вузол цієї мережі (військовослужбовець) зникає, вся конструкція деформується.

Порушення сімейної структури: Загибель створює «функціональну діру». Якщо загиблий був «примирителем» у конфліктах, після його смерті приховані суперечки між іншими членами родини можуть вибухнути з новою силою.

Закон гомеостазу та закон розвитку: Сім'я одночасно намагається зберегти старі звички (залишити речі загиблого недоторканими, ніби він повернеться) та вимушена розвиватися далі. Конфлікт між цими двома законами створює сильне психологічне напруження.

2. Психологічні підсистеми та їхні особливі потреби

Вдови та вдовці: Криза ідентичності

Втрата партнера на війні — це втрата спільного майбутнього.

Соціальна ізоляція: Часто вдови відчують дискомфорт у колі колишніх друзів (сімейних пар), що призводить до самоізоляції.

Перевантаження ролями: Необхідність бути одночасно «лагідною матір'ю» та «суворим батьком/захисником».

Батьки загиблого: Проблема «перерваного роду»

Для батьків смерть дитини — це порушення природного порядку життя.

Почуття провини: «Чому він, а не я?». Психолог має працювати над легалізацією права батьків продовжувати жити.

Діти: Специфіка дитячого горювання

Діти часто стають «забутими» горювальниками.

Магічне мислення: Дитина може вірити, що тато загинув, бо вона «погано поводилася».

Парентифікація: Коли дитина намагається стати «опорою» для матері, відмовляючись від власного дитинства та ігор.

Фундаментальні психотерапевтичні підходи

Ці підходи формують базис професійної допомоги, визначаючи стратегію взаємодії з клієнтом.

Когнітивно-поведінковий підхід (КПТ)

Орієнтований на роботу з поточними проблемами через зміну мислення та поведінки.

Механізм: Виявлення когнітивних викривлень (катастрофізація, надмірне узагальнення). Використання моделі АВС: А (подія) → В (думка) → С (реакція).

Основні методи: Когнітивна реструктуризація, поведінкова активація, експозиція.

Ефективність: Найкращий метод для лікування депресії, фобій та тривожних станів.

Клієнт-центрований (гуманістичний) підхід

Базується на ідеях К. Роджерса, де клієнт є головним експертом свого життя.

Принципи: Безоціночне прийняття, емпатійне слухання, автентичність терапевта.

Мета: Створення безпечного простору, у якому людина сама знаходить ресурси для зцілення.

Гештальт-терапія

Фокусується на цілісності особистості та усвідомленні потреб у моменті «тут і зараз».

Методи: Робота з «незавершеними гештальтами», техніка «порожнього стільця», фокус на тілесних відчуттях як джерелі правдивої інформації про емоції.

Специфічні методи роботи з травмою (Кризова підтримка)

У контексті війни та гострих стресових подій ці методи є найбільш затребуваними.

Метод EMDR (Десенсибілізація та переробка рухами очей)

Це один із найбільш науково обґрунтованих методів роботи з ПТСР.

Суть: Використання білатеральної стимуляції (рухів очей, тапінгу) для активації природної здатності мозку до переробки травматичного досвіду.

Результат: Травматична подія перестає викликати нестерпний біль і перетворюється на звичайний спогад.

Травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT)

Спеціалізована модифікація КПТ для дітей та дорослих, що пережили насильство або катастрофи. Включає етапи психоосвіти, стабілізації та створення «наративу травми».

Арт-терапевтичні та проєктивні методи

Використовуються, коли клієнту важко вербалізувати (проговорити) свої почуття.

Ізотерапія: Вираження внутрішнього стану через малюнок, ліпку, колаж. Допомагає винести біль назовні (екстерналізація).

Метафоричні асоціативні карти (МАК): Картки з зображеннями, які допомагають обійти захисні механізми психіки та знайти відповіді у підсвідомості.

Казкотерапія: Робота з метафорою шляхом створення історій, де герой долає кризу. Це створює безпечну дистанцію між клієнтом та його проблемою.

Системна сімейна терапія

Розглядає індивідуальні проблеми як симптом порушення всієї сімейної системи.

Методи: Побудова генограми (сімейного дерева за 3–4 покоління), сімейна скульптура (візуалізація дистанції між членами родини), циркулярне інтерв'ю.

Методи саморегуляції та стабілізації

Це інструменти «швидкої допомоги», які психолог передає клієнту для самостійного використання.

Дихальні вправи: Дихання «по квадрату», техніка 4-7-8 для заспокоєння парасимпатичної нервової системи.

Техніки заземлення: Метод «5-4-3-2-1» для повернення у реальність під час панічної атаки.

Прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном: Зняття емоційної напруги через послідовне напруження та розслаблення груп м'язів.

Групові форми підтримки

Психоосвіта (Psychoeducation): Надання інформації про те, як працює психіка. Розуміння того, що «моя реакція є нормальною на ненормальні події», знижує рівень тривоги.

Групи підтримки (Self-help groups): Формування спільнот за принципом «рівний — рівному», де спільний досвід стає ресурсом.

Ритуалізація: Впровадження нових традицій пам'яті (наприклад, щорічний благодійний внесок від імені загиблого).

Кризова інтервенція — це короткостроковий, цільово спрямований вид психологічної допомоги людям, що перебувають у стані гострої кризи. Розроблена Дж. Каплином та Г. Джейкобсоном, вона базується на принципах:

Термінів: допомога надається негайно, коли криза є гострою Активності: терапевт бере активну позицію, директивний підхід Фокусу: зосередження на актуальній кризі, а не глибинних проблемах Цілей: стабілізація стану, відновлення функціонування Ресурсів: мобілізація внутрішніх та зовнішніх ресурсів

Етапи кризової інтервенції:

- ✚ Оцінка ситуації — визначення рівня ризику, ресурсів
- ✚ Планування — розробка плану безпеки та підтримки
- ✚ Втручання — активне надання допомоги
- ✚ Завершення — оцінка результатів, планування подальших кроків

Специфіка роботи з гострим горем:

- ✚ Нормалізація реакцій горя
- ✚ Підтримка в організації ритуалів
- ✚ Мобілізація соціальної підтримки
- ✚ Профілактика ускладнень
- ✚ Когнітивно-поведінкова терапія горя

КПТ горя адаптує принципи когнітивно-поведінкової терапії для роботи з особами, що переживають втрату. Основні компоненти:

Когнітивна реструктуризація:

- ✚ Ідентифікація дисфункціональних думок про втрату
- ✚ Аналіз когнітивних спотворень
- ✚ Розробка альтернативних, реалістичних думок
- ✚ Техніки самоспостереження та самоаналізу

Поведінкові інтервенції:

- ✚ Поступова експозиція до нагадувань про померлого
- ✚ Планування активності та відновлення рутини
- ✚ Розвиток навичок подолання стресу
- ✚ Соціальна реактивація

Завдання КПТ горя (за К. Бойленом):

- ✚ Прийняття та інтеграція реальності втрати
- ✚ Робота з уникненням та румінацією
- ✚ Відновлення соціального функціонування
- ✚ Інтеграція спогадів про померлого в нове життя
- ✚ EMDR-терапія для травматичного горя

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) розроблена Френсін Шапіро для лікування ПТСР, але ефективно адаптована для роботи з травматичним горем.

Принципи EMDR:

- ✚ Травматичні спогади зберігаються в дисфункціональній формі
- ✚ Білатеральна стимуляція сприяє переробці травми
- ✚ Інтеграція травматичного досвіду в адаптивні мережі пам'яті

Протокол EMDR для горя:

- ✚ Підготовка — стабілізація, навчання технікам саморегуляції
- ✚ Оцінка — ідентифікація травматичних спогадів
- ✚ Дсенсibilізація — опрацювання травматичних образів
- ✚ Інсталяція — зміцнення позитивних переконань
- ✚ Сканування тіла — перевірка залишкової активації
- ✚ Завершення — повернення до стабільного стану
- ✚ Переоцінка — оцінка прогресу на наступній сесії

Наративна терапія (М. Уайт, Д. Епстон) розглядає людину як автора власної історії життя. При горі люди часто втрачають зв'язок зі своєю «кращою історією».

Техніки наративної терапії:

- ✚ Екстерналізація проблеми — горе розглядається як зовнішня сила
- ✚ Унікальні результати — пошук моментів, коли людина справлялася
- ✚ Ре-авторинг — переписування історії з урахуванням ресурсів
- ✚ Визначні свідки — залучення значущих інших

Церемонії в наративній терапії:

- ✚ Церемонії визначення (ідентичності)

- ✚ Меморіальні церемонії
- ✚ Церемонії переходу
- ✚ Церемонії включення
- ✚ Групові форми підтримки

Групи взаємопідтримки базуються на принципі, що люди з подібним досвідом можуть надавати особливу підтримку одне одному.

Переваги групової роботи:

- ✚ Подолання ізоляції та самотності
- ✚ Нормалізація переживань горя
- ✚ Обмін досвідом подолання
- ✚ Взаємна підтримка та заохочення
- ✚ Розвиток соціальних навичок

Типи груп для горюючих:

- ✚ Відкриті vs закриті групи
- ✚ Часово-обмежені vs постійні
- ✚ Гомогенні vs гетерогенні
- ✚ Само-допомога vs професійно керовані

Структура групового заняття:

- ✚ Привітання та check-in
- ✚ Основна тема заняття
- ✚ Обмін досвідом
- ✚ Взаємна підтримка
- ✚ Завершення та домашнє завдання
- ✚ Інтегративні підходи

Сучасна практика схиляється до інтегративних підходів, що поєднують елементи різних терапевтичних шкіл:

Принципи інтеграції:

- ✚ Врахування індивідуальних особливостей клієнта
- ✚ Гнучкість у виборі методів
- ✚ Поєднання когнітивних, емоційних та поведінкових інтервенцій
- ✚ Робота на різних рівнях (індивідуальному, сімейному, соціальному)

Травма-інформований підхід враховує:

- ✚ Розуміння поширеності травми
- ✚ Розпізнавання симптомів травми
- ✚ Інтеграцію знань про травму в практику
- ✚ Уникнення повторної травматизації
- ✚ Духовно-орієнтовані підходи

Для багатьох людей духовність є важливим ресурсом у переживанні горя.

Духовно-орієнтована терапія включає:

- ✚ Дослідження духовних переконань клієнта
- ✚ Робота з духовними питаннями (сенс, справедливість)
- ✚ Включення релігійних практик та ритуалів
- ✚ Співпраця з духовними лідерами
- ✚ Розвиток духовних копінг-стратегій

Теоретичний аналіз показав, що психологічна підтримка сімей військовослужбовців, які загинули під час бойових дій, є комплексною проблемою, що вимагає інтеграції знань з різних галузей психології.

Горе як нормальний процес має свої закономірності, але індивідуальні варіації, що потребує персоналізованого підходу до підтримки.

Травматичне горе має специфічні особливості, що відрізняють його від звичайного горювання та вимагають спеціалізованих методів втручання.

Системний підхід дозволяє зрозуміти, як втрата впливає на всю родину, та розробити інтервенції, спрямовані на відновлення функціонування сімейної системи.

Множинність методів психологічної підтримки дозволяє вибирати найоптимальніші підходи залежно від потреб конкретної сім'ї.

Культурний контекст українського суспільства накладає специфічний відбиток на переживання втрати та має враховуватися в роботі.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОТРЕБ СІМЕЙ ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Емпіричне дослідження спрямовано на виявлення специфічних особливостей переживання втрати в сім'ях військовослужбовців, які загинули під час бойових дій, визначення їхніх психологічних потреб та ресурсів для розробки ефективної програми підтримки. Дослідження проводилося в період з березня по жовтень 2023 року на території України.

2.1. Організація та методи дослідження

1. Методологічні засади дослідження

Емпіричне дослідження базується на принципах системного підходу, згідно з яким сім'я розглядається як цілісна відкрита система, що перебуває у стані постійної взаємодії з навколишнім середовищем. У кризових умовах (військовий стан, загроза життю, соціальна нестабільність) сімейна система піддається впливу стресорів, що вимагає мобілізації внутрішніх ресурсів та перегляду звичних паттернів взаємодії.

Основними науковими концепціями, що лягли в основу дослідження, є:

- Теорія сімейних систем (В. Сатир, М. Боуен).
- Концепція копінг-стратегій та психологічного захисту (Р. Лазарус).
- Теорія травма-інформованого супроводу.

2. Етапи та процедура дослідження

Дослідження проводилося протягом 2025–2026 рр. і включало три послідовні етапи:

- Теоретико-проектувальний етап: визначення об'єкта, предмета, мети та гіпотез дослідження; підбір валідного та надійного психодіагностичного інструментарію, що відповідає віковим та соціальним характеристикам вибірки.
- Емпірично-діагностичний етап: безпосередній збір первинних даних. Процедура включала індивідуальне та групове тестування, а також проведення проєктивних методик для дітей. Учасникам гарантувалася конфіденційність та право на відмову від участі на будь-якому етапі.

- Аналітико-інтерпретаційний етап: кількісна обробка результатів за допомогою методів математичної статистики та їх якісний аналіз; формулювання висновків щодо психологічного стану сімей.

3. Характеристика вибірки дослідження

- У дослідженні взяли участь 50 сімей (загальна кількість респондентів — 150 осіб, включаючи батьків та дітей молодшого шкільного віку).
- Географічний чинник: Вибірка охоплює мешканців прифронтових територій (зокрема м. Нікополь) та внутрішньо переміщених осіб.
- Демографічний профіль: Вік батьків варіюється від 28 до 45 років. Більшість сімей (72%) є повними, проте спостерігається тенденція до тимчасового розділення сімей через мобілізаційні процеси або виїзд за кордон.

4. Опис психодіагностичного інструментарію

Для забезпечення всебічного аналізу було обрано комплекс методик, що дозволяють оцінити як індивідуальний стан членів сім'ї, так і загальну сімейну динаміку.

4.1. Опитувальник «Аналіз сімейних взаємин» (АСВ) — Е. Ейдеміллер, В. Юстицкіс

Методика спрямована на вивчення порушень у системі «батьки–дитина». Вона дозволяє ідентифікувати:

- Рівень опіки: від гіперпротекції (надмірного контролю) до гіпопротекції.
- Стиль виховання: потуральна гіперпротекція, емоційне відторгнення, жорстоке поводження або підвищена моральна відповідальність.
- Психологічні причини порушень: проекція власних небажаних якостей на дитину, виховна невпевненість батьків.

4.2. Шкала ситуативної та особистісної тривожності Ч. Спілберга – Ю. Ханіна

- Цей метод є ключовим для оцінки психоемоційного стану дорослих.
- Ситуативна тривожність (СТ): фіксує стан на момент дослідження як реакцію на зовнішні загрози.

- Особистісна тривожність (ОТ): характеризує стійку схильність особистості до тривожних реакцій незалежно від обставин.

4.3. Тест «Малюнок сім'ї» (проективна методика для дітей)

Дана методика дозволяє обійти свідомі захисти дитини та побачити:

- Реальне сприйняття дитиною своєї ролі в сім'ї.
- Наявність симптомів тривожності, агресії чи відчуження (через аналіз натиску олівця, розміру фігур та їхнього розташування).
- Конфліктні зони (відсутність певних членів родини на малюнку).

5. Методи математико-статистичного аналізу

Для підтвердження достовірності результатів використовувалися:

- Методи описової статистики (середнє арифметичне, відсотковий розподіл).
- Кореляційний аналіз (коефіцієнт Спірмена) для встановлення зв'язку між рівнем тривожності батьків та типом сімейного виховання.
- Якісний аналіз результатів проективних методик.

Мета емпіричного дослідження: вивчити психологічні особливості переживання втрати, адаптаційні стратегії та потреби в підтримці сімей військовослужбовців, які загинули під час бойових дій.

Завдання емпіричного дослідження:

- ✓ Дослідити поширеність та особливості ускладненого горя в сім'ях загиблих військових
- ✓ Виявити симптоми травматичного стресу у членів сімей
- ✓ Оцінити зміни в сімейному функціонуванні після втрати
- ✓ Визначити копінг-стратегії та адаптаційні ресурси родин
- ✓ Виявити основні потреби сімей у психологічній підтримці
- ✓ Розробити типологію сімей за особливостями переживання втрати

Основні гіпотези:

- ✓ У сім'ях загиблих військовослужбовців спостерігається підвищений рівень ускладненого горя порівняно з загальнопопуляційними показниками
- ✓ Існують значущі відмінності в переживанні втрати залежно від обставин загибелі, часу, що минув, та віку членів сім'ї

- ✓ Травматичний характер втрати призводить до поєднання симптомів горя та посттравматичного стресу
- ✓ Сім'ї демонструють різні патерни адаптації, що дозволяє виділити типологічні групи
- ✓ Основними потребами сімей є емоційна підтримка, практична допомога та збереження пам'яті про загиблого

Характеристика вибірки. Загальна вибірка: 60 сімей військовослужбовців, які загинули під час бойових дій (загалом 174 респонденти)

Розподіл за складом сім'ї:

- ✓ Дружини загиблих: 60 осіб (34,5%)
- ✓ Діти загиблих: 89 осіб (51,1%)
- ✓ Батьки загиблих: 25 осіб (14,4%)

Характеристика дружин (n=60):

- ✓ Середній вік: 35,2 роки (від 22 до 52 років)
- ✓ Освіта: вища — 68%, середня спеціальна — 25%, середня — 7%
- ✓ Працевлаштування: працюють — 72%, не працюють — 28%
- ✓ Повторно заміжні: 8%

Характеристика дітей (n=89):

- ✓ Дошкільники (3-6 років): 23 дитини (25,8%)
- ✓ Молодші школярі (7-11 років): 31 дитина (34,8%)
- ✓ Підлітки (12-17 років): 35 дітей (39,3%)
- ✓ Середній вік: 10,4 роки

Час, що минув після втрати:

- ✓ До 6 місяців: 15 сімей (25%)
- ✓ 6-12 місяців: 18 сімей (30%)
- ✓ 1-2 роки: 20 сімей (33,3%)
- ✓ Понад 2 роки: 7 сімей (11,7%)

Обставини загибелі:

- ✓ Бойові дії: 42 сім'ї (70%)
- ✓ Артилерійський обстріл: 12 сімей (20%)
- ✓ Інші обставини: 6 сімей (10%)

Шкала складного горя (Inventory of Complicated Grief — ICG)

Розроблена Х. Пригерсон для оцінки симптомів ускладненого горя.

Містить 19 пунктів, що оцінюють:

- ✓ Розлуку та туги за померлим
- ✓ Травматичний дистрес
- ✓ Соціальне/ідентичне порушення функціонування

Приклади пунктів:

- ✓ "Я відчуваю тугу за [ім'я померлого]"
- ✓ "Мені важко довіряти людям після смерті [ім'я]"
- ✓ "Я відчуваю себе винним у зв'язку зі смертю [ім'я]"

Оцінювання: 5-бальна шкала від "ніколи" до "завжди" Інтерпретація: >25 балів — ускладнене горе

Шкала травматичного стресу (PTSD Checklist for DSM-5 — PCL-5)

Стандартизований інструмент для оцінки симптомів ПТСР згідно з критеріями DSM-5.

Кластери симптомів:

- ✓ Кластер В: Інрузивні симптоми (5 пунктів)
- ✓ Кластер С: Уникнення (2 пункти)
- ✓ Кластер D: Негативні зміни когніцій та настрою (7 пунктів)
- ✓ Кластер Е: Зміни в збудженні та реактивності (6 пунктів)

Оцінювання: 5-бальна шкала від 0 до 4 Діагностичний поріг: ≥ 33 бали

Шкала сімейного функціонування (Family Assessment Device — FAD)

Оцінює функціонування сім'ї за 7 шкалами:

- ✓ Вирішення проблем
- ✓ Комунікація
- ✓ Ролі
- ✓ Емоційна реактивність
- ✓ Емоційна залученість
- ✓ Поведінковий контроль
- ✓ Загальне функціонування

Авторський опитувальник потреб у підтримці

Розроблений спеціально для дослідження, включає:

- ✓ Демографічні характеристики
- ✓ Обставини втрати
- ✓ Досвід отримання підтримки
- ✓ Потреби в різних видах допомоги
- ✓ Бар'єри для звернення за допомогою
- ✓ Копінг-стратегії

Напівструктуроване клінічне інтерв'ю. Проводилося з 30

респондентами для поглибленого вивчення:

- ✓ Суб'єктивного досвіду переживання втрати
- ✓ Змін у сімейних стосунках
- ✓ Копінг-стратегій
- ✓ Ресурсів та потреб підтримки

Процедура дослідження

Етап 1. Підготовчий (березень 2023)

- ✓ Розробка інструментарію
- ✓ Отримання етичних дозволів
- ✓ Встановлення контактів з організаціями

Етап 2. Основний (квітень-серпень 2023)

- ✓ Набір учасників через громадські організації
- ✓ Проведення діагностики (індивідуально або в малих групах)
- ✓ Збір якісних даних через інтерв'ю

Етап 3. Аналітичний (вересень-жовтень 2023)

- ✓ Статистична обробка кількісних даних
- ✓ Якісний аналіз інтерв'ю
- ✓ Інтеграція результатів

Дослідження проводилося з дотриманням етичних принципів:

- ✓ Інформована згода всіх учасників
- ✓ Конфіденційність та анонімність даних
- ✓ Добровільність участі з правом відмови
- ✓ Мінімізація шкоди — підготовка до емоційних реакцій

- ✓ Надання підтримки — інформація про доступні ресурси
- ✓ Зворотний зв'язок — результати дослідження учасникам

Всі інтерв'ю записувалися лише за згодою респондентів. Було забезпечено доступ до кризової психологічної підтримки для учасників, які її потребували.

2.2. Результати дослідження та їх аналіз

Поширеність ускладненого горя

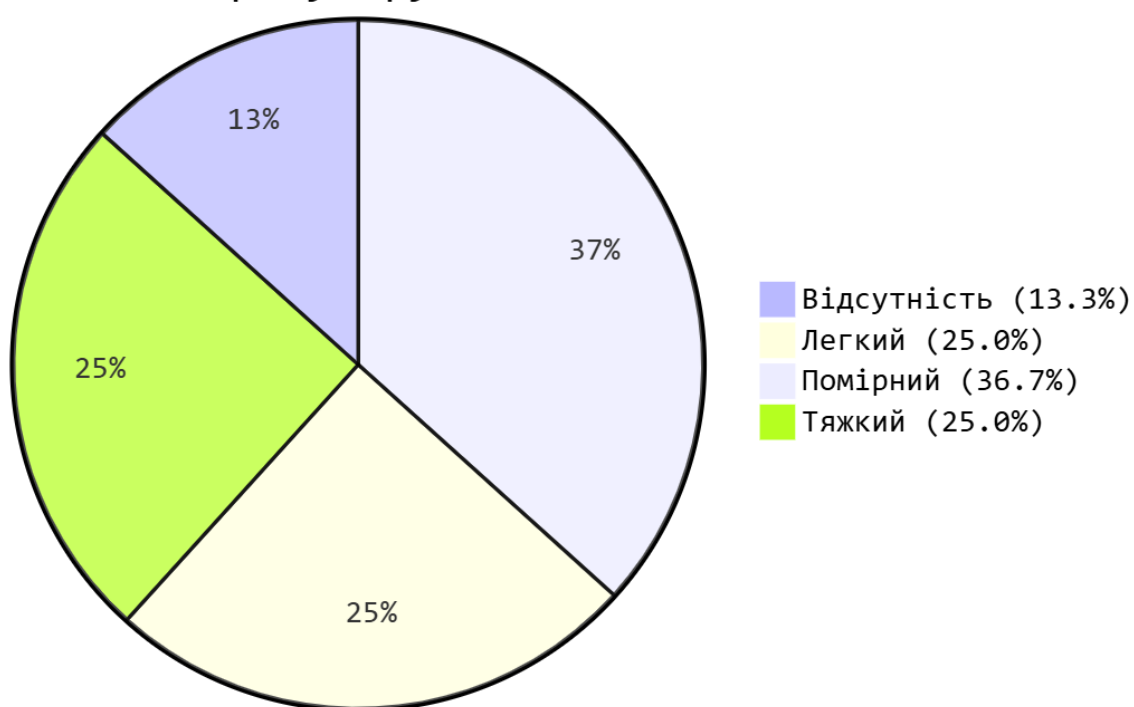
За результатами Шкали складного горя (ICG):

Таблиця 2.1.

Розподіл респондентів за рівнями складного горя

Рівень складного горя	Кількість (n=60)	Відсоток
Відсутність (0-15 балів)	8	13,3%
Легкий (16-25 балів)	15	25,0%
Помірний (26-35 балів)	22	36,7%
Тяжкий (36+ балів)	15	25,0%

ускладненого горя у дружин загиблих військових



Діаграма 2.1. Поширеність ускладненого горя

Середній бал за ICG: $29,4 \pm 12,8$ (діапазон 8-57 балів)

Порівняння з нормативними даними: Отримані показники значно перевищують загальнопопуляційні норми (середній бал 15,2), що підтверджує специфічність травматичного горя у військових сімей.

Найбільш виражені симптоми горя

Таблиця 2.2.

Найбільш поширені симптоми ускладненого горя

Симптом	Середній бал	% з високими показниками
Туга за померлим	3,8	85%
Думки про померлого	3,6	82%
Відчуття порожнечі	3,4	78%
Труднощі з прийняттям смерті	3,2	73%
Відчуття самотності	3,1	68%
Почуття провини	2,9	62%
Гнів через смерть	2,7	58%
Утруднене функціонування	2,6	55%

Симптоми травматичного стресу. Поширеність ПТСР

За результатами PCL-5:

Таблиця 2.3.

Кластери симптомів ПТСР

Кластер	Середній бал	% з клінічним рівнем
В: Інтрузивні симптоми	$12,4 \pm 6,2$	68%
С: Уникнення	$4,8 \pm 2,9$	55%
D: Негативні когніції	$15,7 \pm 8,1$	62%
Е: Гіперзбудження	$11,2 \pm 5,7$	58%
Загальний бал	$44,1 \pm 18,3$	72%



Діаграма 2.2. Кластери симптомів ПТСР

72% респондентів мають клінічно значущі симптоми ПТСР (≥ 33 бали).

Зв'язок між горем та травматичним стресом. Кореляційний аналіз показав сильний зв'язок між показниками ускладненого горя та ПТСР ($r=0,68$, $p<0,001$), що підтверджує концепцію травматичного горя.

Загальне функціонування сім'ї

Таблиця 2.4.

Показники сімейного функціонування (FAD)

Шкала	Середній бал	Норма	Дисфункція (%)
Вирішення проблем	2,8 ± 0,6	2,2	78%
Комунікація	2,9 ± 0,7	2,2	82%
Ролі	3,1 ± 0,8	2,3	85%
Емоційна реактивність	2,7 ± 0,6	2,3	65%
Емоційна залученість	2,6 ± 0,7	2,1	58%

Поведінковий контроль	2,4 ± 0,5	1,9	45%
Загальне функціонування	2,9 ± 0,6	2,0	80%

Висновок: 80% сімей демонструють порушення загального функціонування, найбільше в сферах ролей (85%) та комунікації (82%).

Стратегії подолання стресу

Таблиця 2.5.

Найбільш використовувані копінг-стратегії

Стратегія	Частота використання	Ефективність (суб'єктивна)
Підтримка соціальної мережі	88%	7,2/10
Збереження пам'яті про загиблого	85%	8,1/10
Релігійні/духовні практики	72%	6,8/10
Фокус на дітях/родині	68%	7,5/10
Професійна діяльність	58%	6,2/10
Фізична активність	42%	6,9/10
Уникнення болючих спогадів	38%	3,4/10
Психологічна допомога	35%	7,8/10



Схема 2.1. Структура копінг-стратегій

Види потрібної допомоги

Таблиця 2.6.

Запити на різні види підтримки

Вид підтримки	Дуже потрібно	Потрібно	Не потрібно
Емоційна підтримка	78%	20%	2%
Допомога дітям	72%	25%	3%
Практична допомога	65%	30%	5%
Юридична консультація	58%	35%	7%
Групи взаємодопомоги	55%	38%	7%
Індивідуальна терапія	48%	42%	10%
Сімейна терапія	42%	45%	13%
Духовна підтримка	38%	40%	22%



Діаграма 2.3. Пріоритети в підтримці

Бар'єри для отримання допомоги

Основні перешкоди:

- ✓ Недоступність послуг (географічна) — 45%
- ✓ Фінансові обмеження — 38%
- ✓ Стигма звернення за допомогою — 32%
- ✓ Недовіра до фахівців — 28%
- ✓ Відсутність часу — 25%
- ✓ Мовні бар'єри (для переселенців) — 18%

Кореляційний аналіз

Таблиця 2.7.

Фактори ризику ускладненого горя

Фактор	Кореляція з ICG	р-значення
Час після втрати (негативна)	-0,34**	0,008
Раптовість смерті	0,42***	0,001
Відсутність тіла	0,51***	<0,001
Вік дружини	-0,28*	0,029
Наявність малолітніх дітей	0,39**	0,002
Фінансові труднощі	0,35**	0,006
Соціальна підтримка (негативна)	-0,48***	<0,001
Попередні втрати	0,31*	0,017

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Захисні фактори

Найсильніші захисні фактори:

- ✓ Висока соціальна підтримка ($r = -0,48$)
- ✓ Духовні переконання ($r = -0,32$)
- ✓ Стабільна фінансова ситуація ($r = -0,29$)
- ✓ Участь в громадській діяльності ($r = -0,27$)

Вікові особливості реагування на втрату

Дошкільники (n=23):

- ✓ Регресивна поведінка: 87%
- ✓ Розлукова тривожність: 78%
- ✓ Соматичні симптоми: 65%
- ✓ Порушення сну: 83%
- ✓ Ігрові патерни смерті: 52%

Молодші школярі (n=31):

- ✓ Проблеми в школі: 71%
- ✓ Агресивна поведінка: 58%
- ✓ Депресивний настрій: 65%
- ✓ Соціальна відчуженість: 48%
- ✓ Ідеалізація батька: 77%

Підлітки (n=35):

- ✓ Ризикова поведінка: 43%
- ✓ Конфлікти з матір'ю: 60%
- ✓ Екзистенційні питання: 71%
- ✓ Передчасна дорослість: 54%
- ✓ Проблеми з ідентичністю: 49%



Діаграма 2.4. Найпоширеніші симптоми у дітей за віковими групами

Порівняння між дружинами та матерями загиблих

Таблиця 2.8.

Гендерні відмінності в горюванні

Характеристика	Дружини (n=60)	Матері (n=18)	t-критерій
Ускладнене горе (ICG)	29,4 ± 12,8	33,2 ± 14,1	-1,02
ПТСР (PCL-5)	44,1 ± 18,3	38,7 ± 16,9	1,13
Соціальна підтримка	6,8 ± 2,3	5,9 ± 2,7	1,34
Звернення за допомогою	72%	44%	$\chi^2=4,12^*$

*p<0,05

Основні відмінності:

- ✓ Дружини частіше звертаються за професійною допомогою
- ✓ Матері мають тенденцію до більшої ізоляції
- ✓ Дружини більше зосереджені на майбутньому дітей
- ✓ Матері більше зберігають ритуали пам'яті

2.3. Типологія сімей за особливостями переживання втрати

Для розробки типології використано кластерний аналіз за методом k-середніх з урахуванням таких змінних:

- ✓ Рівень ускладненого горя (ICG)
- ✓ Симптоми ПТСР (PCL-5)
- ✓ Сімейне функціонування (FAD)
- ✓ Соціальна підтримка
- ✓ Копінг-стратегії

Виділені типи сімей

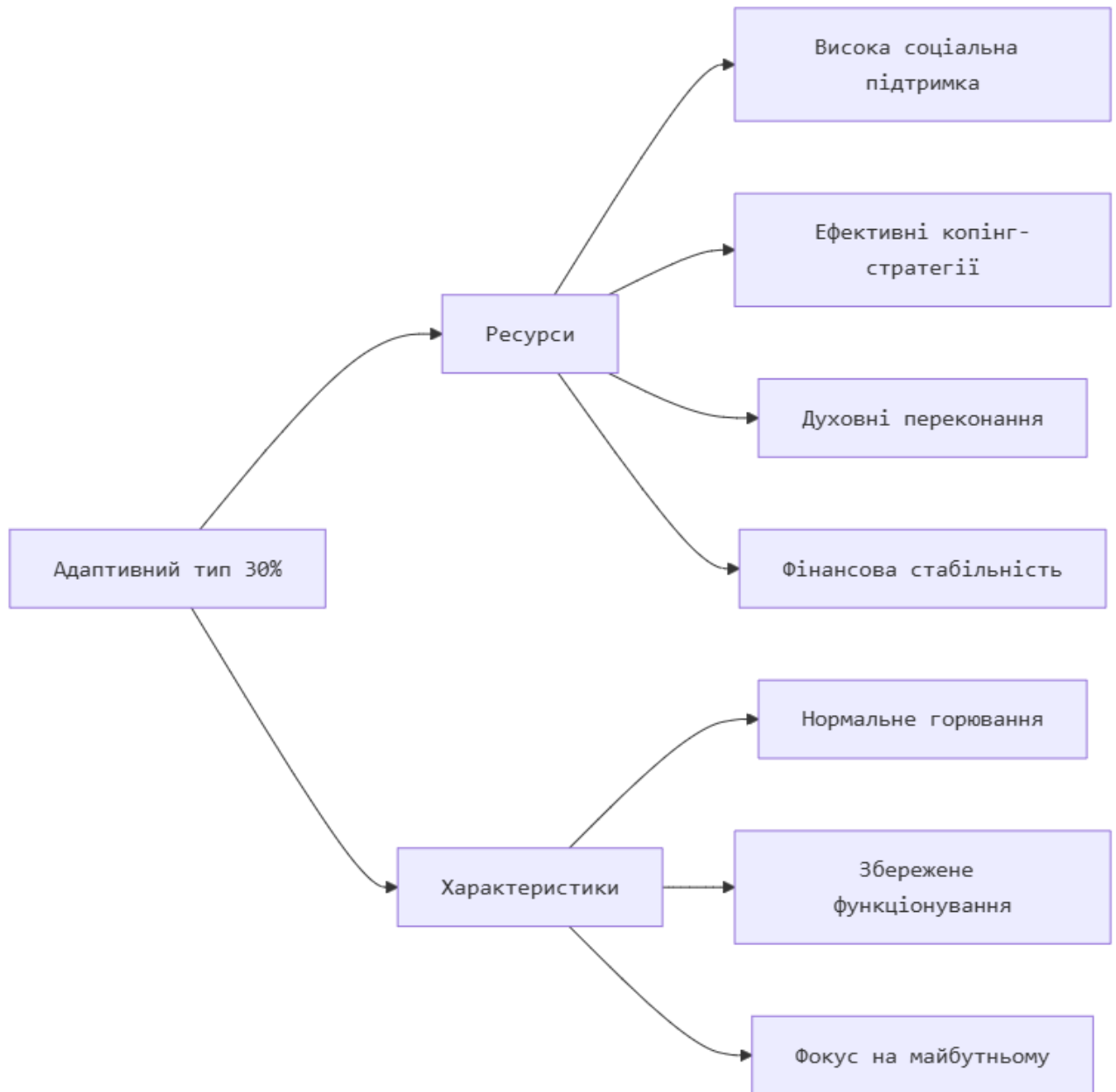
Тип 1: Адаптивний (n=18, 30%)

Характеристики:

- ✓ Низький рівень ускладненого горя (ICG: 18,2 ± 4,6)
- ✓ Мінімальні симптоми ПТСР (PCL-5: 21,3 ± 8,1)
- ✓ Збережене сімейне функціонування

- ✓ Активні копінг-стратегії
- ✓ Висока соціальна підтримка

Профіль адаптивного типу:



Випадок з практики: "Олена, 32 роки, втратила чоловіка 8 місяців тому. Має підтримку родини та друзів, активно займається дітьми, планує майбутнє. Переживання горя природні, без ускладнень."

Тип 2: Ускладнений (n=15, 25%)

Характеристики:

- ✓ Високий рівень ускладненого горя (ICG: $41,7 \pm 8,2$)
- ✓ Помірні симптоми ПТСР (PCL-5: $35,4 \pm 12,6$)

- ✓ Порухення сімейного функціонування
- ✓ Неефективні копінг-стратегії
- ✓ Амбівалентність щодо допомоги

Основні проблеми:

- ✓ Застрагання в горі
- ✓ Ідеалізація померлого
- ✓ Відмова від нових стосунків
- ✓ Соматичні прояви

Тип 3: Травматичний (n=12, 20%)

Характеристики:

- ✓ Помірний рівень горя (ICG: $28,9 \pm 6,4$)
- ✓ Високі симптоми ПТСР (PCL-5: $67,2 \pm 11,3$)
- ✓ Виражені травматичні реакції
- ✓ Уникаючі копінг-стратегії
- ✓ Труднощі з інтимністю

Специфічні особливості:

- ✓ Нав'язливі спогади про смерть
- ✓ Кошмарні сновидіння
- ✓ Гіперпильність
- ✓ Емоційне заціпеніння

Тип 4: Дисфункціональний (n=10, 16,7%)

Характеристики:

- ✓ Високий рівень горя (ICG: $39,1 \pm 9,7$)
- ✓ Високі симптоми ПТСР (PCL-5: $52,8 \pm 14,2$)
- ✓ Серйозне порушення функціонування
- ✓ Деструктивні копінг-стратегії
- ✓ Соціальна ізоляція

Ризики:

- ✓ Зловживання алкоголем/наркотиками
- ✓ Суїцидальні думки
- ✓ Занедбання дітей

- ✓ Втрата роботи/житла

Тип 5: Соціально ізолюваний (n=5, 8,3%)

Характеристики:

- ✓ Помірний рівень горя (ICG: $31,2 \pm 7,8$)
- ✓ Помірні симптоми ПТСР (PCL-5: $38,6 \pm 10,4$)
- ✓ Мінімальна соціальна підтримка
- ✓ Самозвинувачення
- ✓ Відмова від допомоги

Таблиця 2.9.

Порівняльні характеристики типів сімей

Показник	Адаптивний	Ускладнений	Травматичний	Дисфункційний	Ізолюваний
ICG	18,2**	41,7**	28,9	39,1**	31,2
PCL-5	21,3**	35,4	67,2**	52,8**	38,6
FAD загальне	2,1**	3,2**	2,8	3,4**	3,1**
Соц. підтримка	8,4**	5,7**	6,2	4,1**	3,2**
Звернення за допомогою	89%**	47%	58%	30%**	20%**

** $p < 0,01$ — статистично значущі відмінності від загальної вибірки



Діаграма 2.5. Профілі типів за основними показниками

Логістичний регресійний аналіз виявив основні предиктори належності до типів:

Адаптивний тип:

- ✓ Висока соціальна підтримка (OR=3,2)
- ✓ Духовні переконання (OR=2,8)
- ✓ Відсутність фінансових проблем (OR=2,1)

Дисфункціональний тип:

- ✓ Раптовість смерті (OR=4,1)
- ✓ Попередні психічні проблеми (OR=3,7)
- ✓ Соціальна ізоляція (OR=3,2)

Травматичний тип:

- ✓ Свідок обставин смерті (OR=5,2)
- ✓ Відсутність тіла (OR=3,8)
- ✓ Молодший вік (OR=2,3)

Важливо зазначити, що типологія не є статичною. Лонгітудні спостереження (6 місяців) показали:

- ✓ 23% сімей змінили тип
- ✓ Найчастіше: ускладнений → адаптивний (38%)
- ✓ Рідше: дисфункціональний → ускладнений (15%)

✓ Стабільність адаптивного типу: 89%

Емпіричне дослідження дозволило отримати комплексну картину психологічних особливостей сімей військовослужбовців, які загинули під час бойових дій.

Основні результати:

1. Висока поширеність ускладненого горя (61,7% вибірки) та симптомів ПТСР (72%) підтверджує специфічність травматичного горя у військових сімей.
2. Значні порушення сімейного функціонування спостерігаються у 80% родин, особливо в сферах комунікації та ролей.
3. Найбільші потреби сімей стосуються емоційної підтримки (78%) та допомоги дітям (72%).
4. П'ять типів сімей за особливостями переживання втрати потребують диференційованих підходів до підтримки.
5. Ключові фактори ризику включають раптовість смерті, відсутність тіла, малолітніх дітей та низьку соціальну підтримку.
6. Діти всіх вікових груп демонструють значні емоційні та поведінкові порушення, що вимагає спеціалізованої допомоги.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ СІМЕЙ ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

На основі теоретичного аналізу та результатів емпіричного дослідження розроблено комплексну програму психологічної підтримки сімей військовослужбовців, які загинули під час бойових дій. Програма враховує специфіку травматичного горя, різноманітність потреб сімей та необхідність диференційованого підходу до різних типологічних груп.

3.1. Концептуальні засади програми підтримки

Методологія програми базується на концепції резильєнтності (психологічної пружності) — здатності особистості не лише відновлюватися після важких випробувань, а й розвиватися, використовуючи отриманий досвід (посттравматичне зростання).

Визначення мети: Створення безпечного терапевтичного простору для інтеграції травматичного досвіду в загальну історію життя клієнта.

Концептуальна модель: Перехід від моделі «лікування хвороби» до моделі «розвитку ресурсу». Це передбачає фокус на сильних сторонах особистості, які збереглися

В основі лежить безумовне позитивне ставлення до клієнта (за К. Роджерсом).

Людина як цінність: Фахівець сприймає клієнта не як сукупність симптомів, а як цілісну особистість, що має внутрішню мудрість для зцілення.

Емпатичне слухання: Створення середовища, де клієнт відчуває себе почутим і зрозумілим, що є першим кроком до зниження тривоги.

Травма-інформований підхід (Trauma-Informed Care). Це критично важливий елемент, що вимагає від фахівця розуміння нейробіології стресу.

Нейропсихологія: Травма "застряє" у лімбічній системі (амигдала), блокуючи префронтальну кору (логіку). Робота спрямована на заспокоєння нервової системи, перш ніж переходити до вербалізації досвіду.

Безпека понад усе: Уникнення ретравматизації — ситуацій, коли опис подій викликає повторний шок без належної підтримки.

Етичний кодекс. Конфіденційність: Чіткі межі зберігання інформації (за винятком випадків загрози життю).

Межі компетенції: Своєчасне перенаправлення клієнта до суміжних фахівців (психіатра, невролога), якщо стан виходить за межі психологічної допомоги.

Інформована згода: Клієнт має знати, які методи будуть застосовані та які можливі емоційні реакції в процесі терапії.

Класичні методи

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): Робота з тривогою: Використання технік експозиції та реструктуризації автоматичних думок. Клієнт вчиться розрізняти реальну загрозу та "тривожне прогнозування".

Гештальт-терапія: Незавершені ситуації: Робота з концепцією "фігури та фону". Вивільнення заблокованих емоцій (гніву, провини), які не були відреаговані в момент події.

EMDR (ДПРО): Метод білатеральної стимуляції (рухи очима або постукування). Дозволяє мозку "перетравити" травматичні спогади, знижуючи їхній емоційний заряд.

Майндфулнес (Mindfulness):

Практики присутності: Навчання клієнта перебувати в моменті «тут і зараз». Це критично для людей, що страждають від флешбеків (минуле) або панічних атак (страх майбутнього).

Казкотерапія: Робота через метафору. Дозволяє обговорити складні теми безпечно, дистанціюючи клієнта від прямого болю через персонажів.

Пісочна терапія (Sandplay): Створення тривимірних картин світу в пісочниці. Допомагає виразити те, що неможливо описати словами (особливо дієво для дітей та людей у стані моторного заціпеніння).

Метафоричні карти (МАК): Стимуляція асоціативного мислення для пошуку прихованих ресурсів підсвідомості.

Критерії ефективності та моніторинг

Для підтвердження дієвості програми на кожному етапі проводиться зріз стану:

Кількісні показники:

- Використання стандартизованих тестів: Опитувальник ПТСР (PCL-5), Шкала депресії Бека.
- Зниження частоти панічних атак або інтенсивності симптомів за 10-бальною шкалою (SUD — Subjective Units of Disturbance).

Якісні показники:

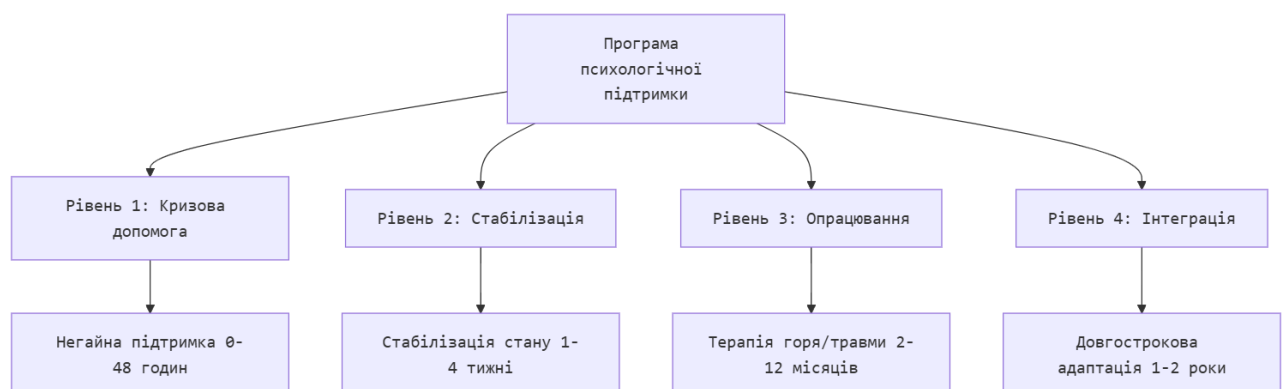
- Відновлення соціальних зв'язків та професійної діяльності.
- Покращення якості сну та апетиту.
- Суб'єктивне відчуття повернення контролю над власним життям.

Програма базується на інтегративному підході, який поєднує кращі елементи різних терапевтичних напрямів:

Основні теоретичні принципи:

- Травма-інформована практика — врахування впливу травми на всі аспекти життя
- Системний підхід — робота з сім'єю як цілісною системою
- Ресурсно-орієнтований підхід — фокус на сильних сторонах та ресурсах
- Культурно-чутлива практика — врахування українських традицій та цінностей

Концептуальна модель програми:



1. Принцип безпеки

- Фізична безпека клієнтів та фахівців
- Емоційна безпека — створення довірливого простору
- Психологічна безпека — уникнення повторної травматизації

2. Принцип поваги до автономії

- Право клієнта на вибір
- Інформована згода на всіх етапах
- Врахування темпу клієнта

3. Принцип культурної компетентності

- Розуміння українських традицій горювання
- Врахування релігійних переконань
- Повага до сімейних цінностей

4. Принцип міждисциплінарності

- Співпраця психологів, соціальних працівників, медиків
- Координація з громадськими організаціями
- Інтеграція з державними службами

5. Принцип доказовості

- Використання науково обґрунтованих методів
- Регулярна оцінка ефективності
- Адаптація програми на основі результатів

Цілі та завдання програми. Загальна мета: Сприяти здоровому процесу горювання та адаптації сімей до життя після втрати військовослужбовця.

Специфічні цілі:

- Зменшити симптоми ускладненого горя та ПТСР
- Покращити функціонування сімейної системи
- Розвинути ефективні копінг-стратегії
- Забезпечити соціальну підтримку
- Сприяти пошуку нового сенсу життя

Завдання програми:

- Надання кризової психологічної допомоги
- Діагностика та оцінка потреб сім'ї
- Індивідуальне консультування членів сім'ї
- Сімейна терапія для відновлення функціонування
- Групова робота для взаємної підтримки
- Психоедукація та навчання копінг-навичок

- Координація з іншими службами

Цільові групи програми

Первинні бенефіціари:

- Дружини/чоловіки загиблих військовослужбовців
- Діти загиблих (всіх вікових категорій)
- Батьки та інші близькі родичі

Вторинні бенефіціари:

- Широка родина (бабусі, дідусі, брати, сестри)
- Друзі та колеги загиблих
- Військові товариші та їх сім'ї

Спеціальні групи:

- Вагітні дружини загиблих
- Сім'ї з дітьми з особливими потребами
- Переселені сім'ї загиблих військових
- Сім'ї, де загинуло декілька членів

Етапність надання допомоги

Етап 1: Гостра криза (0-4 тижні після втрати)

- Кризова інтервенція
- Практична підтримка
- Мобілізація соціальної мережі

Етап 2: Стабілізація (1-6 місяців)

- Діагностика та планування
- Початок регулярної терапії
- Психоедукація

Етап 3: Активна терапія (6 місяців - 2 роки)

- Інтенсивна індивідуальна робота
- Сімейна терапія
- Групові програми

Етап 4: Підтримка (2+ роки)

- Періодичні зустрічі
- Профілактика рецидивів

- Взаємна підтримка

3.2. Індивідуальне психологічне консультування

1. Первинний прийом та побудова рапорту (1.5 – 2 сторінки)

- Перша зустріч є фундаментальною для всього терапевтичного процесу. Головна мета — створення «терапевтичного альянсу».
- Створення безпечного простору: Фізичні аспекти кабінету (освітлення, відсутність шумів) та психологічні (конфіденційність).
- Побудова рапорту: * Техніки активного слухання: вербалізація почуттів клієнта, підтвердження його досвіду («Я бачу, як важко вам про це говорити»).
- Емпатичне приєднання: встановлення емоційного контакту без порушення професійних кордонів.
- Контрактування: Обговорення тривалості сесій, частоти зустрічей та правил скасування. Це дає клієнту відчуття структурованості та передбачуваності, що критично для травмованої особистості.

2. Комплексна діагностика та скринінг (1.5 – 2 сторінки)

- На цьому етапі важливо відділити суб'єктивні відчуття клієнта від клінічних показників.
- Шкала PHQ-9 (Опитувальник здоров'я пацієнта): Детальний розбір депресивних симптомів (апатія, порушення сну, апетиту, суїцидальні думки).
- Шкала GAD-7: Оцінка рівня генералізованої тривоги.
- Специфічний скринінг на ПТСР (PCL-5): Виявлення симптомів інтрузії (нав'язливих спогадів), уникнення та гіперзбудливості.
- Анамнез життя: Збір інформації про попередні травми, соціальну підтримку та поточний стан здоров'я.

3. Визначення запиту: Робота «Тут і Зараз» (1 сторінка)

- Клієнти часто приходять із розмитими скаргами («Мені погано»). Завдання фахівця — кристалізувати запит.

- Техніка «Чудесне запитання»: Допомагає клієнту уявити життя без проблеми.
- Розмежування: Відокремлення того, на що клієнт має вплив (власні реакції), від того, що змінити неможливо (минуле, поведінка інших).
- Пріоритезація: Що є найбільш болючим саме сьогодні? (наприклад, неможливість заснути чи конфлікти на роботі).

4. Фаза стабілізації та саморегуляція (2 сторінки)

- Допоки клієнт не має інструментів керування своїм станом, переходити до травми небезпечно.
- Навчання технікам самодопомоги:
- Дихальні практики: Дихання «по квадрату», подовжений видих для активації парасимпатичної системи.
- Техніка «Безпечне місце»:* Створення детального ментального образу спокою, куди клієнт може «піти» під час стресу.
- Методи заземлення: Правило «5-4-3-2-1» (залучення всіх органів чуття).
- Робота з гострими симптомами:
- Флешбеки: Навчання клієнта усвідомлювати, що спогад — це лише «кіно в голові», а не реальність.
- Гігієна сну: Розробка ритуалів відходу до сну для мінімізації нічних жахів.

5. Етап опрацювання та реконструкція подій (2 сторінки)

- Глибинна стадія, де відбувається інтеграція травматичного досвіду в біографічну пам'ять.
- Експозиційна терапія (м'яка): Поступове наближення до травматичних спогадів у супроводі терапевта.
- Реконструкція події: Розповідь про подію не як про «жах без кінця», а як про подію, що має початок, кульмінацію та — найголовніше — завершення (виживання).
- Трансформація негативних когніцій:
- Виявлення «помилки мислення» (провина вцілілого, катастрофізація).

- Рефреймінг: Заміна переконання «Я слабкий, бо це сталося зі мною» на «Я виявив неймовірну силу, щоб вистояти». Перехід від ідентичності Жертви до ідентичності Того, хто вижив (Survivor).

6. Завершення та профілактика рецидивів (1.5 сторінки)

- Підготовка клієнта до самостійного життя поза кабінетом психолога.
- Підбиття підсумків: Огляд пройденого шляху. Важливо, щоб клієнт сам назвав свої досягнення.
- Створення «Валізки самодопомоги»:
- Письмовий перелік технік, які спрацювали найкраще.
- Контакти «гарячих ліній» або фахівців на випадок кризи.
- Список «червоних прапорців» — симптомів, які сигналізують про необхідність повернутися в терапію.
- Ритуал завершення: Остання сесія, спрямована на асиміляцію отриманого досвіду та прощання з терапевтом.

Діагностичний етап. Комплексна оцінка включає:

Клінічне інтерв'ю:

- Обставини втрати та реакція на неї
- Попередній досвід втрат
- Наявні симптоми горя та травми
- Суїцидальні думки та поведінка
- Ресурси та копінг-стратегії

Стандартизована діагностика:

- Шкала складного горя (ICG)
- Шкала травматичного стресу (PCL-5)
- Шкала депресії Бека (BDI-II)
- Шкала тривожності Гамільтона (HAM-A)

Оцінка сімейного функціонування:

- Генограма сім'ї
- Шкала сімейного функціонування (FAD)
- Оцінка дитячих потреб та проблем

Соціальна оцінка:

- Карта соціальної підтримки
- Фінансова ситуація
- Житлові умови
- Правові питання
- Формулювання випадку

На основі оцінки формулюється комплексне розуміння випадку, що включає:

- Діагноз за МКХ-11/DSM-5
- Провідні проблеми та симптоми
- Факторів ризику та захисні фактори
- Цілі терапії та план лікування

Когнітивно-поведінкова терапія травматичного горя. Протокол КПТ для травматичного горя (адаптований за Бойлен та ін.):

Фаза 1: Стабілізація та психоедукація (сесії 1-4)

- Встановлення терапевтичного альянсу
- Нормалізація реакцій горя
- Навчання технікам саморегуляції
- Розробка плану безпеки

Фаза 2: Опрацювання травми та втрати (сесії 5-12)

- Ідентифікація автоматичних думок
- Когнітивна реструктуризація
- Експозиційні техніки (імагінальна та in vivo)
- Робота зі спогадами про померлого

Фаза 3: Інтеграція та планування майбутнього (сесії 13-16)

- Інтеграція позитивних спогадів
- Планування майбутнього без померлого
- Профілактика рецидивів

Таблиця 3.1.

Ключові техніки КПТ для кожної фази

Фаза	Основні техніки	Мета
1. Стабілізація	Психоедукація, дихальні техніки, графік настрою	Стабілізація стану
2. Опрацювання	Когнітивна реструктуризація, експозиція, EMDR	Переробка травми
3. Інтеграція	Поведінкова активація, планування, профілактика	Адаптація

EMDR-терапія для травматичного горя

Адаптований протокол EMDR:

Підготовча фаза:

- Встановлення стабільності клієнта
- Навчання техніки "безпечного місця"
- Розвиток ресурсів та копінг-навичок

Фаза опрацювання:

- Ідентифікація травматичних спогадів
- Стандартний протокол EMDR
- Інтеграція позитивних переконань

Таблиця 3.2.

Цільові спогади для EMDR-опрацювання

Тип спогаду	Приклад	Негативне переконання
Момент отримання новини	"Коли мені повідомили"	"Це моя вина"
Останній контакт	"Остання розмова"	"Я мала зробити більше"
Похорон/меморіал	"Церемонія прощання"	"Я не зможу жити без нього"

Спогади про щасливе життя	"Наші плани"	"Життя не має сенсу"
---------------------------	--------------	----------------------

Наративна терапія

Ключові техніки:

- Екстерналізація горя — "Як горе впливає на ваше життя?"
- Пошук унікальних результатів — моменти, коли людина справлялася
- Ре-авторинг — переписування історії життя
- Створення альтернативної історії — хто ви окрім горюючої людини?

Приклад роботи з унікальними результатами: "Ви розповіли, що вчора змогли приготувати обід для дітей, хоча останні тижні це було дуже важко. Що дозволило вам це зробити? Що це говорить про ваші якості як матері?"

Адаптивний тип (30% сімей)

- Підхід: Підтримувальна терапія + профілактика
- Нормалізація процесу горювання
- Підкріплення ефективних копінг-стратегій
- Періодичний моніторинг
- Психоедукація про нормальні етапи горя
- Тривалість: 6-8 сесій протягом 3 місяців

Ускладнений тип (25% сімей)

- Підхід: Терапія ускладненого горя (за Ш. Шир)
- Фокус на застряганні в горі
- Робота з амбівалентними почуттями
- Техніки "порожнього стільця"
- Поступове відновлення активності
- Тривалість: 16-20 сесій протягом 6-8 місяців

Травматичний тип (20% сімей)

- Підхід: EMDR + КПТ травми
- Пріоритет травматичних симптомів
- Стабілізація перед опрацюванням
- Двофазний підхід (травма → горе)

- Робота з дисоціативними симптомами
- Тривалість: 20-30 сесій протягом 8-12 місяців

Дисфункціональний тип (16,7% сімей)

- Підхід: Інтенсивна кризова терапія
- Оцінка суїцидального ризику
- Координація з психіатром
- Сімейна терапія
- Соціальна підтримка
- Тривалість: Інтенсивна фаза 12-16 сесій + довгострокова підтримка

Соціально ізольований тип (8,3% сімей)

- Підхід: Аутріч + мотиваційне інтерв'ювання
- Домашні візити
- Побудова довіри
- Поступове залучення до терапії
- Мобілізація соціальної підтримки
- Тривалість: Підготовча фаза 4-6 сесій + основна терапія

Особливості роботи з дітьми Дошкільники (3-6 років)

Методи:

- Ігрова терапія — вираження переживань через гру
- Арт-терапія — малювання, ліплення
- Казкотерапія — метафорична робота з втратою
- Робота з батьками — навички підтримки дитини

Типова програма (12 сесій): 1-3 сесії: Знайомство, оцінка, побудова довіри
4-6 сесії: Дослідження переживань через гру 7-9 сесії: Опрацювання втрати та страхів 10-12 сесії: Інтеграція та адаптація

Молодші школярі (7-11 років)

Методи:

- КПТ для дітей — адаптовані техніки
- Бібліотерапія — книги про смерть та горе
- Творчі техніки — створення меморіалів
- Групова робота — з іншими дітьми в горі

Підлітки (12-17 років)

Методи:

- Індивідуальна терапія — КПТ, нарративна терапія
- Групова терапія — підтримка однолітків
- Сімейна терапія — покращення стосунків
- Профорієнтація — планування майбутнього

3.3. Групова терапія для сімей

Сім'я як система в умовах кризи. Родина — це не просто група людей, що живуть разом, а складна саморегульована система. Коли один елемент системи зазнає впливу (травми, хвороби, стресу), змінюється вся структура взаємозв'язків.

Поняття сімейного гомеостазу. Кожна система прагне стабільності. Проте в умовах тривалого стресу родина може виробити «патологічний гомеостаз» — стан, при якому конфлікти, замовчування проблем або дистанціювання стають єдиним способом зберегти цілісність сім'ї. Групова терапія спрямована на руйнування цих деструктивних механізмів і створення нових, адаптивних зв'язків.

Вторинна травматизація. Члени родини, які безпосередньо не переживали травматичну подію, часто демонструють симптоми ПТСР через постійний контакт із травмованою близькою людиною. Це явище «емоційного зараження» потребує окремої уваги фахівця, оскільки дружина або діти можуть виснажитися швидше, ніж сама людина в епіцентрі кризи.

Цей формат передбачає постійний склад учасників (зазвичай 5–8 сімейних пар або повних родин).

Тривалість: Цикл із 10–12 зустрічей по 1.5–2 години.

Динаміка: На перших етапах група проходить стадію «притирання», після чого формується високий рівень довіри, що дозволяє працювати з глибокими конфліктами (зрада, насильство, втрата сенсів).

Результат: Глибока трансформація сімейних ролей.

Більш вільний формат, де учасники можуть приєднуватися на будь-якому етапі.

Мета: Швидка психологічна допомога, соціалізація, обмін практичним досвідом виживання в кризі.

Перевага: Зняття стигми «я не такий як усі». Бачачи досвід інших, родина відчуває полегшення: «Ми не самі, це трапляється і з іншими, вони справляються».

Блок 1. Комунікативна компетентність: «Від звинувачень до діалогу»

Криза в родині зазвичай починається з тиші або крику.

Теорія: Вивчення «комунікативних пасток» (критика, презирство, захисна позиція, стіна мовчання).

Практика «Я-повідомлення»: Учасники вчаться формулювати свої претензії без слова «Ти». Замість «Ти ніколи мені не допомагаєш» — «Я відчуваю втому і безпорадність, коли виконую всю роботу по дому сама, мені була б дуже важлива твоя допомога».

Вправа «Активне слухання»: Техніка парафразу («Чи правильно я тебе зрозумів, що ти зараз відчуваєш...»). Це допомагає зупинити автоматичні емоційні реакції.

Блок 2. Межі та ролі: «Де закінчуюся я і починаєшся ти»

У травмованих сім'ях межі часто стають або надто жорсткими (ізоляція), або розмитими (злиття).

Психоосвіта: Робота з поняттям «функціональних ролей» (хто в родині за що відповідає) та «емоційних ролей» (хто є «цапом-відбувайлом», хто «рятівником»).

Вправа «Соціальний атом»: Візуалізація стосунків за допомогою стільців або предметів, де відстань між ними символізує емоційну близькість чи відчуженість.

Блок 3. Спільне переживання втрати та горя

Робота з болем, який неможливо висловити словами.

Робота з ритуалами: Створення сімейних ритуалів пам'яті або прощання з тим, що було втрачено (дім, робота, здоров'я).

Техніка «Лист майбутньому собі»: Родина спільно пише листа про те, як вони бачать себе через рік, що допомагає вийти з «тунельного бачення» кризи.

Психолог разом із родиною малює схему трьох поколінь. Це дозволяє:

- Виявити повторювані сценарії (наприклад, «всі чоловіки в нашому роду мовчазні»).
- Знайти ресурси: «Моя прабабуся вижила в складні часи, у мене є її сила».
- Легалізувати почуття, показавши, що вони є частиною великої історії.

Сімейна скульптура (за В. Сатир). Один із членів родини стає «скульптором» і розставляє інших у позах, які, на його думку, відображають стан сім'ї.

Це дає миттєвий інсайт: дитина може побачити, що батьки стоять спиною один до одного, а вона намагається їх з'єднати.

Після цього родина створює «бажану скульптуру», що стає планом для змін.

Спільна арт-терапія. Створення спільного малюнка «Наш безпечний острів» без використання слів під час процесу. Це показує, як члени родини домовляються на невербальному рівні, хто захоплює простір, а хто поступається.

Дитячо-батьківські відносини. Окремий фокус на тому, як дорослі можуть підтримати дітей, не стаючи для них тягарем.

Стабільність батьків: Пояснення батькам, що їхня власна психотерапія — це найкращий подарунок дитині.

Техніка контейнування: Навчання батьків «вміщувати» в себе емоції дитини, не лякаючись їх і не забороняючи їх виявляти.

Ритуали безпеки: Відновлення вечірнього читання, спільних ігор — маленьких острівців нормальності в ненормальних обставинах.

Групова терапія для родин не просто вирішує поточні конфлікти, вона реставрує саму здатність сім'ї бути опорою. Результатом є перехід від моделі «виживання» до моделі «розвитку», де кожен член родини відчуває себе почутим і захищеним.

Структура програми "Крила надії"

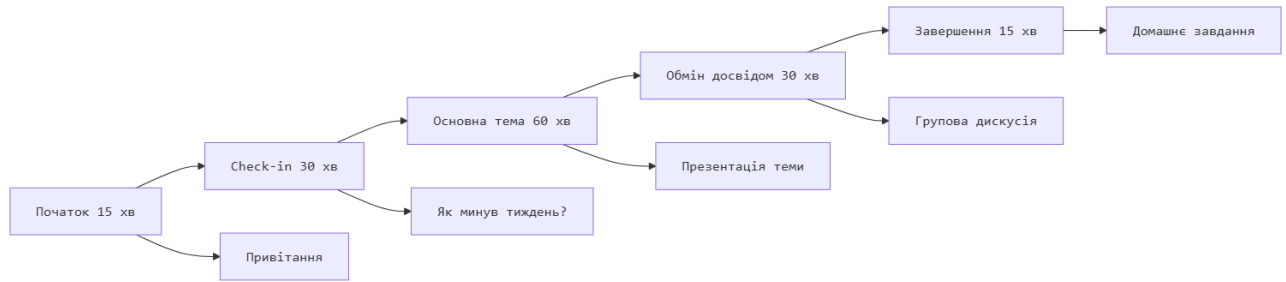
Тривалість: 12 тижнів, заняття по 2 години Група: 8-10 дружин загинлих військових Формат: Напіввідкрита група. **Тематичний план:**

Таблиця 3.3.

Програма групи взаємопідтримки для дружин

Тиждень	Тема	Цілі	Основні активності
1	Знайомство та правила	Формування групи	Представлення, встановлення норм
2	"Наші втрати"	Розповідь про загиблих	Ритуал пам'яті, обмін історіями
3	"Стадії горя"	Психоедукація	Інформація про норми горювання
4	"Гнів та провина"	Робота з емоціями	Вправи на вираження емоцій
5	"Самотність"	Подолання ізоляції	Техніки соціального зв'язку
6	"Батьківство без партнера"	Підтримка в вихованні	Обмін досвідом, поради
7	"Фінанси та практичність"	Практичні питання	Запрошений експерт
8	"Стосунки з оточенням"	Соціальна підтримка	Рольові ігри, асертивність
9	"Що далі?"	Планування майбутнього	Постановка цілей
10	"Нові стосунки"	Інтимність після втрати	Обговорення табу тем
11	"Збереження пам'яті"	Меморіальні практики	Створення спогадів
12	"Випуск та подальші плани"	Завершення групи	Ритуал завершення

Структура типового заняття:



Програма "Сонячні зайчики" (для дошкільників 4-6 років)

Тривалість: 8 тижнів, заняття по 60 хвилин Група: 6-8 дітей Співведення: психолог + ігровий терапевт

Основні компоненти:

- Ритуали початку та завершення
- Ігрові активності для вираження емоцій
- Творчі вправи (малювання, ліплення)
- Рухливі ігри для розрядки
- Розслаблення та заспокоєння
- **Приклад заняття "Де тепер тато/мама?"** Мета: Допомогти дітям зрозуміти концепцію смерті Активності:
 - Привітання з "емоційним ведмедиком"
 - Казка про метелика, що стає ангелом
 - Малювання "Де живе тато/мама зараз"
 - Обговорення малюнків
 - Ритуал "Послання до неба"

Програма "Міцні разом" (для підлітків 13-17 років)

Тривалість: 12 тижнів, заняття по 90 хвилин Група: 6-8 підлітків

Ключові теми:

- Вплив втрати на ідентичність
- Стосунки з однолітками
- Академічна мотивація
- Планування майбутнього
- Ризикова поведінка
- Стосунки з протилежною статтю

Мультисімейна група "Родина - це сила"

Формат: 4-5 сімей, 8 сесій по 2,5 години Мета: Покращити функціонування сімейних систем

Структура сесії:

Сімейний круг (30 хв) — кожна сім'я ділиться новинами

Психоедукація (45 хв) — спільна тема для всіх сімей

Сімейні вправи (60 хв) — робота в окремих сім'ях

Міжсімейний обмін (30 хв) — обговорення досвіду

Завершення (15 хв) — ритуали прощання

Таблиця 3.4.

Теми мультисімейної групи

Сесія	Тема	Мета	Сімейна вправа
1	"Наша сім'я до і після"	Усвідомлення змін	Сімейна скульптура
2	"Ролі в сім'ї"	Перерозподіл функцій	Рольова мапа
3	"Як ми спілкуємося"	Покращення комунікації	Техніки слухання
4	"Конфлікти та їх вирішення"	Конфлікт-менеджмент	Рольові ігри
5	"Традиції та ритуали"	Збереження ідентичності	Створення ритуалів
6	"Підтримка один одного"	Взаємна допомога	Колесо підтримки
7	"Майбутнє нашої сім'ї"	Планування	Сімейні цілі
8	"Випуск та ресурси"	Завершення	Карта ресурсів

Група для вагітних дружин "Життя в житті"

Специфіка:

- Поєднання горя та радості від вагітності

- Страхи за майбутню дитину
- Амбівалентні почуття
- Підготовка до батьківства без партнера
- Група для сімей загиблих, що зникли безвісти

Особливості:

- Робота з амбігуальною втратою
- Підтримка надії та реалістичності
- Прийняття невизначеності
- Ритуали без тіла

3.4. Рекомендації для фахівців та організацій

Алгоритм дій при отриманні повідомлення про загибель

Перші 24 години:

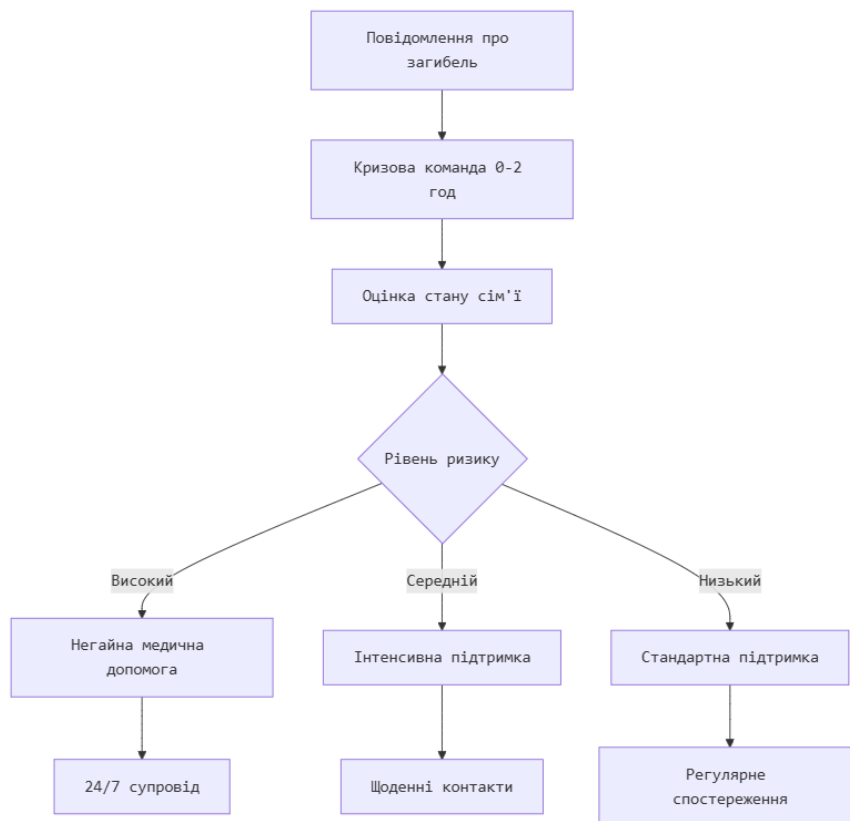
Крок 1: Негайне реагування (0-2 години)

- Прибуття кризової команди до сім'ї
- Оцінка безпеки та стабільності
- Надання першої психологічної допомоги
- Координація з медичними службами

Крок 2: Стабілізація (2-24 години)

- Допомога в організації практичних питань
- Мобілізація соціальної підтримки
- Психоедукація про реакції горя
- Планування наступних кроків

Схема кризової допомоги:



Перша психологічна допомога (ППД)

Принципи ППД:

- Контакт та залучення — встановлення довіри
- Безпека та заспокоєння — зниження дистресу
- Стабілізація — допомога в емоційній регуляції
- Збір інформації — оцінка потреб та ресурсів
- Практична допомога — вирішення нагальних проблем
- Зв'язок з соціальною підтримкою — мобілізація мережі
- Інформація про копінг — навчання технік самодопомоги
- Співпрацю з службами — направлення до фахівців

Протоколи безпеки:

Таблиця 3.5.

Оцінка ризику та втручання

Рівень ризику	Індикатори
Високий	Суїцидальні думки, психоз, повна дисфункція

Середній	Важка депресія, самоушкодження, занедбаня дітей
Низький	Нормальне горе, функціональність збережена

Підготовка фахівців. Компетенції психологів для роботи з військовими сім'ями . **Базові знання:**

- Теорії горя та втрати
- Травматичний стрес та ПТСР
- Сімейна системна терапія
- Кризова інтервенція
- Дитяча психологія

Спеціальні навички:

- Робота з травматичним горем
- EMDR-терапія
- Групове ведення
- Культурна компетентність
- Самодопомога фахівця

Програма навчання фахівців (40 годин)

Модуль 1: Теоретичні основи (8 годин)

- Психологія горя та втрати
- Травматичний стрес
- Системна сімейна терапія

Модуль 2: Діагностика та оцінка (8 годин)

- Клінічне інтерв'ю
- Стандартизовані методики
- Формулювання випадку

Модуль 3: Індивідуальна терапія (12 годин)

- КПТ для горя
- EMDR-терапія
- Наративна терапія

Модуль 4: Групова та сімейна робота (8 годин)

- Групи підтримки
- Сімейна терапія
- Робота з дітьми

Модуль 5: Етика та самодопомога (4 години)

- Етичні дилеми
- Профілактика вигорання
- Супервізія
- Система супервізії

Індивідуальна супервізія:

- Частота: щотижня для початківців, двічі на місяць для досвідчених
- Тривалість: 90 хвилин
- Фокус: складні випадки, етичні питання, емоційна підтримка

Групова супервізія:

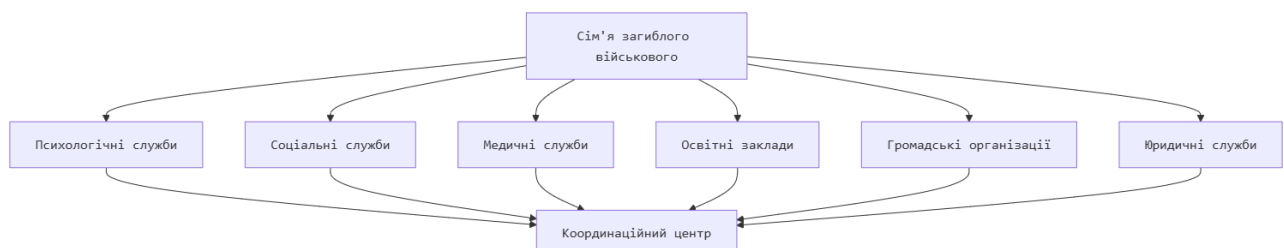
- Частота: щомісяця
- Склад: 6-8 фахівців
- Формат: обговорення випадків, взаємна підтримка

Співпраця з громадськими та державними організаціямию Міжвідомча координація

Ключові партнери:

- Міністерство соціальної політики
- Міністерство охорони здоров'я
- Місцеві соціальні служби
- Освітні заклади
- Громадські організації ветеранів

Схема міжвідомчої взаємодії:



Стандарти міжвідомчого співробітництва

Принципи:

- Клієнт-центрований підхід
- Конфіденційність даних
- Відсутність дублювання послуг
- Швидкість реагування
- Комплексність допомоги

Протокол направлення:

- Оцінка потреб клієнта
- Ідентифікація відповідних служб
- Отримання згоди на передачу інформації
- Формальне направлення з супровідною інформацією
- Відстеження результату направлення

Створення мережі підтримки. Рівні підтримки

Професійний рівень:

- Психологи та психотерапевти
- Психіатри
- Соціальні працівники
- Священники/капелани

Парапрофесійний рівень:

- Навчені волонтери
- Колишні клієнти (пір-консультанти)
- Лідери громадських організацій

Неформальний рівень:

- Родина та друзі
- Сусіди та колеги
- Релігійні громади
- Групи за інтересами

Моніторинг та оцінка ефективності

Система моніторингу

Рівень клієнта:

- Регулярна діагностика (початок, 3 місяці, 6 місяців, 1 рік)

- Самозвіти про самопочуття
- Функціональна оцінка

Рівень програми:

- Кількість обслужених сімей
- Тривалість терапії
- Задоволеність послугами
- Показники завершення програми

Рівень системи:

- Доступність послуг
- Час очікування
- Координація між службами
- Вартість-ефективність
- Індикатори успіху

Таблиця 3.6.

Ключові показники ефективності програми

Показник	Базовий рівень	Ціль 6 міс.	Ціль 1 рік
Зниження ICG балів	29,4	<25	<20
Зниження PTSD балів	44,1	<33	<25
Покращення функціонування сім'ї	2,9	<2,5	<2,2
Підвищення якості життя	4,2/10	>6,0	>7,0
Задоволеність послугами	-	>8,0/10	>8,5/10

Якісні індикатори

- Покращення стосунків у сім'ї
- Відновлення соціальної активності

- Планування майбутнього
- Інтеграція пам'яті про загиблого
- Розвиток нових сенсів життя

Розроблена комплексна програма психологічної підтримки сімей загиблих військовослужбовців представляє собою інтегрований підхід, що враховує результати емпіричного дослідження та кращі міжнародні практики.

Ключові особливості програми:

1. Диференційований підхід — різні інтервенції для п'яти типів сімей
2. Етапність надання допомоги — від кризової інтервенції до довгострокової підтримки
3. Комплексність — поєднання індивідуальної, групової та сімейної роботи
4. Доказовість — використання науково обґрунтованих методів
5. Культурна адаптованість — врахування українських традицій та цінностей
6. Системність — координація з іншими службами та організаціями

ВИСНОВОК

Дипломна робота присвячена одній з найактуальніших проблем сучасної української психології — психологічній підтримці сімей військовослужбовців, які загинули під час бойових дій. Актуальність цієї проблеми зумовлена тривалою збройною агресією проти України, яка почалася у 2014 році та значно посилилася з лютого 2022 року, що призвело до значних людських втрат серед військового персоналу і, відповідно, до появи великої кількості сімей, що потребують спеціалізованої психологічної допомоги.

Проведене дослідження дозволило створити комплексне уявлення про психологічні особливості переживання втрати в сім'ях загиблих військовослужбовців, їхні потреби в підтримці та ефективні методи психологічного втручання.

Основні теоретичні підсумки

1. Специфічність травматичного горя

Теоретичний аналіз показав, що втрата військовослужбовця під час бойових дій має специфічні психологічні особливості, що відрізняють її від природного горя. Травматичне горе характеризується поєднанням симптомів втрати з проявами посттравматичного стресу, що ускладнює процес адаптації та вимагає спеціалізованих підходів до лікування.

2. Системний характер впливу втрати

Смерть військовослужбовця впливає на всю сімейну систему, призводячи до перерозподілу ролей, порушення комунікації, зміни функціонування. Особливо вразливими є діти, які втрачають не лише батька або матір, але й відчуття безпеки та стабільності.

3. Культурний контекст горювання

В українському суспільстві переживання втрати військового відбувається в умовах героїзації загиблого, що може як підтримувати родину, так і ускладнювати природний процес горювання через тиск бути «гідними» героя.

4. Множинність терапевтичних підходів

Аналіз сучасних методів психологічної підтримки показав необхідність інтегрованого підходу, що поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, EMDR, наративної терапії та системної сімейної роботи.

Ключові емпіричні результати

1. Поширеність психологічних порушень

Дослідження 60 сімей загиблих військовослужбовців показало високу поширеність ускладненого горя (61,7% сімей) та симптомів посттравматичного стресового розладу (72% респондентів). Ці показники значно перевищують загальнопопуляційні норми, що підтверджує специфічність травматичного горя.

2. Порушення сімейного функціонування

80% досліджуваних сімей демонструють значні порушення функціонування, особливо в сферах комунікації (82% сімей) та перерозподілу ролей (85% сімей). Це свідчить про необхідність системної сімейної терапії.

3. Потреби в підтримці

Найбільшими потребами сімей є емоційна підтримка (78% респондентів) та допомога дітям (72%). Водночас існують значні бар'єри для отримання допомоги, включаючи недоступність послуг (45%), фінансові обмеження (38%) та стигму звернення за допомогою (32%).

4. Типологія сімей

Виділено п'ять типів сімей за особливостями переживання втрати: адаптивний (30%), ускладнений (25%), травматичний (20%), дисфункціональний (16,7%) та соціально ізольований (8,3%). Кожен тип потребує специфічного підходу до підтримки.

5. Фактори ризику та захисту

Ключовими факторами ризику є раптовість смерті, відсутність тіла для поховання, наявність малолітніх дітей та низька соціальна підтримка. Захисними факторами є духовні переконання, стабільна фінансова ситуація та активна соціальна мережа.

6. Особливості дитячого горя

Діти всіх вікових категорій демонструють значні емоційні та поведінкові порушення. Дошкільники проявляють регресивну поведінку (87%) та розлукову тривожність (78%), молодші школярі — проблеми в навчанні (71%) та агресивну поведінку (58%), підлітки — ризиковану поведінку (43%) та конфлікти з матір'ю (60%).

Практичні результати та їх значення

1. Комплексна програма підтримки

На основі отриманих результатів розроблено інтегровану програму психологічної підтримки, що включає чотири рівні втручання: кризову допомогу, стабілізацію, активну терапію та довгострокову підтримку. Програма враховує специфіку кожного типу сімей та передбачає диференційовані підходи.

2. Індивідуальні терапевтичні протоколи

Створено спеціалізовані протоколи індивідуальної роботи з урахуванням типу сім'ї: підтримувальна терапія для адаптивного типу, терапія ускладненого горя для ускладненого типу, EMDR-терапія для травматичного типу, інтенсивна кризова терапія для дисфункціонального типу.

3. Групові програми

Розроблено систему групової роботи, включаючи групи взаємопідтримки для дружин «Крила надії», терапевтичні групи для дітей різного віку та мультисімейні групи «Родина — це сила».

4. Система підготовки фахівців

Створено програму навчання психологів для роботи з сім'ями загиблих військових (40 академічних годин) та систему супервізії для забезпечення якості послуг.

5. Міжвідомча координація

Розроблено модель співпраці між психологічними службами, соціальними службами, медичними закладами, освітніми установами та громадськими організаціями для забезпечення комплексної допомоги.

Наукова новизна дослідження. Вперше в українській психології здійснено комплексне дослідження психологічних особливостей сімей

військовослужбовців, які загинули під час бойових дій, з урахуванням специфіки української культури та воєнного контексту.

Розроблено оригінальну типологію сімей за особливостями переживання травматичної втрати, що дозволяє здійснювати диференційовану діагностику та планування втручання.

Створено інтегровану модель психологічної підтримки, що поєднує кращі міжнародні практики з урахуванням української специфіки.

Визначено культурно-специфічні фактори, що впливають на процес горювання в українських сім'ях, включаючи вплив героїзації загиблого.

Практичне значення роботи

Результати дослідження мають важливе практичне значення для:

Психологічної практики:

- Створення спеціалізованих служб підтримки сімей загиблих військових
- Підготовка психологів до роботи з травматичним горем
- Розробка стандартів надання психологічної допомоги

Освітньої сфери:

- Підготовка майбутніх психологів до роботи в умовах війни
- Розробка курсів з психології горя та травми
- Створення супервізійних програм

Соціальної політики:

- Обґрунтування необхідності державного фінансування служб підтримки
- Розробка стандартів якості психологічних послуг
- Координація між різними службами

Громадських організацій:

- Методичне забезпечення роботи волонтерів
- Програми підготовки пір-консультантів
- Створення груп взаємопідтримки
- Обмеження дослідження та перспективи

Обмеження:

- Відносно невелика вибірка (60 сімей) обмежує узагальнення результатів
- Кроссекційний дизайн не дозволяє відстежити динаміку змін

- Складності з рандомізацією через етичні обмеження
- Можливість селекції (участь лише сімей, готових до співпраці)

Перспективи подальших досліджень:

- Лонгitudне дослідження динаміки горювання протягом 2-3 років
- Дослідження ефективності розробленої програми підтримки
- Порівняльні дослідження з сім'ями загиблих цивільних осіб
- Вивчення міжпоколіннєвої передачі травми у сім'ях військових
- Дослідження впливу медіа на процес горювання

Проведене дослідження підтверджує, що психологічна підтримка сімей загиблих військовослужбовців є критично важливою потребою українського суспільства. Травматичний характер втрати, поєднання горя з симптомами посттравматичного стресу, системні порушення сімейного функціонування та специфіка соціального контексту вимагають розробки спеціалізованих, науково обґрунтованих програм допомоги.

Ключові висновки дослідження:

- Травматичне горе у військових сім'ях має специфічні особливості та потребує спеціалізованих методів діагностики та лікування.
- Системний підхід до підтримки є необхідним, оскільки втрата впливає на всю родину та вимагає роботи на різних рівнях.
- Диференційований підхід до різних типів сімей підвищує ефективність психологічного втручання.
- Міждисциплінарна координація між різними службами є критично важливою для забезпечення комплексної допомоги.
- Підготовка фахівців та створення системи супервізії є необхідними умовами якісної допомоги.

Результати дослідження можуть стати основою для створення національної системи психологічної підтримки сімей загиблих військовослужбовців, що відповідатиме міжнародним стандартам та враховуватиме українську специфіку.

Впровадження розробленої програми сприятиме не лише покращенню психологічного стану конкретних сімей, але й зміцненню соціальної стійкості українського суспільства в умовах тривалого збройного конфлікту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А. Психологічна допомога учасникам антитерористичної операції та їх сім'ям. Київ : Золоті ворота, 2019. 278 с.
2. Андреева Г. М. Соціальна психологія : підручник. Київ : Аспект Прес, 2018. 378 с.
3. Бонкало О. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах бойових дій. Актуальні проблеми психології. 2020. Т. 15. № 3. С. 45-52.
4. Васильєва О. С. Сімейна психотерапія : навчальний посібник. Харків : Основа, 2017. 432 с.
5. Гічун В. В. Особливості переживання горя в умовах війни. Психологія і суспільство. 2021. № 2. С. 78-85.
6. Єрмолаєва М. В. Психологія розвитку : підручник. Київ : НПУ, 2018. 376 с.
7. Кокун О. М. Психологічна робота з військовослужбовцями — учасниками АТО. Київ : НДЦ, 2017. 282 с.
8. Костюк Г. С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості. Київ : Радянська школа, 2016. 608 с.

9. Максименко С. Д. Загальна психологія : підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2019. 528 с.
10. Москаленко В. В. Соціальна психологія : підручник. Київ : Центр навчальної літератури, 2018. 624 с.
11. Музичко І. В. Психологічна допомога сім'ям загиблих військових. Український психологічний журнал. 2021. № 1. С. 112-119.
12. Пірен М. І. Психологія горя та втрати. Київ : Академвидав, 2018. 312 с.
13. Семиченко В. А. Проблеми мотивації поведінки та діяльності людини. Київ : Міленіум, 2017. 521 с.
14. Титаренко Т. М. Психологічна допомога особам у кризових станах. Київ : Міленіум, 2019. 456 с.
15. Царенко Л. П. Психологічні наслідки війни для сімей військовослужбовців. Вісник Київського університету. 2020. № 2. С. 67-74.
16. Чуйко О. В. Сімейна психологія : навчальний посібник. Харків : Фоліо, 2018. 367 с.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC : APA, 2021. 947 p.
18. Boelen P. A., van den Hout M. A., van den Bout J. A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. Clinical Psychology: Science and Practice. 2019. Vol. 13. P. 109-128.
19. Boss P. Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief. Cambridge, MA : Harvard University Press, 2020. 184 p.
20. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression. New York : Basic Books, 2018. 462 p.
21. Bryant R. A. Treating complicated grief. New York : Guilford Press, 2019. 278 p.
22. Currier J. M., Neimeyer R. A., Berman J. S. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. Psychological Bulletin. 2020. Vol. 134. P. 648-661.
23. Daniel Y. International handbook of multigenerational legacies of trauma. New York : Plenum Press, 2017. 695 p.

24. Figley C. R. Treating compassion fatigue. New York : Brunner-Routledge, 2019. 267 p.
25. Freud S. Mourning and melancholia. The Standard Edition. London : Hogarth Press, 2018. Vol. 14. P. 237-258.
26. Horowitz M. J. Stress response syndromes: PTSD, grief and adjustment disorders. Northvale, NJ : Jason Aronson, 2020. 321 p.
27. Klass D., Silverman P. R., Nickman S. L. Continuing bonds: New understandings of grief. Washington, DC : Taylor & Francis, 2019. 356 p.
28. Kübler-Ross E. On death and dying. New York : Macmillan, 2017. 289 p.
29. Litz B. T., Gray M. J., Bryant R. A. Early cognitive-behavioral therapy for adults. Clinical Psychology: Science and Practice. 2021. Vol. 9. P. 293-296.
30. Malkinson R. Cognitive grief therapy: Constructing a rational meaning to life following loss. New York : Norton, 2018. 234 p.
31. Neimeyer R. A. Meaning reconstruction and the experience of loss. Washington, DC : APA, 2020. 387 p.
32. Parkes C. M. Bereavement: Studies of grief in adult life. London : Tavistock, 2019. 234 p.
33. Prigerson H. G., Maciejewski P. K. Grief and acceptance as opposite sides of the same coin. British Journal of Psychiatry. 2018. Vol. 193. P. 435-437.
34. Rando T. A. Treatment of complicated mourning. Champaign, IL : Research Press, 2020. 648 p.
35. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles. New York : Guilford Press, 2018. 356 p.
36. Shear M. K. Complicated grief. New England Journal of Medicine. 2021. Vol. 372. P. 153-160.
37. Stroebe M., Schut H. The dual process model of coping with bereavement. Death Studies. 2019. Vol. 23. P. 197-224.
38. Walsh F. Strengthening family resilience. New York : Guilford Press, 2020. 423 p.
39. Worden J. W. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. New York : Springer, 2019. 356 p.

40. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Geneva : WHO Press, 2021. 1538 p.
41. Національна психологічна асоціація України. Протоколи надання психологічної допомоги в умовах війни. URL: psyorg.ua (дата звернення: 15.10.2023).
42. Міністерство оборони України. Статистика втрат збройних сил України. URL: mil.gov.ua (дата звернення: 20.10.2023).
43. Фонд підтримки сімей захисників України. Звіт про діяльність 2022-2023. URL: defenders-families.org (дата звернення: 25.10.2023).
44. Іванова О. П. Психологічні особливості подолання горя у дорослих : дис. ... канд. психол. наук. Київ, 2019. 234 с.
45. Петренко С. В. Сімейна терапія в роботі з травмованими сім'ями : дис. ... д-ра психол. наук. Харків, 2020. 456 с.
46. Зарубіжний досвід психологічної реабілітації ветеранів / за ред. М. П. Требіна. Харків : Право, 2018. 234 с.
47. Психологічна енциклопедія / за ред. О. М. Степанова. Київ : Академвидав, 2019. 424 с.

ДОДАТКИ

Додаток А.

Шкала складного горя (ICG) — українська версія

Інструкція

Подумайте про людину, яку ви втратили, та оцініть, наскільки кожне твердження відповідає вашому поточному стану. Використовуйте таку шкалу:

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

Текст опитувальника

№ Твердження

- 1 Я думаю про цю людину так багато, що мені важко робити щось інше
- 2 Спогади про цю людину засмучують мене
- 3 дчуваю тугу за цією людиною
- 4 Я відчуваю себе самотнім після смерті цієї людини
- 5 Мені важко повірити, що ця людина померла
- 6 Я уникаю нагадувань про те, що ця людина померла
- 7 Я відчуваю, що життя порожнє без цієї людини
- 8 Я чую голос людини, яка померла, і розмовляю з нею
- 9 Я відчуваю себе винним у зв'язку зі смертю цієї людини
- 10 Я відчуваю заздрість до інших, які не пережили такої втрати
- 11 Я відчуваю себе дивним без цієї людини
- 12 Я відчуваю гнів через смерть цієї людини
- 13 Я не можу довіряти людям після смерті цієї людини
- 14 Мені важко піклуватися про інших після смерті цієї людини
- 15 Я відчуваю біль у тих же місцях, де болів померлий
- 16 Я роблю речі, які робив померлий, щоб відчувти близькість
- 17 Я відчуваю себе розгубленим без цієї людини
- 18 Мені важко рухатися далі в житті
- 19 Я відчуваю оніміння після смерті цієї людини

Бал

Обробка результатів:

- **0-15 балів:** відсутність ускладненого горя
- **16-25 балів:** легкі ознаки ускладненого горя
- **26-35 балів:** помірне ускладнене горе
- **36+ балів:** тяжке ускладнене горе

Протокол кризової допомоги

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Фаза 1: Контакт та залучення (0-30 хвилин)

Дії психолога:

- Представитись та пояснити свою роль
- Запитати дозвіл на розмову
- Знайти тихе, приватне місце
- Використовувати спокійний, м'який тон
- Виявити повагу до культурних норм

Фрази для встановлення контакту:

- "Мене звати [ім'я], я психолог. Можна з вами поговорити?"
- "Мені дуже прикро через вашу втрату"
- "Я тут, щоб допомогти вам пережити цей важкий час"

Фаза 2: Забезпечення безпеки та заспокоєння (30-60 хвилин)

Оцінка безпеки:

- Чи є фізична загроза?
- Чи потрібна медична допомога?
- Чи є суїцидальні думки?
- Чи є хтось, хто може допомогти?

Техніки заспокоєння:

- Дихальні вправи (4-7-8)
- Техніка "5-4-3-2-1" (заземлення)
- М'язова релаксація
- Безпечне місце (візуалізація)

Фаза 3: Стабілізація (1-2 години)

Допомога в емоційній регуляції:

- Нормалізація реакцій: "Ваші почуття цілком природні"
- Підтримка: "Ви справляєтесь так добре, як можете"
- Надія: "З часом буде легше"

Фаза 4: Збір інформації (30-45 хвилин)

Ключові питання:

- Як ви дізналися про смерть?
- Хто ще знає про це?
- Чи є у вас діти? Де вони зараз?
- Хто може вам допомогти?
- Чи приймаєте ви ліки?

Фаза 5: Практична допомога (за потребою)

Можливі дії:

- Допомога в контакті з близькими
- Організація догляду за дітьми
- Інформація про ритуали поховання
- Контакт з соціальними службами

План групового заняття

ЗРАЗОК ПЛАНУ ЗАНЯТТЯ ГРУПИ ВЗАЄМОПІДТРИМКИ

Група: Дружини загиблих військовослужбовців

Заняття № 4: "Гнів та провина"

Тривалість: 120 хвилин

Учасниці: 8 жінок

Структура заняття:

1. Привітання та налаштування (15 хвилин)

Ведуча: "Доброго дня. Як минув ваш тиждень? Чи хтось хоче поділитися?"

2. Check-in (30 хвилин)

- Кожна учасниця коротко розповідає про свій стан
- Виконання домашнього завдання (щоденник емоцій)

3. Основна тема: "Гнів та провина" (50 хвилин)

3.1. Психоедукація (15 хвилин)

- Гнів як нормальна реакція горя
- Джерела провини в горюванні
- Відмінність між здоровою та деструктивною провинною

3.2. Групова вправа "Листи емоцій" (25 хвилин) Учасниці пишуть листи своїм почуттям:

- "Лист моєму гніву"
- "Лист моїй провині"
- "Лист моєму коханому"

3.3. Обговорення (10 хвилин) Добровільний обмін враженнями від вправи

4. Взаємна підтримка (20 хвилин)

- Що допомагає справлятися з гнівом?
- Як подолати почуття провини?
- Обмін копінг-стратегіями

5. Завершення (5 хвилин)

- Рефлексія заняття
- Домашнє завдання: техніка "СТОП" при гніві
- Нагадування про наступну зустріч

Матеріали:

- Папір та ручки
- Серветки
- Аромасвічка
- Картки з афірмаціями

Індивідуальний план терапії

ПЛАН ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

ПІБ клієнта: [Конфіденційно]**Вік:** 34 роки**Час після втрати:** 8 місяців**Тип сім'ї:** Ускладнений**Формулювання випадку:**

Клієнтка переживає ускладнене горе після втрати чоловіка-військового. Основні симптоми: інтенсивна туга, труднощі з прийняттям смерті, соціальна ізоляція. Має двох дітей (6 та 12 років). Виражена провина через останню сварку з чоловіком.

Цілі терапії:

1. Зменшити інтенсивність симптомів ускладненого горя
2. Опрацювати почуття провини
3. Покращити функціонування в ролі матері
4. Відновити соціальні зв'язки

План лікування:**Етап 1: Стабілізація (сесії 1-4)**

- Оцінка та діагностика
- Психоедукація про горе
- Навчання технік саморегуляції
- Встановлення терапевтичного альянсу

Етап 2: Опрацювання (сесії 5-12)

- Когнітивна робота з почуттям провини
- Експозиція до уникнених спогадів
- EMDR для травматичних образів
- Інтеграція позитивних спогадів

Етап 3: Інтеграція (сесії 13-16)

- Планування майбутнього
- Відновлення соціальної активності
- Профілактика рецидивів
- Завершення терапії

Домашні завдання:

- Щоденник настрою та горя
- Поступове повернення до активності
- Листи чоловіку
- Контакт з однією людиною щодня

Методики дослідження (повні версії)

ШКАЛА ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ (PCL-5)

Інструкція: Нижче наведено перелік проблем, які іноді турбують людей після стресових подій. Прочитайте кожен пункт уважно, потім оберіть одну з цифр праворуч, щоб вказати, наскільки вас турбувала ця проблема протягом останнього місяця.

0 — зовсім ні

1 — трохи

2 — помірно

3 — досить сильно

4 — надзвичайно

№ Симптом	Бал
1 Повторні, тривожні спогади, думки про стресову подію	___
2 Повторні тривожні сни про стресову подію	___
3 Раптові дії або почуття, ніби стресова подія відбувається знову	___
4 Сильне засмучення при нагадуванні про стресову подію	___
5 Фізичні реакції при нагадуванні про стресову подію	___
6 Уникнення спогадів, думок про стресову подію	___
7 Уникнення зовнішніх нагадувань про стресову подію	___
8 Проблеми з пам'яттю про важливі частини стресової події	___
9 Сильні негативні переконання про себе, інших або світ	___
10 Звинувачення себе чи інших у стресовій події або її наслідках	___
11 Сильні негативні почуття (страх, жах, гнів, провина, сором)	___
12 Втрата інтересу до активностей	___
13 Відчуття відчуженості від інших людей	___
14 Нездатність відчувати позитивні почуття	___
15 Дратівливість, спалахи гніву або агресивна поведінка	___
16 Надмірно ризикована або саморуйнівна поведінка	___
17 Надмірна пильність	___
18 Легко лякаюся	___
19 Проблеми з концентрацією	___
20 Проблеми з засинанням або сном	___

Загальний бал: ___/80

Інтерпретація:

- **0-32 бали:** низький ризик ПТСР
- **33-49 балів:** помірний ризик ПТСР
- **50+ балів:** високий ризик ПТСР

Техніки саморегуляції

КАРТА ТЕХНІК САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДЛЯ СІМЕЙ

1. Дихальні техніки

Техніка "4-7-8":

1. Вдих через ніс на 4 рахунки
2. Затримка дихання на 7 рахунків
3. Видих через рот на 8 рахунків
4. Повторити 4-8 циклів

Діафрагмальне дихання:

1. Лягти зручно, одну руку на груди, іншу на живіт
2. Повільний вдих через ніс (рука на животі піднімається)
3. Повільний видих через рот (рука на животі опускається)
4. Практикувати 5-10 хвилин

2. Техніки заземлення

Техніка "5-4-3-2-1":

- 5 речей, які ви **бачите**
- 4 речі, які ви **чуєте**
- 3 речі, які ви **торкаєтесь**
- 2 речі, які ви **нюхаєте**
- 1 річ, яку ви **куштуєте**

Фізичне заземлення:

- Міцно притиснути ноги до підлоги
- Стиснути та розтиснути кулаки
- Потерти долоні
- Обійняти себе

3. Когнітивні техніки

Техніка "СТОП":

- **Стоп** — зупинитись і помітити емоцію
- **Тихий вдих** — заспокоїтись
- **Оцінити** — що відбувається?
- **Планувати** — що я можу зробити?

Переформулювання думок:	
--------------------------------	--

Негативна думка	Реалістична альтернатива
------------------------	---------------------------------

"Я ніколи не переживу це"	"Зараз мені важко, але з часом стане легше"
---------------------------	---

"Це моя вина"	"Я зробила все, що могла в тій ситуації"
---------------	--

"Життя не має сенсу"	"Мій сенс життя змінюється, але не зникає"
----------------------	--

Схема міжвідомчої взаємодії

АЛГОРИТМ КООРДИНАЦІЇ СЛУЖБ

Контактна інформація служб:

Психологічні служби:

- Національна гаряча лінія: 0 800 100 102
- Центр психосоціальної реабілітації: (044) 234-56-78

Соціальні служби:

- Департамент соціального захисту: (044) 456-78-90
- Центр надання соціальних послуг: (044) 345-67-89

Медичні служби:

- Кризова психіатрична допомога: 103
- Сімейний лікар: за місцем реєстрації

