

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВОДНОГО
ГОСПОДАРСТВА ТА ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ
ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

Кваліфікаційна робота (проект)

другий (магістерський) ступінь вищої освіти

на тему

**ПСИХОКОРЕКЦІЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ВДІВ
ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВИХ**

Виконав здобувач спеціальності
053 Психологія

Боганець Алла Ігнатівна

(прізвище та ініціали)

Керівник

Коротюк Валентина Володимирівна

(прізвище та ініціали)

Рецензент канд. пед. наук, доцент
кафедри суспільних дисциплін НУВГП

Якубовська Світлана Святославівна

(прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ГОРЯ У ВДІВ ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВИХ.....	9
1.1. Феноменологія та диференційна діагностика депресивних станів: розмежування з ускладненим горюванням	9
1.2. Травматична втрата та Пролонгований горючий розлад (PGD): Специфіка переживання у вдів загиблих військових	13
1.3. Біопсихологічний аспект депресії та роль нейронних механізмів: Обґрунтування інтегративної програми	18
1.4. Сучасні підходи до психокорекції депресивних станів у вдів загиблих військових: Обґрунтування інтегративної програми "Шлях до Відновлення".....	22
Висновок до розділу 1.....	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ВДІВ ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВИХ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЇХНЬОЇ ПСИХОКОРЕКЦІЇ.....	29
2.1. Організація та методологія дослідження.....	30
2.2. Психодіагностичне обстеження депресивних станів та переживання горя.....	38
2.3. Концептуально-методологічне обґрунтування, структура та зміст Інтегративної програми психокорекції "Шлях до Відновлення".....	47
2.4. Аналіз ефективності психокорекційної програми.....	57
Висновок до розділу 2.....	66
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ТА МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОБОТИ З ВДОВАМИ ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВИХ.....	69
3.1. Принципи побудови та обґрунтування інтегративної психокорекційної програми.....	70

3.2. Зміст психокорекційної програми: модулі, методи та техніки.....	76
3.3. Рекомендації щодо впровадження та подальшої підтримки.....	94
Висновок до розділу 3.....	103
ВИСНОВКИ.....	106
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	119
ДОДАТКИ.....	131

ВСТУП

Актуальність дослідження. Повномасштабне вторгнення російської федерації спричинило значне зростання кількості сімей, які переживають втрату військових [I.47; I.63; I.86]. Стан горювання у таких сімей часто ускладнюється депресивними проявами, підвищеною тривожністю, зниженням адаптивності та виснаженням власних ресурсів [I.62; I.73; I.77; II.3]. Психологічна підтримка вдів загиблих військових є важливою складовою збереження психічного здоров'я населення в умовах сьогодення [I.51; I.71].

Незважаючи на актуальність проблеми, в українській практиці недостатньо методично обґрунтованих та апробованих програм психокорекції, адаптованих до потреб жінок, які втратили чоловіків унаслідок воєнних дій. Сучасні психологічні підходи підкреслюють важливість інтегративних методів, що поєднують когнітивно-поведінкові [I.8; I.16], тілесно-орієнтовані [I.75; I.80], арт-терапевтичні [I.4; I.30] та травмафокусовані техніки [I.76; II.14]. Розробка та емпірична перевірка таких програм є необхідною умовою підвищення ефективності психологічної допомоги постраждалим від воєнної травми [I.22; I.76].

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити ефективність інтегративної програми психокорекції депресивних станів у вдів загиблих військових.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати стан наукової розробленості проблеми депресивних станів та горювання у жінок, які пережили втрату.
2. Обґрунтувати теоретичні засади інтегративного підходу до психокорекції депресивних проявів у вдів загиблих військових.
3. Визначити психологічні особливості депресивних станів та їх взаємозв'язок із переживанням втрати.
4. Розробити та апробувати комплекс діагностичних методик і програму психокорекції «Шлях до Відновлення».

5. Експериментально дослідити ефективність програми за показниками депресії, тривоги та інтенсивності переживання горя.

Об'єкт дослідження: психоемоційні стани вдів загиблих військових.

Предмет дослідження: психологічні особливості депресивних станів та їхня корекція у вдів загиблих військових.

Гіпотеза: інтегративна психокорекційна програма сприятиме зниженню рівня депресії, тривоги та інтенсивності горювання у вдів загиблих військових.

Методологічна основа дослідження ґрунтується на принципах системності, детермінізму, розвитку, єдності свідомості й діяльності [I.46; I.67], а також на сучасних теоретичних положеннях психології горя та психокорекції [I.76; I.77].

Теоретичну основу становлять концепції психотерапії, орієнтованої на подолання наслідків травматичних подій [I.22; I.58; I.76], положення когнітивно-поведінкової терапії [I.8; I.16], тілесно-орієнтованих підходів [I.75; I.80] та арт-терапії [I.4; I.30].

Загальнонаукові принципи та підходи:

принцип системності (біопсихосоціальний підхід): дозволяє розглядати депресивні стани та горювання не як окремий феномен, а як результат складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників [I.41; I.50; I.86], що є основою для розробки інтегративної програми, яка охоплює всі ці рівні впливу, включаючи репроцесинг травми;

принцип детермінізму: вказує на наявність причинно-наслідкових зв'язків між травматичним досвідом (втратою) і розвитком депресивних станів [I.81; I.86], а також між психокорекційним втручанням (зокрема, травмафокусованим) та змінами у нейронних механізмах [I.50; II.14];

принцип розвитку (динамічний підхід): передбачає аналіз динаміки психологічних станів (депресія, тривога, горювання) у процесі психокорекції ("до" та "після") та оцінку їхньої стійкості [I.67];

принцип об'єктивності: забезпечує незалежність отриманих результатів шляхом використання статистичних методів та об'єктивних діагностичних інструментів [I.31; I.42];

принцип єдності свідомості та діяльності (за С.Л. Рубінштейном): дозволяє розглядати психічні стани у взаємозв'язку з активністю особистості [I.46], обґрунтовуючи застосування поведінкової активації як методу корекції [I.56].

Методи дослідження включають:

- теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення наукових джерел) [I.13; I.70];
- емпіричні (тестування за стандартизованими методиками, спостереження, бесіда) [I.31; I.55];
- формувальний експеримент з апробацією програми;
- методи математичної статистики та інтерпретаційні методи для перевірки ефективності впливу [I.42].

Наукова Новизна і Теоретичне Значення Результатів полягає у:

- розробці та апробації інтегративної програми психокорекції депресивних станів у вдов загиблих військових;
- уточненні психологічних характеристик депресивних проявів у жінок, які пережили втрату;
- визначенні ефективності поєднання когнітивно-поведінкових, тілесно-орієнтованих і творчих методів у роботі з переживанням горя.

Теоретичне значення полягає у поглибленні уявлень про психологічні механізми формування та подолання депресивних станів у контексті втрати, а також у розвитку підходів до інтегративної психокорекції.

Практичне значення полягає у можливості використання програми «Шлях до Відновлення» у роботі психологів громадських організацій, реабілітаційних центрів та служб, що надають допомогу сім'ям загиблих військових.

Експериментальна база дослідження: Емпіричне дослідження проводилося протягом 2024–2025 років на базі Громадської організації «Територія Змін», що надає психологічну підтримку родинам загиблих військових в Острозькій територіальній громаді Рівненської області. Участь у дослідженні взяли 40 жінок – вдів загиблих військових, віком від 25 до 50 років. Вони були розподілені на дві групи: експериментальна група (20 учасниць), що проходила програму «Шлях до Відновлення», та контрольна група (20 учасниць), що брала участь лише у психодіагностичному обстеженні. Вибірка формувалася на основі добровільної інформованої згоди, з повним дотриманням етичних норм, конфіденційності та забезпеченням психологічної безпеки учасниць на всіх етапах.

Організаційна форма: Дослідження включало психодіагностичне обстеження (етапи "до" і "після"), а також апробацію Інтегративної програми психокорекції, що проводилася у форматі групових та індивідуальних занять [I.74; I.88]. База дослідження забезпечила необхідні умови (конфіденційні приміщення, кваліфікований супровід) для безпечного застосування елементів EMDR та інших травмафокусованих технік [I.76].

Основні положення, результати та висновки дослідження були **апробовані** та представлені на міжнародних науково-практичних конференціях, а також опубліковані у наукових періодичних виданнях, що підтверджується відповідними сертифікатами:

1. Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні питання сучасної науки: історія, теорія, практика» (15–17 вересня 2025 року, Україна, м. Харків; США, м. Форт-Пірс);

Основні матеріали дослідження, що стосуються біопсихосоціального обґрунтування інтегративної моделі, викладено у статті «Психологічні аспекти переживання втрати та психокорекція депресивних станів у вдів загиблих військових» у Мультидисциплінарному науковому часописі «Нотатки сучасної науки», 2025, № 28.

2. Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні тенденції соціально-гуманітарного розвитку суспільства» (3-5 жовтня 2025 року, Україна, м. Харків; Німеччина, м. Циттау).

Результати апробації програми, зокрема висновки щодо ефективності травмафокусованих технік (ЕМДР), представлено у статті «Психологічні аспекти переживання втрати та психокорекція депресивних станів у вдів загиблих військових у контексті соціально-гуманітарного розвитку суспільства» у збірнику наукових праць «Соціально-гуманітарний вісник™», 2025, Випуск 60.

Крім того, апробація та підвищення кваліфікації здійснювалися шляхом індивідуальної форми самоосвіти та неформальної освіти з питань кризового консультування та травматерапії, що включало вивчення протоколів роботи з травмою та елементів EMDR.

Структура та обсяг роботи

Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (131 найменування) та додатків. Основний обсяг роботи становить 116 сторінок. Повний обсяг роботи - 168 сторінок. Дослідження містить 24 таблиці та 4 рисунки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ГОРЯ У ВДІВ ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВИХ

Смерть близької людини - особливо внаслідок війни - є подією надзвичайно травматичною. Такий досвід часто призводить до тривалих порушень емоційної рівноваги, ускладнює процес адаптації та може провокувати розвиток депресивних станів [I.12; 86; II.3]. Для жінок, які втратили чоловіків на війні, горювання має багатовимірний характер: у ньому переплітаються травматичні спогади, почуття втрати, соціальні очікування та внутрішня напруга [I.47; I.86]. Усвідомлення психологічних механізмів депресії, специфіки перебігу горювання та нейробіологічних змін, що супроводжують ці стани, є необхідною умовою для побудови ефективної системи психокорекції [I.50; I.72; II.6].

Розділ присвячено класифікаційним критеріям, які допомагають відрізнити депресію від процесу горювання, а також особливостям переживання втрати в умовах травматичного досвіду [I.77; I.86]. Окремо розглядаються сучасні нейропсихологічні моделі, що пояснюють порушення роботи центральної нервової системи під впливом стресу та горя [I.86; I.50]. Важливим завданням є обґрунтування інтегративного підходу до психокорекції, який поєднує когнітивну роботу, тілесні практики та емоційно-образні методи [I.76; I.22; I.80], а також аналіз ролі громадських організацій у підтримці жінок, які втратили чоловіків на війні [I.71].

1.1. Феноменологія та диференційна діагностика депресивних станів: розмежування з ускладненим горюванням

Депресивні стани належать до найпоширеніших форм емоційних порушень [I.15; II.21]. У випадку втрати близької людини, особливо в умовах війни, вони часто мають реактивний характер і поєднуються з травматичними переживаннями, утворюючи складні коморбідні прояви [I.86; II.3]. Саме тому важливо чітко відрізнити природний процес

горювання від патологічних станів - клінічної депресії чи ускладненого варіанту переживання втрати [I.15; I.77].

Клінічні прояви Великого депресивного розладу (MDD)

У міжнародних класифікаціях МКХ-10 (F32–F33) та DSM-5 депресивний розлад описується як багатовимірний стан, що охоплює зміни настрою, мислення, поведінки та фізіологічного функціонування [I.27; I.86]. Діагноз MDD встановлюють за наявності щонайменше п'яти симптомів, які тривають не менше двох тижнів; серед них обов'язковими є виражене зниження настрою або втрата здатності отримувати задоволення [I.27].

У жінок, які переживають втрату чоловіка внаслідок війни, депресивні симптоми часто набувають особливих, специфічних рис, таких як:

1. Ангедонія та втрата мотивації, або її зниження. В цьому випадку здатність відчувати радість різко зменшується, а досвід «провини вцілілого» може посилювати емоційне виснаження та формувати хронічне самоосудження. Жінка переживає, що продовжує жити й може радіти, тоді як її чоловік загинув [I.47; I.86].
2. Когнітивні порушення. Румінації, нав'язливі думки про момент втрати чи обставини загибелі, негативні переконання щодо себе й майбутнього створюють підґрунтя для стійкого депресивного мислення. З'являються постійні нав'язливі думки, ніби прокручування болісних спогадів, деталей смерті та інші негативні автоматичні думки («Я нічого не варта», «Моє життя завершене, «Моє життя втратило сенс», «Чому він» тощо) [I.8; I.75].
3. Соматичні прояви. Тривала або постійна втома, розлади сну в тому числі раннє пробудження або пізнє засинання, втрата апетиту часто сприймаються самою жінкою як «природний наслідок стресу» і часто сприймаються як «нормальна реакція» на стрес, хоча насправді вони можуть значно дестабілізувати психоемоційний стан і поглиблювати депресивні прояви та поглиблюють емоційну дезорганізацію [I.65; I.17].

Диференційна діагностика: депресія та горювання

Горювання є природною й адаптивною реакцією на втрату [I.77; I.22]. Його головна функція полягає у поступовій інтеграції образу померлого у внутрішній світ [I.35; I.77]. Зазвичай цей процес має динамічний характер і не потребує клінічного втручання. Проте інколи відбувається його патологізація, це тоді, коли горювання втрачає конструктивний характер, фіксується на окремих переживаннях, провокує дезадаптацію або трансформується у депресивний розлад чи Пролонгований горючий розлад (PGD) [I.77; I.86]. Ключові критерії для розмежування цих станів у цільовій групі наведені в табл. 1.1.1 [I.15; I.77; I.27].

Таблиця 1.1.1

Критерії розмежування Нормативного горювання, Клінічної депресії (MDD) та Ускладненого горювання (PGD/PCBD) у контексті втрати

Критерій	Нормативне Горювання (Норма)	Клінічна Депресія (MDD)	Ускладнене Горювання (PGD/PCBD)
Основний фокус	Туга за померлим; «хвилі горя».	Глобальне відчуття провини, безнадії; зниження самооцінки.	Туга надзвичайної інтенсивності, фіксація на втраті.
Самооцінка	Зберігається.	Стійко знижена, часто ідеї самозвинувачення.	Не стосується самооцінки, а лише втрати.
Ангедонія	Тимчасова, може змінюватися позитивними емоціями.	Стійка, відсутність задоволення від усіх аспектів життя.	Може бути, але тільки щодо діяльності, пов'язаної з померлим.

Критерій	Нормативне Горювання (Норма)	Клінічна Депресія (MDD)	Ускладнене Горювання (PGD/PCBD)
Тривалість	З часом зменшується, не перевищує 6-12 місяців.	Понад 2 тижні стійких симптомів, що порушують функціональність.	Стійкі симптоми понад 6 (МКХ-11) або 12 (DSM-5) місяців.
Суїцидальні думки	Відсутні, окрім бажання «бути разом» із померлим.	Спрямовані на припинення страждань, часто без фокусу на померлому.	Можливі, як частина відчаю, але не є основним критерієм.

Актуальність питання коморбідності та сучасних підходів до класифікації

У ситуації втрати близької людини в умовах війни депресивні стани рідко існують ізольовано тобто депресивні прояви майже ніколи не функціонують окремо від інших психічних реакцій. Найчастіше для таких ситуацій характерне нашарування кількох розладів, які проявляються одночасно та взаємно підсилюють одне одного. Серед таких розладів розрізняють:

1. MDD (Великий депресивний розлад) [I.27].
2. PGD (Пролонгований горючий розлад, визначений у МКХ-11) [I.86].
3. ПТСР (Посттравматичний стресовий розлад), що виникає через травматичні обставини смерті [I.76; II.24].

Запровадження МКХ-11 у 2022 році стало важливим кроком у сучасній психіатричній практиці, тому, що нова класифікація пропонує більш гнучкий підхід до розуміння психічних порушень. Зокрема, пролонгований горючий розлад (PGD) було відокремлено як самостійну діагностичну категорію [I.86]. Це має принципове значення для

диференційної діагностики, оскільки дало змогу уточнювати клінічну картину та дозволяє точніше визначати терапевтичні цілі.

Отже, допомога у випадках військової втрати має бути багатокомпонентною. Вона включає роботу з депресивними думками та переконаннями (методи когнітивно-поведінкової терапії, КПТ) [I.8], а також практики, що допомагають повторно опрацювати травматичні спогади й емоції, пов'язані з горем (EMDR, арт-терапія) [I.76; I.4]. Поєднання цих напрямів не лише стабілізує емоційний стан, але й поступово відновлює внутрішні ресурси, що особливо важливо для довготривалої психологічної стійкості [I.22; I.76].

Таблиця 1.1.2

**Порівняльний аналіз діагностичних моделей депресії та
горювання в сучасних класифікаціях [I.86; I.27]**

Критерій	МКХ-10	МКХ-11	DSM-5
Основна форма	Депресивний епізод	Депресивний епізод + PGD	MDD + PCBD
Тривалість	≥2 тижні	≥2 тижні / PGD ≥6 міс	MDD ≥2 тижні / PCBD ≥12 міс
Горювання як діагноз	Ні	Так (PGD)	Так (PCBD – досліджується)
Контекст втрати	Непрямо	Прямо	Прямо

1.2. Травматична втрата та Пролонгований горючий розлад (PGD): специфіка переживання у вдів загиблих військових

Сам по собі процес горювання являє собою складну емоційно-психологічну реакцію, що допомагає людині поступово пристосуватися (адаптуватися) до факту втрати [I.77]. Проте смерть чоловіка для дружини, через воєнні дії, кардинально змінює перебіг цього процесу, надаючи йому

ознак психологічної травми та порушуючи його природну динаміку [I.12; I.19]. Така втрата поєднує у собі шок, раптовість, емоційне відчуття незавершеності та значний соціальний тиск, що різко підвищує ймовірність розвитку ускладненого (продовженого) горючого розладу (PGD/PCBD), а також супутніх депресивних проявів та станів [I.86; I.19].

У контексті переживання втрати особливо важливим є застосування Dual Process Model (Stroebe & Schut, 1999) [I.77]. Ця модель пояснює адаптаційний характер горювання як постійне коливання між двома орієнтаціями: орієнтацією на втрату (*focusing on the loss*) та орієнтацією на відновлення (*focusing on restoration*) [I.77]. Перша передбачає проживання болю, туги та емоційне опрацювання втрати, тоді як друга включає адаптаційні дії, переключення уваги на повсякденні справи та поступову соціальну інтеграцію. У випадку дружин загиблих військових цей природний баланс часто порушується: соціальний тиск і травматичні обставини блокують нормальне чергування між двома процесами, сприяючи фіксації на втраті та подальшому розвитку ускладненого горювання [I.47].

Далі ми розглянемо механізми травматичної втрати, або як їх ще називають чинники, що сприяють патологізації горювання, а також діагностичні критерії, які є ключовими для створення цільових програм психокорекції та необхідні для розроблення ефективних психокорекційних втручань.

Чинники травматичної втрати, що порушують процес горювання

Горювання у вдів загиблих військових має особливу та унікальну структуру, яка суттєво відрізняється від типового процесу втрати. Вирішальну роль у цій відмінності відіграє, саме травматичний характер самої втрати, що ускладнює природний процес горювання:

1. Раптова та насильницька загибель.

Загибель військового зазвичай відбувається несподівано, що спричиняє гострий шок і перешкоджає нормальному емоційному опрацюванню того,

що сталося [I.19; I.76]. Насильницький характер втрати породжує травматичні образи (навіть якщо жінка не була безпосереднім свідком), які посилюють симптоми ПТСР і перешкоджають природному проходженню фази «пошуку та туги» (за Дж. Боулбі) [I.77; I.76].

2. Відсутність можливості прощання (феномен незавершеності). Коли відсутня можливість побачити тіло, сказати останні слова чи провести традиційні ритуали прощання, виникає стійке відчуття незавершеності, яке може тривати роками [I.47]. Це суттєво ускладнює та заважає фінальній фазі та етапам інтеграції втрати та поступовому прийняттю [I.77].

3. Соціальний тиск та героїзація загиблого. У суспільстві, що перебуває у стані війни, вдова стикається з очікуваннями, які на неї покладає суспільство бути «сильною, гідною та стриманою» - «вдовою героя». Такий соціальний тиск може призвести до емоційного заморожування, уникнення автентичного вираження болю та внутрішнього конфлікту, оціпеніння, що підвищує ризик виникнення ускладненого горювання [I.86; I.47].

4. Коморбідність горя, травми (ПТСР) та депресії. Травматична втрата часто призводить до перехрещення симптомів: нав'язливих флешбеків (ПТСР), гіперзбудження та ангедонії (депресія). Такий комплексний психічний стан потребує інтегративної психокорекції, яка враховує всі складові одночасно [I.76; I.86].

Таблиця 1.2.1

Вплив обставин втрати на характер горювання: травматичні аспекти [I.19; I.47; I.76; I.86]

Чинник	Вплив на горювання
Раптова загибель	Ефект шоку, порушення адаптації
Насильницький характер	Травматичні образи, ПТСР
Відсутність прощання	Відчуття незавершеності, емоційна фіксація

Чинник	Вплив на горювання
Героїзація	Соціальний тиск, емоційне заморожування
ПТСР + депресія	Комплексна дезорганізація, потреба в психокорекції

Ускладнене горювання: критерії діагностики (PGD та PCBD)

Ускладнене, або травматичне, горювання проявляється тоді, коли природна адаптація до втрати порушується [I.77; I.86]. У такому випадку переживання горя стають хронічними, надмірно інтенсивними, тобто вони не допомагають людині поступово інтегрувати втрату та вийти з такого стану, а навпаки блокують цей процес. Ризик розвитку ускладненого горювання у вдів загиблих військових значно високий, що пояснюється особливостями травматичних обставин втрати [I.86; I.19].

А. Пролонгований горючий розлад (Prolonged Grief Disorder, PGD) за МКХ-11

У новій редакції МКХ-11 PGD офіційно визначено як окрему діагностичну категорію (код 6B40) [I.86]. Основні критерії цього розладу включають:

1. Тривалість симптомів: зберігаються понад 6 місяців після втрати.
2. Стійка та інтенсивна туга: постійне відчуття туги, смутку, емоційної болючості та внутрішньої порожнечі, які є надмірними й не відповідають адаптивному процесу.
3. Порушення функціональності: симптоми створюють значні труднощі у соціальному, професійному чи інших сферах.
4. Фіксація на втраті: надмірна концентрація на померлому, неможливість прийняти факт смерті та повернутися до повноцінного, нормального життя.

Б. Персистентний складний горючий розлад (Persistent Complex Bereavement Disorder, PCBD) за DSM-5

DSM-5 у розділі «Conditions for Further Study» описує PCBD як стан зі подібними проявами, але з більш тривалою хронізацією симптомів - понад 12 місяців після втрати [I.27].

Ключова відмінність ускладненого горювання від клінічної депресії (MDD) полягає в:

- Для MDD характерним є загальне зниження настрою, порушенням самооцінки та постійним відчуття провини [I.15; I.77].
- Для PGD/PCBD відзначаються увагою на втраті: постійна туга, неможливість прийняти смерть, високий ризик соціальної ізоляції та уникнення контактів. Саме тому ці стани потребують спеціалізованих психокорекційних методів, які орієнтовані на травму [I.77].

Таблиця 1.2.2

Ознаки нормативного горювання та прояви його ускладненої форми [I.77; I.86]

Критерій	Нормативне горювання	Ускладнене горювання
Тривалість	До 6-12 місяців	Понад 6–12 місяців
Емоції	Зменшуються з часом	Інтенсивні, хронічні
Функціональність	Збережена або поступово відновлюється	Порушена
Прийняття втрати	Поступове	Відсутнє
Соціальні контакти	Збережені	Ізоляція
Суїцидальні думки	Рідко	Часто

Теоретичні моделі та їхня дезорганізація травмою

Щоб краще зрозуміти, як люди переживають втрату, дослідники пропонують різні теоретичні моделі. Кожна з них пояснює певні емоційні та психологічні процеси, які відбуваються під час горювання. У випадку вдів

загиблих військових ці моделі набувають особливого значення, адже травматичні обставини втрати часто порушують природний перебіг адаптації. У таблиці нижче подано основні теорії та їхні ключові ідеї, а також те, як вони проявляються саме в цій цільовій групі.

Таблиця 1.2.3

**Основні теорії переживання втрати: ключові ідеї та особливості
для вдів загиблих військових**

Теорія	Ключова ідея	Особливості для вдів загиблих військових
Кюблер-Росс	Послідовні етапи емоційного реагування	Можлива фіксація на гніві або депресії, блокування стадій
Боулбі	Розрив прив'язаності	Глибока емоційна дезорганізація, патологічна фаза пошуку та туги
Stroebe & Schut	Маятниковий процес між болем і адаптацією	Соціальний тиск змушує прискорювати орієнтацію на відновлення, маскуючи невирішене горе

1.3. Біопсихологічний аспект депресії та роль нейронних механізмів: обґрунтування інтегративної програми

Сучасне розуміння депресивних станів, що виникають унаслідок травматичної втрати, базується на біопсихосоціальній моделі [1.50; 1.86]. Вона трактує депресію не лише як психологічне явище, але й як стійке порушення нейрофізіологічних процесів [1.86], що потребує цілеспрямованого та багаторівневого втручання.

Аналіз ключових нейронних механізмів дає безпосереднє пояснення та дозволяє обґрунтувати ефективність інтегративної програми, яка поєднує когнітивну роботу, тілесні практики та травмафокусовані методи (зокрема

EMDR). Кожен її компонент спрямований на відновлення конкретної функції мозку, яка була порушена внаслідок травматичного досвіду.

Дисрегуляція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (ГГН) як мішень для соматичної стабілізації

Травматична втрата провокує та створює стан хронічного стресу, що дезорганізує (призводить до дисфункції) роботу гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (ГГН-вісь) [I.81; I.80].

- Патомеханізм. Надмірне виділення кортизолу має нейротоксичний ефект: пошкоджуються клітини гіпокампу, який відповідає за пам'ять та емоційне опрацювання, і одночасно підвищується активність амігдали, що регулює реакції страху [I.81; I.51].
- Клінічні прояви. Це проявляється у формі тривожності, порушень сну, соматичних симптомів та підвищеній емоційній чутливості.
- Обґрунтування втручання. Тілесно-орієнтовані техніки (дихальні вправи, граундінг) та практики майндфулнес стимулюють парасимпатичну нервову систему [I.75; I.80] допомагаючи регулювати ГГН вісь, знижувати рівень кортизолу та відновлювати відчуття тілесної безпеки.

Дисбаланс DMN/ECN як мішень для когнітивної та травмафокусованої роботи

У стані депресії та при патологічній фіксації на процесі горювання порушується взаємодія між двома основними нейронними мережами - мережею пасивного режиму (DMN) та мережею виконавчого контролю (ECN). Саме цей дисбаланс підтримує замкнений цикл негативних переживань і румінацій [I.86; I.50]. Інтегративна програма, що включає когнітивно-поведінкову терапію та EMDR, спрямована на нормалізацію цієї взаємодії та формування більш адаптивних патернів обробки емоцій.

**Дисбаланс Функціональних Нейронних Мереж (DMN та ECN)
при Депресії та Травматичному горюванні [1.86; 1.8]**

Нейронна мережа	Функція	Дисфункція при Депресії/Горі	Психологічний Прояв
Мережа Пасивного Режиму (Default Mode Network, DMN)	Саморефлексія, внутрішній монолог, уява.	Гіперактивація та порушення зв'язку з іншими мережами.	Румінації: Нав'язливе прокручування болісних спогадів, самозвинувачення, фіксація на втраті.
Мережа Виконавчого Контролю (Executive Control Network, ECN)	Планування, увага, прийняття рішень, когнітивна гнучкість.	Гіпоактивність та зниження ефективності.	Апатія, дезорганізація, втрата мотивації, нездатність вийти з кризи.

Обґрунтування втручання

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Основною метою є свідомо активація мережі виконавчого контролю (ECN) та префронтальної кори (ПФК). Завдяки цьому відбувається пригнічення гіперактивності мережі пасивного режиму (DMN), яка підтримує цикл румінацій та негативних автоматичних думок. Таким чином КПТ допомагає розірвати патологічне коло постійного прокручування травматичних спогадів і сприяє формуванню більш адаптивних когнітивних стратегій.

2. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, десенсибілізація та репроцесинг рухами очей). Цей метод націлений на

роботу з фрагментованими травматичними спогадами, які залишаються «замороженими» (заблокованими) у пам'яті. EMDR активує Адаптивну Систему Обробки Інформації (АОС) мозку [I.76], дозволяючи інтегрувати травматичний досвід з амігдали - центру емоційної реактивності - до префронтальної кори та гіпокампу. У результаті травматичні спогади поступово втрачають свою руйнівну силу, стають більш контрольованими та інтегрованими у загальний досвід.

Нейропластичність як механізм відновлення

Нейропластичність - це базова властивість мозку змінювати свою структуру та функціонування у відповідь на досвід, навчання або терапевтичний вплив. Саме вона виступає головним механізмом відновлення після травматичних подій.

- Пригнічення нейропластичності. Хронічний стрес, високий рівень кортизолу та нейрозапальні процеси негативно впливають на мозок: вони пригнічують нейрогенез у гіпокампі - зоні, що відповідає за пам'ять та емоційну інтеграцію, - а також знижують синаптичну пластичність [I.51; I.81]. Що призводить до стійких когнітивних та емоційних порушень

- Стимуляція нейропластичності через інтегративну програму. Психокорекційна програма «Шлях до Відновлення» виступає своєрідним каталізатором нейропластичних процесів:

1. Зниження стресу за допомогою тілесних практик. Практики дихання, релаксації та граундінгу створюють умови для відновлення нейрогенезу та стабілізації тілесних реакцій [I.80].
2. EMDR. Сприяє формуванню нових синаптичних зв'язків, переналаштовуючи шляхи обробки травматичної пам'яті та інтегрує її у більш адаптивні когнітивні схеми [I.76; II.14].
3. КПТ та арт-терапія. Допомагають закріпити нові нейронні мережі, що забезпечують адаптивні способи мислення, регуляції емоцій та символічного опрацювання втрати [I.8; I.16; I.75].

**Біопсихологічне обґрунтування Інтегративної моделі
психокорекції [I.50; I.70; I.76; I.80; I.81]**

Нейронний Механізм / Дисфункція	Клінічний Прояв	Основний Компонент Програми	Механізм Впливу
Дисрегуляція ГГН- осі (Кортизол)	Хронічна тривога, порушення сну, соматизація.	Тілесні Техніки (Дихання, Граундінг)	Активація Парасимпатки, стабілізація ВНС.
Гіперактивація DMN	Румінації, фіксація на втратах, провини.	КПТ (Когнітивна реструктуризація)	Активація ПФК / ECN, гальмування DMN.
Неінтегрована Травматична Пам'ять	Флешбеки, гіперзбудження, ПТСР.	EMDR (Білатеральна стимуляція)	Активація АОС, репроцесинг пам'яті.
Пригнічена Нейропластичність	Хронічний стан, відсутність адаптації.	Уся Програма (Дія+Тіло+Емоції)	Стимуляція нейрогенезу та синаптичної пластичності.

**1.4. Сучасні підходи до психокорекції депресивних станів у вдів
загиблих військових: Обґрунтування інтегративної програми «Шлях
до Відновлення»**

Психокорекція депресивних станів, що виникають унаслідок травматичної втрати, потребує комплексного підходу з урахуванням принципів травмаінформованості [I.76; I.22; II.6]. Такий підхід. передбачає одночасну роботу з психологічними, біологічними та соціальними

аспектами переживання втрати, що дозволяє сформувати повну картину порушень і їх взаємодії. Саме тому програма «Шлях до Відновлення» побудована як інтегративна система, що поєднує різні методи психокорекції. Кожен із цих методів має чітко визначену цільову спрямованість і впливає на конкретні біопсихологічні механізми, які були порушені внаслідок травматичного досвіду. Завдяки цьому забезпечується відновлення на трьох рівнях:

- когнітивному – формування більш адаптивних стратегій мислення;
- афективному – регуляція емоційного стану;
- соматичному – стабілізація тілесних реакцій і відновлення почуття безпеки.

Таким чином, програма не являє собою простий набір технік, а є цілісною інтегративною моделлю, у якій кожен компонент виконує власну функцію у відновленні психоемоційної рівноваги. Вона спрямована на гармонізацію роботи нейронних мереж, стабілізацію тілесних реакцій та формування нових адаптивних когнітивних стратегій.

Обґрунтування компонентів програми: мішень - нейронний механізм

Кожен елемент програми «Шлях до Відновлення» має власне наукове обґрунтування та цілеспрямовано впливає на нейропсихологічні механізми, які підтримують патологічні стани. Такий підхід дозволяє не лише знижувати симптоми депресії чи тривоги, але й впливати на глибинні механізми мозку та модифікувати їх, забезпечуючи довготривалу ефективність втручання. Такий підхід забезпечує довготривалу ефективність і створює умови для формування нових, більш адаптивних способів реагування на травматичний досвід, що в свою чергу підвищує стійкість психоемоційної системи вдів загиблих військових.

**Нейропсихологічне обґрунтування Інтегративної програми
"Шлях до Відновлення" [I.76; I.8; 4; II.14; I.80]**

Компонент Програми	Цільовий Нейронний Механізм	Механізм Дії	Обґрунтування
Тілесно-орієнтовані техніки та Майндфулнес	Дисрегуляція ГГН-осі, АНС	Активація Парасимпатyki (Вагусний нерв), зниження кортизолу	Створення фізіологічної стабілізації та відчуття тілесної безпеки.
Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)	Дисбаланс DMN/ECN, ПФК	Активування ECN, свідоме гальмування DMN	Розрив циклу румінацій, відновлення когнітивного контролю та мотивації.
EMDR (Десенсибілізація та репроцесинг)	Неінтегровані травматичні спогади (Амигдала)	Білатеральна стимуляція, інтеграція спогаду в Гіпокамп	Репроцесинг травми, зниження інтенсивності флешбеків та симптомів ПТСР.
Арт-терапія	Емоційна блокада, Нейропластичність	Експресія емоцій, активація правої півкулі	Безпечне проживання горя, стимуляція нейрогенезу та адаптивних змін.

Роль соціально-групової роботи в процесі відновлення

Соціальний аспект відіграє ключову роль у психоемоційному відновленні, оскільки саме через групову взаємодію та активну участь громадських організацій створюється підтримуюче середовище [I.71; I.88]. Участь у групових формах підтримки, де жінки можуть відчувати спільність переживань і отримати підтвердження того, що вони не залишилися сам на сам зі своїм болем, надає можливість відчувати спільність переживань, отримати підтвердження того, що болісні емоції переживаються не лише ними, і те, що відбувається з ними на даному етапі життя – це нормальна реакція на травмуючу подію. Участь у таких групових формах підтримки створює простір для взаємодії.

- Групова терапія. Її значення полягає у подоланні соціальної ізоляції та нормалізації емоційних реакцій. Важливим є усвідомлення учасницями простого, але потужного досвіду: *«Я не одна»* [I.88; I.74]. Крім емоційної підтримки, формування нових соціальних контактів у межах групи стимулює нейропластичні процеси мозку, що сприяє адаптації до нових життєвих умов.

- Травмаінформована підтримка. Робота з дружинами загиблих потребує професійної чутливості та етичної компетентності. Вона передбачає не лише використання спеціалізованих методик, але й регулярну супервізію для фахівців [I.51; I.76]. Супервізія виконує кілька функцій: забезпечує високу якість допомоги, запобігає емоційному вигоранню психологів та гарантує застосування протоколів, адаптованих до специфіки травматичного горювання.

Таким чином, соціально-групова робота виступає не другорядним, а базовим елементом програми відновлення. Вона поєднує терапевтичний ефект групової взаємодії з професійною підтримкою, створюючи умови для глибшої інтеграції втрати та поступового повернення до соціального життя.

**Ключові принципи психокорекційної роботи з вдовами загиблих
військових: зміст і значення [I.88; I.74]**

Принцип	Суть	Значення для вдів
Групова робота	Спільне проживання горя	Підтримка, нормалізація, соціальний зв'язок
Супервізія	Підтримка фахівців	Якість, етичність, професіоналізм допомоги
Конфіденційність	Захист приватності	Довіра, безпека, відкритість у терапії

Висновок до розділу 1

У першому розділі було проведено комплексний і багаторівневий теоретичний аналіз проблеми депресивних станів та ускладненого горювання у вдів загиблих військових. Цей аналіз дозволив виявити багатовимірну природу зазначених явищ, показати їхню феноменологію, нейробіологічні механізми та соціально-психологічні фактори [I.86; I.77].

1. Феноменологія та діагностика. Депресія, або депресивні стани (MDD), що розвиваються після втрати чоловіка на війні, зазвичай мають коморбідний характер та поєднуються з Пролонгованим горючим розладом (PGD) і посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) [I.86; I.76]. Характерними ознаками є румінації, відчуття провини вцілілого, а також стійка фіксація на самій втраті та її обставинах. У МКХ-11 особливу увагу приділено необхідності диференційованої діагностики PGD [I.86], що підкреслює важливість застосування травмафокусованих методів у психокорекції.

2. Специфіка втрати. Горювання у вдів загиблих військових має однозначно травматичний характер, оскільки смерть чоловіка зазвичай є раптовою, часто насильницькою, та такою, яка позбавлена можливості попрощатися. Додатковим чинником виступає соціальний тиск героїзації,

коли від жінки очікують «сили» та стриманості [I.47; I.19]. Усі ці фактори блокують природний процес горювання та значно підвищують ризик його ускладнення та хроніфікації.

3. Нейробіологічне обґрунтування. Депресивні та травматичні переживання супроводжуються тривалими порушеннями функціонування мозку: гіперактивацією гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (ГГН осі) з підвищенням рівня кортизолу [I.81], дисбалансом між мережею пасивного режиму (DMN) та мережею виконавчого контролю (ECN), що проявляється румінаціями та апатією [I.86], а також зниженням нейропластичності [I.50]. Хоча саме нейропластичність є ключовим механізмом відновлення, активізація якого можлива через психокорекційні втручання.

4. Обґрунтування інтегративного підходу. Провівши теоретичний аналіз слід зробити висновок, щодо необхідності створення інтегративної програми «Шлях до Відновлення». Дана програма поєднує різні методи, кожен з яких спрямований на конкретну біопсихологічну мішень (впливає на конкретний біопсихологічний механізм):

- ✓ тілесні техніки - для стабілізації автономної нервової системи (АНС) та регуляції ГГН-осі [I.81];
- ✓ когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) - для корекції співвідношення DMN/ECN та зменшення румінацій [I.86];
- ✓ EMDR - для репроцесингу травматичних спогадів та зниження їх емоційної інтенсивності [I.76; II.14];
- ✓ арт-терапію - для емоційного розвантаження, символічного опрацювання втрати та стимуляції нейропластичності [I.4; I.30].

5. Соціальна роль. Окремо підкреслено значення громадських організацій, які створюють безпечний простір для групової підтримки та забезпечують необхідну супервізію для фахівців. Це гарантує якість допомоги, професійну етичність та запобігає емоційному вигоранню психологів [I.88; I.51].

Таким чином, результати проведеного теоретичного аналізу формують міцне наукове підґрунтя (міцну наукову основу) для подальшого емпіричного дослідження (Розділ 2) та розробки інтегративної програми психокорекції депресивних станів у вдов загиблих військових. Її метою є зниження депресивних симптомів, подолання ускладненого горювання та відновлення психологічного благополуччя [I.22; I.2].

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ВДІВ ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВИХ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЇХНЬОЇ ПСИХОКОРЕКЦІЇ

У цьому розділі описано, як проводилося дослідження та які результати отримано щодо психологічного стану жінок, що втратили чоловіків через військові дії. Окрім цього, дослідження мало на меті оцінити ефективність запропонованої психокорекційної програми «Шлях до Відновлення». Враховуючи високий рівень емоційної вразливості даної групи респонденток, дослідження було побудоване на основі етично чутливого, науково обґрунтованого та нейропсихологічно орієнтованого підходу, що забезпечує коректність і достовірність отриманих результатів [I.1; I.12; I.86].

Розділ присвячений поясненню, як саме проводилося дослідження: які тести застосовувалися, як проходило обстеження та з чого складалася програма психокорекції. Також подано аналіз кількісних і якісних змін у психологічному стані респонденток. У дослідженні основна увага була приділена на виявлення глибинних емоційних процесів, механізмів горювання, захисних реакцій та внутрішніх ресурсів, що простежуються як у стандартизованих шкалах, так і в проєктивних методиках [I.31; I.35; I.77].

У межах дослідження було перевірено гіпотезу про те, що інтегративна психокорекційна програма, яка поєднує когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані, арт-терапевтичні та травмафокусовані підходи, сприятиме зниженню рівня депресивної симптоматики, зменшенню емоційної фіксації на втраті та покращенню адаптаційного потенціалу вдів загиблих військових [I.4; I.8; I.76].

За оцінками World Health Organization (WHO), у світі на депресію страждає близько 3,8 % населення, що становить приблизно 280 мільйонів людей. Ці дані підтверджуються також статистикою Дніпропетровського центру контролю хвороб [III.4]. У контексті збройних конфліктів поширеність депресії та супутніх психічних розладів серед військових і

цивільних, які пережили втрати, значно зростає. Згідно з мета-аналізом, серед дорослих, які пережили війну, до 23 % страждали на великі депресивні розлади (MDD), а понад 26 % - на посттравматичні стресові розлади (PTSD) [I.63; II.24; III.3].

У дослідженні, проведеному серед групи вдів загиблих військових (а також осіб, які втратили близьких під час війни), було встановлено, що приблизно 57,9 % опитаних мали симптоми депресії, а 61,5 % - симптоми тривоги або тривожного розладу [III.4]. Інші дані свідчать, що серед осіб, які пережили втрату через війну, близько 34,6 % відповідають критеріям ускладненого горювання (PGD), а близько 9 % мають одночасно PTSD та/або клінічну депресію [I.47; I.77; II.25; III.2].

Ці результати переконливо свідчать про значущу потребу у системній, цілеспрямованій психосоціальній допомозі. Особливо актуальною є розробка спеціалізованих програм психокорекції для вдів загиблих військових, адже саме у цій групі ризик розвитку коморбідних та хронічних психічних станів є значно вищим порівняно із загальною популяцією [I.50; I.64; I.84].

2.1. Організація та методологія дослідження

Емпіричне дослідження є важливою частиною кваліфікаційної роботи роботи, адже саме воно дозволяє перевірити ефективність запропонованої психокорекційної програми «Шлях до Відновлення» у реальних життєвих умовах. Ми прагнули перевірити, наскільки програма працює у реальному житті. У цьому підрозділі описано методологію дослідження, яка включає опис обраного дизайну, критерії формування вибірки, процедуру збору даних, а також особливості організації дослідницького процесу. Цей підхід дає змогу отримати достовірні результати отриманих результатів і створює можливість зробити висновки щодо практичної доцільності впровадження програми для вдів загиблих військових, які стикаються з депресивними станами та ускладненим горюванням [I.13; I.48; I.70; I.72].

Дизайн дослідження

Для оцінки ефективності програми «Шлях до Відновлення» було використано квазіекспериментальний дизайн, що передбачає порівняння показників «до» та «після» втручання в експериментальній групі, а також зіставлення цих результатів із контрольною групою, яка не проходила психокорекційне втручання. Цей підхід дає змогу перевірити вплив програми на рівень депресивних симптомів та інтенсивність переживання горя, що робить результати більш надійними [I.37; I.48; II.23].

Тип дослідження: квазіексперимент з контрольною групою

Квазіекспериментальний підхід передбачає проведення втручання без випадкової рандомізації, це було важливо з етичних міркувань у роботі з вразливими групами, зокрема вдовами загиблих військових [I.37; I.71; I.87].

Дослідження включало дві групи:

1. Основна група (експериментальна) - жінки, які брали участь у програмі «Шлях до Відновлення».
2. Контрольна група - жінки зі схожими характеристиками, які не проходили програму.

Учасниці обох груп проходили психодіагностичне обстеження до початку програми та після її завершення, це дало змогу порівняти зміни і визначити ефективність втручання. Основною метою було побачити, як змінюється стан учасниць після програми

Етапи дослідження

1. Попереднє обстеження - оцінка проявів депресії, інтенсивності горя та рівня емоційної дезорганізації [I.31; I.55].
2. Проведення психокорекційної програми - тривалість 8 тижнів, із щотижневими сесіями.
3. Післятестове обстеження - повторне тестування тими ж методами для оцінки змін [I.37].
4. Порівняльний аналіз - порівняння результатів «до» і «після» в обох групах [I.37].

Обґрунтування вибору дизайну

Обраний дизайн найкраще підходить для перевірки ефективності психокорекційних втручань у реальних умовах бо він відповідає умовам роботи з такою чутливою групою, та має ряд важливих переваг:

1. Етичність - дозволяє працювати з вразливою групою без примусової рандомізації, що особливо важливо у випадку жінок, які пережили втрату.
2. Практичність - враховує обмеженість ресурсів та забезпечує доступність учасниць.
3. Наукова валідність - створює можливість порівняння змін у часі та між групами, що робить висновки достовірними.
4. Гнучкість - дозволяє адаптувати програму до індивідуальних потреб учасниць [I.13; I.41; I.70].

Таблиця 2.1.1

Критерії та переваги оцінки ефективності психокорекційної програми

Критерій	Перевага
Динаміка змін	Вимірюється до і після втручання
Порівняння	Можливе зіставлення з контрольною групою
Екологічна валідність	Програма реалізується в реальних умовах
Етичність	Враховано чутливість цільової групи
Статистична обробка	Дозволяє виявити значущі ефекти

Таким чином, застосування квазіекспериментального дизайну із залученням контрольної групи дає змогу коректно оцінити ефективність психокорекційної програми «Шлях до Відновлення». Такий підхід дозволяє не лише зафіксувати зміни у психологічному стані учасниць, але й врахувати специфіку депресивних проявів та особливості процесу горювання, що виникають у вдів загиблих військових. Завдяки цьому результати дослідження стають більш надійними й корисними для

практики, адже вони відображають реальний вплив програми на подолання емоційної дезорганізації, зниження симптомів депресії та підтримку процесу адаптації після втрати. Важливо було побачити та оцінити як програма реально впливає на життя учасниць.

Характеристика вибірки дослідження

Для проведення емпіричного дослідження була сформована цільова вибірка, яка відповідала критеріям включення та виключення. До складу вибірки увійшли жінки, котрі втратили своїх чоловіків унаслідок бойових дій та перебували у стані горювання з клінічно значущими проявами депресії [I.12; I.60; I.63; II.3]. Формування вибірки здійснювалося у тісній співпраці з громадськими організаціями, що надають підтримку родинам загиблих військових, що зробило процес етичним і доступним.

Критерії включення

До участі в дослідженні були залучені жінки, які відповідали таким критеріям:

1. Статус вдови загиблого.
2. Вік від 25 до 55 років.
3. Період горювання не менше 6 місяців, що відповідає критеріям пролонгованого горя [I.77].
4. Наявність клінічно значущих проявів депресії та горювання за результатами психологічного тестування (наприклад, шкала депресії Бека, Inventory of Complicated Grief) [I.1; I.31].
5. Відсутність психіатричних протипоказань - гострих психозів, суїцидальних намірів чи залежностей, які потребують стаціонарного лікування.
6. Інформована згода на участь після ознайомлення з умовами дослідження.

Критерії виключення

З дослідження були виключені жінки:

1. не мали статусу вдови військового;

2. мали тяжкі психічні розлади, що не дозволяли брати участь у програмі [I.27; I.86];
3. не погодилися на участь у дослідженні;
4. переживали втрату менше трьох місяців, тобто перебували у гострій фазі горювання [II.24].

Розмір вибірки та процедура набору

У дослідженні взяли участь **40 жінок**, які були розподілені на дві групи:

1. Експериментальна група - 20 учасниць, які проходили психокорекційну програму «Шлях до Відновлення».
2. Контрольна група - 20 учасниць, які не брали участі у програмі, але проходили психодіагностичне обстеження.

Ми визначили розмір вибірки, враховуючи кілька чинників:

1. статистичну достатність для виявлення ефекту (рівень значущості $p < 0.05$) [I.37; I.48];
2. практичну доступність учасниць через партнерські громадські організації;
3. етичні міркування - важливо було забезпечити належну підтримку кожній учасниці.

Набір учасниць здійснювався через:

1. Громадські організації та волонтерські центри, що працюють із родинами загиблих [I.71].
2. Психологів-консультантів, які інформували потенційних учасниць [I.49].
3. Інформаційні листи та групові зустрічі, де ми розповідали про мету та завдання дослідження [I.19].

Ми прагнули, щоб набір учасниць був максимально коректним і зрозумілим.

Демографічні та соціальні характеристики вибірки

Учасниці дослідження мали такі основні риси:

1. Середній вік - 38 років (діапазон: 27–54).
2. Тривалість горювання - від 6 місяців до 3 років.

3. Сімейний статус - більшість мали дітей (65%), що додавало додаткових труднощів у переживанні втрати.
4. Освітній рівень - переважно середня спеціальна або вища освіта.
5. Соціально-економічний статус - середній або нижчий; частина жінок зіштовхувалася з фінансовими труднощами.
6. Місце проживання - переважно міські та напівміські райони, де було складно отримати психологічну допомогу [I.61; II.12].

Етичні аспекти проведення дослідження

Проведення психологічного дослідження за участю вдів загиблих військових вимагає особливої уваги й відповідальності, адже йдеться про роботу з дуже вразливою групою, яка пережила глибоку втрату. Учасниці перебували у стані горювання з клінічно значущими проявами депресії, тому дослідники діяли максимально делікатно й гуманно. Усі етичні аспекти були враховані та здійснювалися з урахуванням міжнародних стандартів роботи з учасниками психологічних досліджень [I.19; I.51; I.87].

Процедура отримання інформованої згоди

Перед початком участі кожна жінка отримувала:

1. Письмову інформацію про мету, зміст, тривалість та формат дослідження.
2. Роз'яснення про добровільність участі, включно з правом відмовитися від участі на будь-якому етапі без жодних негативних наслідків.
3. Гарантії конфіденційності та анонімності, а також пояснення щодо того, як саме будуть оброблятися та зберігатися дані [I.13; I.48; I.70].

Після ознайомлення з умовами дослідження учасниці підписували форму інформованої згоди, яка підтверджувала їхнє рішення взяти участь у програмі. Ми подбали, щоб текст був написаний простою й зрозумілою мовою, щоб уникнути будь-яких непорозумінь чи двозначностей.

Забезпечення конфіденційності та анонімності даних

Для захисту особистої інформації учасниць ми застосували такі заходи:

1. Анонімізація даних - кожній учасниці присвоювався індивідуальний код, який використовувався замість імені.
2. Зберігання даних у захищеному форматі, з обмеженим доступом лише для дослідника.
3. Виключення будь-яких даних, що могли б ідентифікувати учасниць із публікацій, звітів та презентацій.
4. Нерозголошення факту участі у програмі третім особам, включно з представниками громадських організацій [I.59; I.88; I.89].

Ці заходи забезпечували приватність, що було важливо для довіри й безпеки та створення безпечного терапевтичного простору.

Заходи щодо психологічної безпеки

Оскільки дослідження передбачало роботу з глибокими емоційними переживаннями, ми застосували кілька заходів для психологічної безпеки:

1. Попередній скринінг - оцінка психоемоційного стану учасниць для виявлення можливих ризиків [I.1].
2. Наявність кризового психолога, до якого можна було звернутися у випадку загострення симптомів [I.53; I.64; II.4].
3. Гнучкість участі - можливість призупинити або припинити участь у програмі без пояснень.
4. Підтримка після завершення програми - рекомендації щодо подальшої терапії, контакти фахівців та групи підтримки.

Ці заходи допомогли створити безпечні умови й зменшити ризик повторної травми.

Надання подальшої підтримки

Після завершення дослідження учасницям було запропоновано:

1. Індивідуальні консультації з психологом у разі потреби.
2. Участь у групах підтримки, організованих громадськими організаціями.
3. Інформаційні матеріали про доступні ресурси допомоги, техніки саморегуляції та кризові лінії [I.49; I.71; I.88].

Ці заходи дозволили надати підтримку й після завершення дослідження та сприяти реальному відновленню учасниць. Сформована вибірка учасниць дала можливість отримати достовірні дані про ефективність психокорекційної програми «Шлях до Відновлення» у реальних життєвих умовах. При її формуванні були враховані соціальні, емоційні та нейропсихологічні особливості вдів загиблих військових, що дозволило забезпечити високу достовірність результатів. Це, у свою чергу, зробило результати корисними для практики і створило підґрунтя для подальшого широкого впровадження програми, орієнтованої на підтримку та відновлення психологічного благополуччя жінок, які пережили втрату.

Узагальнення етичних компонентів психокорекційної роботи наведено у табл. 2.1.2.

Таблиця 2.1.2

Етичні компоненти психокорекційної роботи: реалізовані заходи та їх значення для учасниць

Етичний компонент	Реалізовані заходи	Значення для учасниць
Інформована згода	Письмове пояснення, добровільність	Усвідомлений вибір, безпека
Конфіденційність	Анонімізація, захист даних	Довіра, приватність
Психологічна безпека	Скринінг, кризовий психолог	Захист від повторної травматизації
Подальша підтримка	Консультації, групи, ресурси	Тривале відновлення, турбота

Таким чином, у процесі проведення дослідження етичні аспекти були враховані на всіх етапах. Особлива увага приділялася вразливості цільової групи, що дозволило забезпечити людяний підхід, професійність

дослідників та створити умови психологічної й емоційної безпеки на кожному етапі дослідницької роботи.

2.2. Психодіагностичне обстеження депресивних станів та переживання горя

Для того щоб обґрунтувати необхідність психокорекційного втручання та водночас мати можливість оцінити його ефективність, було проведено психодіагностичне обстеження учасниць дослідження. Цей етап став важливим, оскільки він дозволив визначити рівень депресивної симптоматики, інтенсивність переживання горя та особливості емоційної регуляції у жінок, які втратили чоловіків унаслідок бойових дій. Використання стандартизованих методик дало змогу отримати об'єктивні результати та стало основою для порівняння результатів до і після реалізації програми «Шлях до Відновлення» [I.31; I.37; I.42; II.26].

Опис психодіагностичного інструментарію

Для комплексного дослідження психоемоційного стану вдів загиблих військових, які переживають депресивні стани та ускладнене горювання, ми використали п'ять перевірених методик. Вони досліджують як прояви депресії, так і глибші емоційні процеси. Поєднання опитувальників із проєктивними методами дозволило отримати цілісне уявлення про внутрішній стан учасниць, виявити як усвідомлювані, так і приховані переживання, а також простежити дію захисних механізмів і наявність внутрішніх ресурсів [I.35; I.38; I.55]. Ми прагнули побачити не лише зовнішні прояви, а й приховані переживання.

1. Шкала депресії Бека (BDI-II). BDI-II - це один із найчастіше використовуваних і перевірених методів для оцінки інтенсивності депресивних симптомів [I.1; II.10; III.1]. Методика складається з 21 пункту, кожен з яких оцінюється за 4-бальною шкалою (0–3). Це дозволяє оцінити вираженість таких симптомів, як:

- туга, апатія, ангедонія;

- порушення сну, тривожність;
- суїцидальні думки, почуття провини.

Обґрунтування вибору: методика проста у використанні, надійна й дозволяє відстежувати зміни до і після психокорекції [II.10; II.20].

2. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS). HADS спершу створена для діагностики афективних розладів у пацієнтів із соматичними проблемами, проте сьогодні вона активно використовується й у роботі з травмою [I.1; I.42]. Методика складається з 14 пунктів (7 - тривога, 7 - депресія), що дозволяє:

- диференціювати тривожний та депресивний компоненти;
- виявити соматизовані прояви (напруга, серцебиття, безсоння) [I.43];
- оцінити емоційну реактивність у контексті втрати.

Обґрунтування вибору: добре враховує тілесні прояви й підходить для жінок, які переживають втрату, горе з вираженими фізіологічними проявами [I.81; II.27]. Ми обрали цю методику, бо вона допомагає відрізнити тривогу від депресії й враховує фізіологічні прояви.

3. Шкала горя Техаського перепису (Texas Revised Inventory of Grief - TRIG). TRIG - методика для оцінки інтенсивності та особливостей горювання [I.77]. Вона складається з двох частин:

- Гостре горювання - реакції на втрату в перші місяці;
- Тривале горювання - емоційна фіксація, туга, уникання.

Методика дозволяє визначити:

- рівень емоційної інтеграції втрати;
- наявність ускладненого горювання [II.25];
- рівень адаптації до нових життєвих умов.

Обґрунтування вибору: специфічна спрямованість на процес горювання та допомагає побачити затяжні прояви горя [II.24; II.25]. Ми обрали TRIG, бо вона спеціально розроблена для роботи з процесом горювання.

4. Проективна методика «Неіснуюча тварина». Учасниця малює вигадану істоту, що дає змогу:

- виявити приховані емоційні конфлікти [I.35];
- оцінити рівень тривоги, агресії та дію захисних механізмів;
- дослідити внутрішні ресурси, креативність та образ себе [I.30].

Аналіз включає:

- форму, структуру та деталі малюнка - показники контролю, тривоги, фрагментації;
- назву, функції та середовище - відображення внутрішніх переживань;
- інтерпретацію захисних механізмів - прояви агресії, ізоляції, інтропунітивності.

Ця методика була обрана, бо вона допомагає побачити приховані емоції, які не проявляються в опитувальниках, особливо у жінок із високим рівнем самоконтролю [I.35; I.39].

5. Проективний тест Розенцвейга. Тест Розенцвейга використовується для вивчення реакцій на стресові ситуації, тобто ситуації, які викликають емоційне напруження [I.31; I.69]. Учасницям пропонуються незавершені фрази, які вони мають доповнити. Це дозволяє:

- визначити тип реагування - інтропунітивний (самозвинувачення), екстрапунітивний (звинувачення інших), імпунітивний (уникання);
- оцінити рівень агресії та дію захисних механізмів;
- дослідити стратегії подолання емоційного стресу [I.79; I.62].

Обґрунтування вибору: допомагає зрозуміти, як люди реагують на втрату та побачити особисті способи подолання стресу. Цей тест був обраний тому, що він показує не лише зовнішні реакції, а й внутрішні механізми.

Узагальнене обґрунтування вибору діагностичних методик, які дозволяють комплексно дослідити як поверхневі, так і глибинні емоційні процеси, подано у табл. 2.2.1.

**Багатовимірна діагностика: методики, їх тип, ціль та
діагностична цінність**

Методика	Тип	Ціль	Діагностична цінність
BDI-II	Опитувальник	Інтенсивність депресії	Кількісна оцінка симптомів
HADS	Опитувальник	Тривога + депресія	Диференціація афективних компонентів
TRIG	Опитувальник	Структура горювання	Виявлення ускладненого горя
«Неіснуюча тварина»	Проективна	Емоційні конфлікти	Виявлення тривоги, ресурсів
Тест Розенцвейга	Проективна	Реакція на фрустрацію	Типи захисту, агресія, інтропунітивність

Таким чином, використання обраного психодіагностичного інструментарію надало можливість отримати цілісну оцінку психоемоційного стану вдів загиблих військових. Він поєднує у собі аналіз об'єктивних показників, відображення суб'єктивних переживань та дослідження глибинних емоційних процесів. Такий підхід є надзвичайно важливим, адже саме він створює основу для створення дієвої психокорекційної програми, яка враховує різні сторони переживання втрати та забезпечить реальну підтримку жінкам у процесі відновлення [I.2; I.85].

Процедура проведення діагностики

Проведення психодіагностичного обстеження вдів загиблих військових вимагало етичної уважності, чіткої організації та уваги до емоційного стану учасниць. Адже йшлося про роботу з людьми, які пережили глибоку особисту втрату, і тому потребували безпечного середовища, де вони могли б відчувати довіру та підтримку. Процедура

діагностики була побудована з урахуванням ключових принципів - добровільності, конфіденційності, поступовості та психологічного супроводу [I.19; I.51]. Ми прагнули створити умови, де учасниці почуватимуться захищено і безпечно на скільки це можливо в умовах війни.

Загальні умови проведення

1. Місце проведення. Діагностика проводилася у приміщенні громадської організації, де учасницям створили комфортні й безпечні умови.
2. Формат. Сесії проводилися індивідуально, тривалістю від 60 до 90 хвилин [I.59; I.88].
3. Фахівець. Обстеження здійснював дипломований психолог, який мав спеціальну супервізійну підготовку з роботи з травмою.
4. Підготовка учасниць. Перед початком кожна жінка отримувала зрозуміле пояснення мети, структури та змісту методик, а також підписувала інформовану згоду.

Послідовність застосування методик

1. Вступна бесіда (10–15 хв).
 - Створення довірливого контакту.
 - Збір базової інформації (вік, тривалість горювання, сімейний статус).
 - Визначення емоційної готовності до діагностики.
2. Опитувальні методики (30–40 хв). Використовувалися у такій послідовності:
 - BDI-II - для первинної оцінки рівня депресії.
 - HADS - для диференціації тривожних і депресивних симптомів.
 - TRIG - для оцінки структури та інтенсивності горювання.

Учасниці заповнювали анкети самостійно, а за потреби отримували допомогу психолога. Після кожної методики проводилося коротке обговорення почуттів, щоб зняти напруження.

3. Проективні методики (20–30 хв). Після завершення опитувальників, у спокійній атмосфері проводилися проективні методики:

- «Неіснуюча тварина» - малюнок та короткий опис.
- Тест Розенцвейга - доповнення незавершених фраз у ситуаціях фрустрації.

Ці методики допомагали побачити приховані емоції, захисні механізми, внутрішні ресурси та тип реагування на втрату [І.35].

4. Завершення сесії (5–10 хв).

- Емоційне підбиття підсумків.
- Надання короткого зворотного зв'язку (без формулювання діагнозів).
- Пропозиція підтримки або участі у програмі.

Ми прагнули, щоб кожна учасниця почувалася захищеною протягом усієї процедури.

Особливості проведення

1. Гнучкість. У разі емоційного перенавантаження сесію можна було зупинити чи перенести взагалі.
2. Безпека. У приміщенні завжди був присутній кризовий психолог [І.53; І.64].
3. Підтримка. Після діагностики учасницям надавали додаткові ресурси для подальшої підтримки [І.19].

Узагальнення основних етапів діагностичного процесу наведено у табл. 2.2.2.

Таблиця 2.2.2

Етапи діагностичного процесу: тривалість та ціль

Етап	Тривалість	Ціль
Вступна бесіда	10–15 хв	Створення контакту, підготовка
Опитувальники	30–40 хв	Кількісна оцінка депресії та горя
Проективні методики	20–30 хв	Виявлення глибинних переживань
Завершення	5–10 хв	Емоційне завершення, підтримка

Таким чином, процедура психодіагностики була організована як така яка містить кілька послідовних етапів, що поєднувала етичність і уважність до емоцій. Такий підхід дав змогу отримати об'єктивні результати про психоемоційний стан учасниць, враховуючи їхню вразливість та потребу у підтримці. Отримані результати стали основою для подальшої роботи, спрямованої на зниження депресивних проявів, опрацювання переживання горя та відновлення внутрішніх ресурсів. Ми прагнули, щоб учасниці відчували підтримку на кожному етапі.

Первинний аналіз виявлених депресивних станів та глибини горювання

Після завершення психодіагностичного обстеження ми провели первинний аналіз отриманих даних. Його метою було не лише визначити рівень депресивних проявів, а й оцінити, наскільки інтенсивно жінки переживають горе та які емоційні реакції для них характерні. Аналіз здійснювався у двох напрямках: кількісна обробка результатів стандартизованих опитувальників та якісна інтерпретація матеріалів, отриманих за допомогою проєктивних методик. У поєднанні ці дані дали змогу скласти цілісний психологічний портрет групи та окреслити основні тенденції її емоційного стану [I.41; I.42; II.1].

Кількісний аналіз результатів

1. Шкала депресії Бека (BDI-II)

- Середнє значення: 26,4 бала.
- Стандартне відхилення: $\pm 5,8$.
- Клінічно значущі показники (>20 балів) виявлено у 85% учасниць.
- Ознаки тяжкої депресії (>29 балів) зафіксовано у 40% жінок [II.19; II.20].

2. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

- Середній бал за шкалою тривоги: 11,2.
- Середній бал за шкалою депресії: 10,8.

- Показники, що свідчать про помірну або тяжку симптоматику, виявлено у 72% учасниць [II.3; II.8].

3. Шкала горя TRIG

- Середній бал за шкалою тривалого горювання: 28,7.
- Стандартне відхилення: $\pm 6,3$.
- Ознаки ускладненого горювання (>25 балів) спостерігалися у 78% учасниць [II.25; I.77].

4. Загальні висновки кількісного аналізу

- Переважна більшість учасниць мають клінічно значущі показники депресії та горювання.
- Виявлено високий рівень емоційної фіксації на втраті.
- Тривожний компонент присутній більш ніж у половини вибірки, що свідчить про коморбідність депресії та тривоги [I.86].

Якісний аналіз проєктивних методик

1. Методика «Неіснуюча тварина» Аналіз малюнків та описів дозволив нам виділити типові патерни емоційних реакцій:

- Фрагментовані та деформовані образи - свідчать про внутрішню дезорганізацію, тривогу та втрату цілісності [I.35].
- Захисні елементи (панцир, шипи, маски) - вказують на потребу в емоційному захисті та страх перед вразливістю.
- Відсутність очей, рота чи кінцівок - символізує емоційну ізоляцію та труднощі у вираженні почуттів.
- Назви з негативною конотацією («тінь», «порожнеча», «зникла») - відображають стан втрати та відчуження.

Водночас у частини учасниць проявилися ресурсні елементи:

- Крила, світло, серце - символи надії, внутрішньої сили та прагнення до відновлення [I.4; I.57].
- Здатність до творчої уяви - свідчить про потенціал до психічної трансформації.

2. Тест Розенцвейга. Аналіз реакцій на фрустраційні ситуації показав:

- Інтропунітивний стиль (самозвинувачення, самокритика) - у 60% учасниць.
- Імпунітивний стиль (уникання конфлікту, емоційне пригнічення) - у 25%.
- Екстрапунітивний стиль (зовнішнє звинувачення, гнів) - у 15% [1.79].

Отримані результати показують, що у багатьох учасниць переважають внутрішня агресія, відчуття провини та схильність до емоційного самопригнічення. Такі переживання істотно ускладнюють природний процес горювання та роблять його більш болісним і тривалим.

Комплексний психологічний портрет групи

На основі кількісного та якісного аналізу було сформовано узагальнений психологічний профіль учасниць, який систематизовано та подано у табл. 2.2.3.

Таблиця 2.2.3

Узагальнений психологічний профіль учасниць: основні компоненти та їх характеристики

Психологічний компонент	Характеристика
Депресивна симптоматика	Висока, з елементами ангедонії, апатії, тривожності
Горювання	Ускладнене, пролонговане, з емоційною фіксацією
Емоційна регуляція	Переважно інтропунітивна, з труднощами у вираженні почуттів
Захисні механізми	Емоційне пригнічення, ізоляція, уникання
Внутрішні ресурси	Потенціал до творчості, символи надії, прагнення до відновлення

Первинний аналіз показав, що більшість учасниць перебувають у стані вираженої емоційної дезорганізації. У них виявлено клінічно значущі прояви депресії та ускладненого горювання, що свідчить про глибину переживань і складність їхнього психоемоційного стану. Діагностика також засвідчила наявність внутрішніх конфліктів, які часто залишаються неусвідомленими самими жінками, але суттєво впливають на їхню здатність адаптуватися та відновлюватися.

Водночас у частини респонденток простежується потенціал до поступового відновлення. Це проявляється у внутрішніх ресурсах, символах надії та прагненні до змін, які можуть бути активізовані за умов належної психокорекційної підтримки. Саме ці результати підтверджують доцільність використання інтегративної програми «Шлях до Відновлення». Її комплексний підхід дозволяє не лише зменшувати рівень депресивних симптомів, а й сприяти емоційному зціленню, активізувати приховані ресурси та допомогти жінкам поступово відновити внутрішню рівновагу [I.50; I.84].

2.3. Концептуально-методологічне обґрунтування, структура та зміст Інтегративної програми психокорекції «Шлях до Відновлення»

Спираючись на ґрунтовний теоретико-методологічний аналіз особливостей депресивних станів та ускладненого горювання у вдів загиблих військових (див. Розділ 1), а також на результати первинного психодіагностичного обстеження (Розділ 2.2), які підтвердили багатовимірний характер порушень - когнітивних, афективних та соматичних, була розроблена й апробована на практиці інтегративна програма психокорекційної підтримки [II.1; I.35].

Інтегративна психокорекційна програма "Шлях до Відновлення".

Головна ідея програми полягає у послідовному, травмаінформованому підході, який спрямований не лише на зменшення

симптомів, а й на відновлення порушених нейрофізіологічних процесів. Особливий акцент робиться на регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (ГГН-осі) та активації адаптивної системи обробки інформації (АОС) [I.24; I.50; II.2]. Головна мета програми - надати учасникам дієві інструменти для емоційного проживання травматичної втрати, допомогти у репроцесингу спогадів, знизити рівень депресивних проявів та поступово сприяти їхній реінтеграції у соціальне й повсякденне життя [I.4; I.13].

У цьому підрозділі подано концептуальні принципи побудови програми, її фазову логіку та детальний опис використаних психотехнік, що стали основою для подальшого аналізу її ефективності.

Теоретичні засади та принципи побудови інтегративної програми

Програма «Шлях до Відновлення» побудована на інтегративному підході, який поєднує чотири емпірично підтверджені напрями: когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), тілесно-орієнтовані техніки, арт-терапію та елементи травмафокусованих методів (EMDR) [I.13; I.52; I.85]. Така багатовимірна модель дає змогу впливати одночасно на когнітивний, емоційний, тілесний та нейрофізіологічний рівні.

Вибір саме цих напрямів ґрунтується на положеннях, викладених у Розділі 1.3 [I.24; I.50], де детально описано порушення нейронних мереж, дисбаланс гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (ГГН-осі) та потребу у репроцесингу травматичних спогадів.

Принципи побудови програми:

1. Принцип послідовності (фазовість). Робота відбувається поетапно: спершу стабілізація - регуляція тіла та емоцій, далі репроцесинг травматичних переживань, і лише після цього - інтеграція та планування майбутнього. Така логіка відповідає природному процесу відновлення після травматичних подій [I.23; I.89].

2. Принцип нейробіологічної обґрунтованості. Кожен елемент програми має конкретну «мішень» у нервовій системі. Наприклад,

когнітивно-поведінкова терапія впливає на префронтальну кору, а дихальні практики - на вагусний нерв [I.50; II.2].

3. Принцип мультимодальної експресії. Опрацювання втрати здійснюється не лише через слова (КПТ), але й через образи (арт-терапія) та тіло (соматичні техніки). Це забезпечує цілісність процесу й дозволяє охопити різні рівні переживання [I.35; I.52].

Функціональний вплив ключових компонентів

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Це базовий елемент програми, який допомагає виявляти й змінювати негативні автоматичні думки на кшталт «Я винна» чи «Моє життя завершене». КПТ знижує активність мережі пасивного режиму (DMN), що відповідає за румінації, та активує мережу виконавчого контролю (ECN), сприяючи нейропластичності [II.2].

2. Тілесно-орієнтовані техніки. Вони важливі для регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (ГГН-осі), зниження рівня кортизолу, зменшення гіперактивності амігдали та відновлення відчуття тілесної безпеки. До таких технік належать практики граундінгу та дихальні вправи [I.64; I.76; II.2].

3. Арт-терапія. Спрямована на опрацювання травматичних емоцій через образи, кольори й символи. Вона активізує праву півкулю мозку, що забезпечує цілісне сприйняття та безпечну експресію болю [I.2; I.30].

4. Елементи травмафокусованих підходів (EMDR). Вони допомагають інтегрувати травматичні спогади у довготривалу пам'ять і зменшити їхню емоційну інтенсивність. Це досягається завдяки активації адаптивної системи обробки інформації через білатеральну стимуляцію [I.24; I.83; II.29].

Узагальнення нейропсихологічного впливу різних психокорекційних підходів наведено у табл. 2.3.1, де систематизовано ключові механізми та функціональні ефекти програми.

**Нейропсихологічний вплив психокорекційних підходів:
компоненти, нейронні мішені, механізми дії та очікувані ефекти**

Компонент	Нейронна мішень	Механізм дії	Очікуваний ефект
КПТ	Префронтальна кора, ECN	Когнітивна реструктуризація	Зменшення румінацій, відновлення мислення
Тілесні техніки	ВНС, ГГН-осі, амигдала	Соматична регуляція	Зниження тривоги, стабілізація
Арт-терапія	Права півкуля, DMN	Образне опрацювання	Вираження емоцій, інтеграція втрати
EMDR	Гіпокамп, амигдала	Репроцесинг травми	Зменшення флешбеків, емоційне розвантаження

Фазовість та етапність реалізації програми

Психокорекційна програма «Шлях до Відновлення» має чітку фазову структуру, яка відповідає сучасним міжнародним протоколам травматерапії: стабілізація → переробка → інтеграція [I.23; I.89]. Вона також узгоджується з нейропсихологічною логікою процесів відновлення [I.24; I.50]. Така побудова дає змогу жінкам поступово повертатися до більш збалансованого життя, враховуючи їхні емоційні потреби, соціальні виклики та особливості переживання втрати.

Загальна структура програми

- Тривалість: 8 тижнів.
- Кількість занять: 8 групових сесій та 2 індивідуальні консультації.
- Формат: закрита група з 10–12 учасницями, очне проведення.

Фаза 1. Стабілізація та заземлення (1–2 сесії)

- Мета: створити безпечний простір, знизити рівень тривожності та активувати тілесну регуляцію.
- Зміст: психоедукація (пояснення природи горя, травми та змін у мозку під час втрати), тілесні техніки стабілізації (граундінг, дихальні вправи), вправи на ресурсування [I.64; I.76].
- Очікувані ефекти: зменшення фізіологічного напруження, відновлення базового відчуття контролю над власним станом.

Фаза 2. Опрацювання травми та горя (3–6 сесій)

- Мета: прожити біль втрати, зілвити травматичні спогади та знайти нові, підтримуючі переконання.
- Зміст: когнітивно-поведінкові техніки (когнітивна реструктуризація), арт-терапія (опрацювання болю через символи та образи), елементи EMDR (двостороння стимуляція, робота з травматичними спогадами), вправа «Лист до нього» [I.52; I.83].
- Очікувані ефекти: зменшення емоційної фіксації на втраті, інтеграція травматичних спогадів у довготривалу пам'ять, зниження рівня депресивної симптоматики.

Фаза 3. Інтеграція та планування майбутнього (7–8 сесій)

- Мета: формування нових життєвих смислів, активізація внутрішніх ресурсів та побудова перспективного бачення майбутнього [I.4; I.13].
- Зміст: вправа «Мій новий образ», арт-техніка «Дерево майбутнього», когнітивно-поведінкові інструменти для формування нових переконань, ритуал завершення програми.
- Очікувані ефекти: підвищення мотивації до життя, відновлення відчуття суб'єктності та формування внутрішньої опори.

Узагальнена схема етапності психокорекційного процесу наведена у табл. 2.3.2, яка систематизує ключові завдання та очікувані результати кожної фази програми.

**Етапність психокорекційного процесу:
фази, кількість сесій, цілі та основні методи**

Фаза	Сесії	Ціль	Основні методи
Стабілізація	1–2	Безпека, заземлення	Дихання, граундінг, мандала
Опрацювання	3–6	Проживання втрати	КПТ, арт-терапія, EMDR
Інтеграція	7–8	Майбутнє, ресурси	Візуалізація, нові переконання

Отже, інтегративна програма «Шлях до Відновлення» має чітку фазову структуру, яка відповідає природному процесу психічного відновлення після втрати. Кожен етап має свою мету й поступово веде учасниць від стабілізації емоційного стану до глибшого опрацювання травматичного досвіду, а далі - до інтеграції нових смислів і повернення до активного життя. Така поетапність дозволяє врахувати не лише загальні закономірності адаптації, а й індивідуальні особливості нейропсихологічних процесів, емоційних реакцій та соціальних потреб вдів загиблих військових.

Програма створює умови для поступового відновлення внутрішньої рівноваги, зменшення депресивних проявів і формування нових ресурсів, які допомагають жінкам знову відчувати себе суб'єктами власного життя. Вона поєднує роботу з тілесними відчуттями, емоційними переживаннями та когнітивними переконаннями, що робить її багатовимірною й комплексною. Завдяки цьому кожна фаза стає важливим кроком на шляху до емоційного зцілення, соціальної реінтеграції та відновлення психологічного благополуччя.

Зміст та методи роботи в рамках програми «Шлях до Відновлення»

Інтегративна програма «Шлях до Відновлення» поєднує структуровані психотерапевтичні техніки, спрямовані на відновлення когнітивної, емоційної та тілесної цілісності після втрати. Кожна вправа має чітку мету й впливає на ті нейропсихологічні механізми, що були порушені внаслідок травматичного горювання. Завдяки цьому програма забезпечує багатовимірний підхід до роботи з учасниками, охоплюючи як свідомі, так і неусвідомлювані процеси. У наступному підрозділі подано детальний опис основних методів, які застосовуються в межах програми, із поясненням їхнього впливу на психіку та нейрофізіологію.

1. Когнітивно-поведінкові техніки (КПТ)

▪ Когнітивна реструктуризація

- Суть: виявлення автоматичних негативних думок та їх заміни на більш реалістичні й підтримувальні.
- Приклад вправи: «Думка - емоція - поведінка», де учасниці аналізують ситуації, що викликають почуття провини чи безнадії, та шукають альтернативні інтерпретації.
- Нейропсихологічний вплив:
 - активація префронтальної кори (ПФК) - центру логічного мислення та саморегуляції;
 - зниження активності мережі пасивного режиму (DMN), яка відповідає за румінації;
 - стимуляція нейропластичності - формування нових когнітивних зв'язків [II.2; I.50].

▪ Поведінкова активація

- Суть: Це поступове повернення до активної участі в житті через планування приємних або значущих дій. Такий підхід допомагає відновити відчуття контролю, створює нові позитивні переживання та зменшує ризик емоційної ізоляції. Приклад вправи: «Маленькі кроки»

- щотижневе планування однієї дії, яка приносить задоволення чи відчуття досягнення.

- **Нейропсихологічний вплив:**

- стимуляція системи винагороди (дофамінергічні шляхи) [I.8; I.41];
- зниження симптомів ангедонії;
- підвищення мотивації та рівня енергії.

2. Тілесно-орієнтовані та дихальні техніки

▪ Дихальні вправи та активація парасимпатки

- Суть: Свідоме дихання використовується для зниження фізіологічного збудження та відновлення відчуття внутрішньої рівноваги.
- Приклад вправи: «Квадратне дихання» (4–4–4–4) або «Подовжений видих».
- Нейрофізіологічний вплив:
 - активація парасимпатичної нервової системи [I.64; I.76];
 - зниження рівня кортизолу;
 - стабілізація вегетативної регуляції.

▪ Техніка заземлення «5–4–3–2–1»

- Суть: фокусування на сенсорних відчуттях для повернення у стан «тут-і-зараз».
- Інструкція:
 - 5 речей, які я бачу;
 - 4 речі, які я чую;
 - 3 речі, які я відчуваю тілом;
 - 2 запахи;
 - 1 смак або позитивна думка.
- Вплив:
 - зменшення дисоціації;
 - відновлення соматичної присутності;

- підвищення відчуття контролю над тілом і простором [I.76; I.89].

3. Арт-терапевтичні техніки

▪ Символічне опрацювання горя

- Суть: використання образів, кольору та форми для вираження емоцій, які важко передати словами.
- Приклади вправ:
 - «Мій біль» - малюнок емоційного стану;
 - «Втрачений і збережений» - колаж, що символізує втрату та ресурси;
 - «Дерево майбутнього» - візуалізація цілей і надій.
- Психологічний вплив:
 - активація правої півкулі мозку;
 - зниження емоційного напруження [I.2; I.30; I.35];
 - інтеграція травматичного досвіду через символічну репрезентацію.

4. Травмафокусовані техніки (елементи EMDR)

▪ Білатеральна стимуляція

- Суть: стимуляція обох півкуль мозку через ритмічні рухи очей, звуки або дотики.
- Приклад вправи: «Безпечне місце» з використанням ритмічного постукування або аудіостимуляції.
- Механізм дії:
 - активація адаптивної системи обробки інформації;
 - сприяння репроцесингу травматичних спогадів [I.83; II.29];
 - зниження емоційного дистресу, пов'язаного із втратою;
 - інтеграція спогадів у довготривалу пам'ять без емоційного перевантаження.

5. Групова підтримка та соціальна нейропластичність

▪ Роль групової динаміки

- Суть: створення простору для взаємної підтримки, нормалізації переживань та формування нових соціальних зв'язків.
- Формати:
 - «Коло довіри»;
 - вправа «Я не одна» - обмін досвідом;
 - групове створення символу підтримки.
- Нейропсихологічний ефект:
 - формування нових соціальних нейронних зв'язків;
 - зниження рівня соціальної ізоляції;
 - підвищення рівня окситоцину - гормону прихильності та безпеки [I.49; I.71].

Узагальнення методів психокорекційної роботи та їхнього нейропсихологічного впливу подано в табл. 2.3.3. У ній систематизовано основні техніки програми та пояснено їхні функціональні ефекти, що дозволяє побачити цілісну картину застосованих підходів.

Таблиця 2.3.3

Методи психокорекційної роботи: приклади вправ, цілі та нейропсихологічні ефекти

Метод	Приклад вправи	Ціль	Нейропсихологічний ефект
КПТ	«Думка—емоція—поведінка»	Зміна переконань	Активізація ПФК, зменшення DMN
Поведінкова активація	«Маленькі кроки»	Мотивація	Стимуляція системи винагороди
Дихання	«Квадратне дихання»	Заспокоєння	Активація парасимпатички

Метод	Приклад вправи	Ціль	Нейропсихологічний ефект
Заземлення	«5–4–3–2–1»	Присутність	Стабілізація ВНС
Арт-терапія	«Мій біль», «Колаж»	Вираження емоцій	Активація правої півкулі
EMDR	«Безпечне місце»	Репроцесинг травми	Зниження дистресу, інтеграція
Група	«Я не одна»	Підтримка	Соціальна нейропластичність

Отже, програма «Шлях до Відновлення» постає як цілісна й продумана система психокорекційної підтримки. Кожна техніка має чітке спрямування на ті психоемоційні та нейрофізіологічні механізми, що були порушені через травматичний досвід втрати. Завдяки такій структурі програма забезпечує поступове зцілення, сприяє стабілізації внутрішнього стану та створює умови для повернення жінок до більш повноцінного й активного життя.

2.4. Аналіз ефективності психокорекційної програми

Оцінка результативності програми «Шлях до Відновлення» є завершальним і водночас одним із ключових етапів дослідження. Саме вона дозволяє визначити реальний вплив втручання на психоемоційний стан вдів загиблих військових та оцінити його практичну значущість. У цьому розділі здійснюється порівняльний аналіз показників депресії, інтенсивності горювання та рівня емоційної регуляції - як до початку участі у програмі, так і після її завершення. Окремо зіставляються результати експериментальної групи, яка проходила психокорекційне втручання, та контрольної групи, що не брала участі у програмі.

Аналіз охоплює як кількісні дані (статистичні зміни за стандартизованими шкалами), так і якісну оцінку динаміки емоційних реакцій. Це дозволяє сформулювати цілісне уявлення про терапевтичний ефект програми та зрозуміти, які саме зміни відбулися у внутрішньому світі учасниць. Особливий акцент робиться на трансформації когнітивних установок, стабілізації тілесних відчуттів, символічному опрацюванні втрати та процесі соціальної інтеграції - адже саме ці аспекти є критично важливими для відновлення після травматичного горювання [I.10; I.35; I.50; II.2].

Критерії та методи оцінки ефективності

Ефективність програми «Шлях до Відновлення» оцінювалася за допомогою комбінованого підходу, що поєднує кількісні показники змін за психодіагностичними шкалами та якісні дані, отримані зі зворотного зв'язку від учасниць. Такий підхід дозволяє не лише зафіксувати статистично значущі результати, а й глибше зрозуміти суб'єктивний досвід трансформації, процес емоційного зцілення та соціальної адаптації.

Критерії успішності програми:

1. Зниження рівня симптомів депресії за шкалою BDI-II [II.10; II.20]:
 - зменшення загального балу щонайменше на 5 пунктів;
 - перехід з клінічно значущого рівня (≥ 20 балів) до субклінічного або легкого.
2. Зниження показників тривоги та депресії за шкалою HADS [I.42; I.81]:
 - зменшення балів у підшкалах «тривога» та «депресія» щонайменше на 3 пункти;
 - перехід з помірного чи важкого рівня до нормального або прикордонного.
3. Зниження інтенсивності горювання за шкалою TRIG [I.77; II.25]:
 - зменшення балу щонайменше на 5 пунктів у підшкالی тривалого горювання;

- зменшення емоційної фіксації на втраті та зростання показників адаптації.
4. Позитивна динаміка у проєктивних методиках [I.30; I.35]:
- зменшення фрагментації образів, агресивних символів та інтропунітивних реакцій;
 - поява ресурсних образів, символів надії та внутрішньої сили.
5. Суб'єктивне покращення стану:
- відчуття емоційного полегшення та зниження тривожності;
 - поява мотивації до дій і планування майбутнього;
 - відновлення соціальних контактів та активної участі в житті.

Методи оцінки ефективності

▪ Повторна психодіагностика

- Проводилася після завершення програми (на 9-му тижні).
- Використовувалися ті самі методики, що й на етапі первинного обстеження:
 - BDI-II;
 - HADS;
 - TRIG;
 - проєктивні методики («Неіснуюча тварина», тест Розенцвейга).
- Дані порівнювалися як у межах експериментальної групи («до» і «після»), так і між експериментальною та контрольною групами.

▪ Збір якісних даних [I.51; I.59]

- Письмовий зворотний зв'язок: учасниці заповнювали анкети з відкритими питаннями («Що змінилося у вашому стані?», «Які справи були для вас найціннішими?», «Що ви винесли з програми?»).
- Напівструктуровані інтерв'ю: проведені з 5 учасницями, які дали згоду. Інтерв'ю дозволили простежити емоційну динаміку протягом програми, переживання групової підтримки та відчуття внутрішніх змін.

▪ *Спостереження ведучого*

- Ведучий групи фіксував динаміку участі, емоційні реакції та рівень включеності учасниць.
- Ці дані використовувалися для зіставлення результатів - кількісних, якісних та поведінкових змін.

Узагальнення методів оцінки ефективності психокорекційної програми наведено у табл. 2.4.1, де систематизовано ключові критерії та інструменти аналізу.

Таблиця 2.4.1

**Методи оцінки ефективності психокорекційної програми:
інструменти, цілі та типи даних**

Метод	Інструмент	Ціль	Тип даних
Повторна діагностика	BDI-II, HADS, TRIG	Кількісна оцінка змін	Об'єктивні
Проективні методики	«Неіснуюча тварина», Розенцвейг	Глибинна емоційна динаміка	Якісні
Зворотний зв'язок	Анкета, інтерв'ю	Суб'єктивне переживання	Якісні
Спостереження	Журнал ведучого	Поведінкова динаміка	Контекстуальні

Отже, ефективність програми «Шлях до Відновлення» оцінювалася за допомогою багаторівневої системи критеріїв та методів. Такий підхід дозволив отримати науково підтверджені докази її терапевтичної результативності та практичної значущості. Програма довела свою здатність підтримувати жінок, які втратили чоловіків-військових і переживають депресивні стани та ускладнене горювання, допомагаючи їм

поступово відновлювати внутрішню рівновагу, адаптуватися до нових життєвих умов і знаходити ресурси для подальшого життя.

Результати аналізу змін стану респонденток

Після завершення програми «Шлях до Відновлення» учасниці експериментальної групи пройшли повторне психодіагностичне обстеження. Отримані дані дали змогу провести порівняльний статистичний аналіз, оцінити клінічну значущість змін та здійснити якісну інтерпретацію особистісної динаміки. У сукупності ці результати підтвердили ефективність програми на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях, показавши, що втручання мало реальний терапевтичний ефект.

Порівняльний статистичний аналіз [І.17; ІІ.12]

Для оцінки змін застосовувалися як параметричні, так і непараметричні статистичні критерії:

- t-критерій Стьюдента для залежних вибірок - використовувався для порівняння середніх значень до та після втручання.
- Критерій Вілкоксона - застосовувався для перевірки медіанних змін у випадках несиметричного розподілу даних.

▪ Результати за шкалою BDI-II:

- Середній бал до втручання: 26,4.
- Середній бал після втручання: 17,1.
- Статистичний результат: $t(19) = 3,9, p < 0,01$ - зафіксовано статистично значуще зниження рівня депресії.

▪ Результати за шкалою HADS:

- Тривога: з 11,2 до 7,4 ($t = 3,96, p < 0,01$).
- Депресія: з 10,8 до 6,9 ($t = 4,21, p < 0,01$).

▪ Результати за шкалою TRIG:

- Тривале горювання: з 28,7 до 21,3.

- Критерій Вілкоксона: $Z = -3,41, p < 0,001$ - значуще зниження емоційної фіксації на втраті.

Клінічна значущість змін [II.19; II.20]

Окрім статистичних показників, було оцінено клінічну значущість, тобто вихід учасниць із зони діагностично підтверджених розладів:

- BDI-II: до втручання 85% учасниць мали показники ≥ 20 балів (клінічна депресія); після програми - лише 30%.
- HADS: тривожні показники знизилися до субклінічного рівня у 65% учасниць.
- TRIG: ознаки ускладненого горювання (>25 балів) після втручання зберігалися лише у 25% респонденток.

Ці результати свідчать про реальне покращення психоемоційного стану, яке має не лише статистичну, але й терапевтичну значущість.

Якісний аналіз змін

■ Методика «Неіснуюча тварина» [I.30; I.39]

- До програми. У малюнках переважали фрагментовані форми та агресивні елементи (шипи, панцир), часто були відсутні очі чи рот. Це свідчило про емоційну ізоляцію, високий рівень тривоги та використання захисних механізмів.
- Після закінчення проходження програми. З'явилися образи з м'якими контурами, символами світла, серця, крил. Вони відображали активізацію внутрішніх ресурсів, появу надії та емоційну відкритість.

■ Тест Розенцвейга [I.62; I.79]

- Інтропунітивні реакції (самозвинувачення, самокритика) зменшилися з 60% до 35%.
- Частка імпунітивних реакцій (нейтральне реагування, пошук компромісу) зросла з 25% до 45%.
- З'явилися ресурсні відповіді: «Я зможу впоратись», «Це не кінець», «Я маю підтримку».

■ Суб'єктивні зміни (за інтерв'ю та зворотним зв'язком):

- Учасниці описували зниження тривожності, покращення якості сну, появу мотивації до дій.
- Відзначали цінність групової підтримки та можливість «говорити без страху».
- Багато хто вперше зміг вербалізувати почуття до загиблого чоловіка, що стало емоційним проривом і важливим кроком у процесі горювання.

Узагальнений ефект психокорекційної програми наведено у табл. 2.4.2, де систематизовано ключові результати кількісного та якісного аналізу.

Таблиця 2.4.2

Ефективність психокорекційної програми: показники до та після втручання

Показник	До втручання	Після втручання	Зміна
BDI-II (депресія)	26,4	17,1	–9,3
HADS (тривога)	11,2	7,4	–3,8
HADS (депресія)	10,8	6,9	–3,9
TRIG (горювання)	28,7	21,3	–7,4
Інтропунітивність	60%	35%	–25%
Ресурсні образи	15%	60%	+45%

Таким чином, результати кількісного та якісного аналізу переконливо свідчать, що програма «Шлях до Відновлення» є дієвим інструментом психокорекційної підтримки. Вона показала високу ефективність у зниженні проявів депресивної симптоматики, у поступовому й глибокому опрацюванні переживань, пов'язаних із горем, а також у пробудженні внутрішніх ресурсів, які допомагають жінкам відновлювати рівновагу та знаходити сили для подальшого життя.

Важливо наголосити, що позитивні зміни стосуються не лише числових показників за психодіагностичними шкалами. Вони охоплюють і глибинні особистісні трансформації: зміну ставлення до себе, відновлення здатності до емоційної відкритості, формування нових життєвих смислів та поступове повернення до соціальної активності. Саме це підтверджує терапевтичну дієвість інтегративного підходу, який поєднує роботу з когнітивними процесами, емоційною сферою та тілесними відчуттями, створюючи цілісну систему відновлення після травматичного досвіду.

Обговорення отриманих результатів

Результати дослідження переконливо показують високу ефективність програми «Шлях до Відновлення» у роботі з депресивними станами та ускладненим горюванням у вдів загиблих військових [I.13; I.84]. Зниження показників за шкалами BDI II, HADS та TRIG, а також позитивні зміни, зафіксовані у проєктивних методиках, підтверджують, що програма сприяє емоційному зціленню, стабілізації когнітивних процесів і активізації внутрішніх ресурсів, необхідних для відновлення після втрати.

Підтвердження гіпотези дослідження

У центрі дослідження лежала гіпотеза про те, що інтегративна психокорекційна програма, яка поєднує когнітивно-поведінкову терапію, тілесні техніки, арт-терапію та елементи EMDR, здатна знижувати рівень депресивної симптоматики та інтенсивність горювання у вдів загиблих військових.

Отримані результати підтвердили цю гіпотезу:

- статистично значуще зниження рівня депресії (BDI-II) та тривоги (HADS);
- зменшення емоційної фіксації на втраті (TRIG);
- поява ресурсних образів у проєктивних методиках;
- зниження інтропунітивних реакцій у тесті Розенцвейга.

Отримані дані підтверджують реальну терапевтичну дію програми, яка впливає не лише на симптоматичний рівень, а й охоплює глибинні емоційні та поведінкові зміни.

Нейропсихологічна інтерпретація змін [I.24; I.50; II.2; I.83]

Згідно з теоретичними положеннями (розділ 1.3), депресивні стани та процес горювання супроводжуються порушенням роботи ключових нейронних мереж:

- **Мережа пасивного режиму (DMN):** її надмірна активність спричиняє румінації та фіксацію на втраті.
- **Мережа виконавчого контролю (ECN):** знижена активність ускладнює планування та саморегуляцію.
- **Гіперактивація амигдали та ГГН-осі:** призводить до тривожності та соматичних симптомів.

Після проходження програми спостерігається:

- зменшення румінацій - свідчить про зниження активності DMN;
- покращення когнітивної гнучкості - активізація ECN завдяки КПТ-технікам;
- стабілізація тілесних реакцій - регуляція ГГН-осі через дихальні та тілесні вправи;
- інтеграція травматичних спогадів - завдяки елементам EMDR, що сприяють репроцесингу.

Отже, програма чинить опосередкований вплив на нейрофізіологічні механізми, що лежать в основі депресії та процесу горювання, і сприяє нейропсихологічному відновленню.

Сильні сторони програми [I.13; I.49; I.85]

1. Інтегративність - поєднання когнітивного, тілесного, емоційного та травмафокусованого підходів.

2. Нейропсихологічна обґрунтованість - відповідність сучасним уявленням про функціонування мозку в умовах втрати.
3. Групова підтримка - створення безпечного простору, нормалізація переживань, розвиток соціальної нейропластичності.
4. Адаптивність до цільової групи - врахування специфіки горювання у вдів загиблих військових.
5. Практична реалізованість - можливість впровадження програми в умовах громадських організацій.

Обмеження дослідження [I.17; I.88]

1. Невеликий розмір вибірки - обмежує можливість узагальнення результатів на ширшу популяцію.
2. Відсутність рандомізації - квазіекспериментальний дизайн не дозволяє повністю виключити вплив зовнішніх чинників.
3. Короткострокова оцінка - ефективність програми оцінювалася одразу після її завершення, без довготривалого моніторингу.
4. Суб'єктивність якісних даних - інтерв'ю та зворотний зв'язок можуть містити емоційні викривлення.

Отже, результати обговорення підтверджують, що програма «Шлях до Відновлення» є науково обґрунтованим, ефективним та етично чутливим інструментом психокорекції. Вона сприяє глибокому емоційному зціленню, стабілізації когнітивних процесів та тілесному відновленню у жінок, які пережили втрату чоловіка на війні. Попри певні обмеження, отримані дані демонструють високу терапевтичну значущість програми та її перспективність для подальшого впровадження у практику психологічної допомоги.

Висновок до Розділу 2

Емпіричне дослідження, представлене у другому розділі, підтвердило як наукову, так і практичну значущість інтегративної психокорекційної програми «Шлях до Відновлення». Вона була спрямована на підтримку вдів загиблих військових у подоланні депресивних станів та ускладненого

горювання [I.13; I.84]. Методологічна основа дослідження ґрунтувалася на квазіекспериментальному дизайні з контрольною групою [I.17; I.88], що забезпечило об'єктивність і надійність отриманих результатів.

Вибірка складалася з 40 учасниць, відібраних за чіткими критеріями включення. Усі вони мали клінічно значущі показники депресії та горювання, що дозволило сфокусувати дослідження саме на тих випадках, де психокорекційне втручання було найбільш необхідним.

Для оцінки психоемоційного стану учасниць застосовувалися валідні стандартизовані методики (BDI II, HADS, TRIG), а також проєктивні тести («Неіснуюча тварина», тест Розенцвейга) [I.31; I.42; I.77]. Це забезпечило багатовимірний аналіз їхнього стану. Первинна діагностика засвідчила високий рівень депресивної симптоматики, сильну емоційну фіксацію на втраті та домінування інтропунітивних захисних механізмів. Саме ці результати стали основою для розробки спеціалізованої програми допомоги.

Інтегративна програма «Шлях до Відновлення» була створена на основі поєднання когнітивно-поведінкової терапії, тілесно орієнтованих технік, арт-терапії та елементів EMDR [I.52; I.83; II.2]. Такий інтегративний підхід забезпечив цілісний вплив на когнітивні, емоційні та нейрофізіологічні аспекти переживання втрати. Він сприяв стабілізації психоемоційного стану, репроцесингу травматичних спогадів і активізації внутрішніх ресурсів.

Програма реалізовувалася у форматі восьми сесій, структурованих у три фази: стабілізація, опрацювання травми та інтеграція. Кожна фаза мала чітко визначені цілі, методи та очікувані ефекти, що відповідали логіці нейропсихологічного відновлення.

Оцінка ефективності програми проводилася за допомогою повторної діагностики, якісного зворотного зв'язку та спостережень ведучого. Статистичний аналіз (t-критерій Ст'юдента, критерій Вілкоксона) показав значуще зниження рівня депресії, тривоги та інтенсивності горювання [I.17;

II.12]. Клінічно значущі показники зменшилися у більшості учасниць, що підтвердило терапевтичну дієвість втручання.

Якісний аналіз показав глибинні особистісні трансформації: зменшення інтропунітивних реакцій, поява ресурсних образів, покращення емоційної регуляції та зростання мотивації до життя. Учасниці описували відчуття полегшення, появу надії та відновлення соціальних контактів. Це свідчить про відновлення соціальної адаптації й формування нових життєвих смислів.

Отримані результати також підтверджують опосередкований вплив програми на функціонування нервової системи:

- зменшення румінацій свідчить про зниження активності мережі пасивного режиму (DMN);
- активізація префронтальної кори вказує на покращення когнітивного контролю;
- тілесна стабілізація демонструє регуляцію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі [I.24; I.50; II.2].

Таким чином, програма впливає не лише на психологічний стан учасниць, але й сприяє нейробіологічному відновленню.

Серед сильних сторін програми варто відзначити її:

- інтегративність - поєднання когнітивного, тілесного, емоційного та травмафокусованого підходів;
- нейропсихологічну обґрунтованість - відповідність сучасним уявленням про функціонування мозку в умовах втрати;
- адаптивність до потреб цільової групи - врахування специфіки горювання у вдів загиблих військових;
- практичну реалізованість - можливість впровадження програми в умовах громадських організацій.

Водночас дослідження має певні обмеження:

- невеликий розмір вибірки, що ускладнює узагальнення результатів;

- відсутність рандомізації, яка не дозволяє повністю виключити вплив зовнішніх чинників;
- короткострокова оцінка ефективності без довготривалого моніторингу;
- суб'єктивність якісних даних, адже інтерв'ю та зворотний зв'язок можуть містити емоційні викривлення.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ТА МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОБОТИ З ВДОВАМИ ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВИХ

Третій розділ роботи присвячений створенню та апробації інтегративної психокорекційної програми «Шлях до Відновлення», а також розробці методичних рекомендацій для практичної діяльності психологів і психотерапевтів, які працюють із вдовами загиблих військових. Потреба у створенні такої програми зумовлена високим рівнем депресивних станів та ускладненого горювання, що виникають після трагічної втрати близької людини, а також необхідністю у спеціалізованих інструментах психологічної допомоги, здатних врахувати складність і багатовимірність цих переживань.

Програма побудована на сучасних наукових підходах до роботи з травмою та горем. Вона поєднує когнітивно-поведінкову терапію, тілесно орієнтовані техніки, арт-терапію та елементи EMDR [I.52; I.83; II.2]. Така інтегративна модель забезпечує вплив одночасно на когнітивний, емоційний і нейрофізіологічний рівні переживань, сприяючи стабілізації психоемоційного стану, репроцесингу травматичних спогадів та формуванню нових життєвих смислів.

У програмі особливий акцент зроблено на її структурі, фазах та методичних принципах реалізації. Завдання полягає не лише у зниженні симптомів депресії та тривоги, а й у відновленні внутрішніх ресурсів, соціальної адаптації та здатності вибудовувати майбутнє після втрати.

У цьому розділі також подано практичні рекомендації для фахівців, які працюють із вдовами загиблих військових. Вони охоплюють питання діагностики, вибору методів, організації групової та індивідуальної роботи, а також взаємодії з громадськими організаціями. Таким чином, розділ пропонує цілісний інструментарій для ефективної психокорекційної практики, що відповідає сучасним науковим стандартам і реальним потребам постраждалих жінок.

Розробка інтегративної програми потребує чіткого теоретичного підґрунтя, яке визначає її концептуальні засади, філософію та механізми впливу. У роботі з вдовами загиблих військових особливо важливо враховувати багатовимірність їхнього психоемоційного стану, що поєднує депресивні прояви, ускладнене горювання, травматичні переживання та соціальні виклики. Саме тому програма має бути побудована на принципах інтегративності, нейробіологічної обґрунтованості та гуманістичної спрямованості, що дозволяє одночасно працювати з когнітивними, емоційними, тілесними та соціальними аспектами особистості.

Філософія програми ґрунтується на цілісному баченні людини як системи, здатної до відновлення завдяки власним внутрішнім ресурсам та зовнішній підтримці. Її мета полягає не лише у зменшенні симптомів депресії та тривоги, а й у формуванні нових життєвих смислів, відновленні емоційної регуляції та соціальної адаптації. Механізми впливу програми базуються на сучасних знаннях про нейропластичність, функціонування мозкових структур і нейронних мереж, а також на перевірених психотерапевтичних практиках, що забезпечують репроцесинг травматичних спогадів і стабілізацію психоемоційного стану.

Таким чином, підрозділ 3.1 визначає ключові принципи та обґрунтовує вибір інтегративної моделі, яка стала фундаментом для подальшої реалізації програми «Шлях до Відновлення».

3.1. Принципи побудови та обґрунтування інтегративної психокорекційної програми

Після визначення загальних принципів побудови та наукового обґрунтування інтегративної психокорекційної програми важливо перейти до її філософії та ключових засад. Саме вони визначають логіку, спрямованість і внутрішню структуру всіх модулів. У цьому підрозділі розкривається концептуальна основа програми «Шлях до Відновлення», пояснюється, чому вона поєднує різні психотерапевтичні напрями та як їхня взаємодія створює комплексний ефект.

Філософія програми ґрунтується на цілісному баченні людини як багатовимірної системи, у якій когнітивні процеси, емоційні переживання, тілесні реакції та соціальні зв'язки утворюють єдину інтегровану структуру [I.49; I.85]. Відповідно, психокорекційна робота має бути спрямована не лише на зменшення симптомів депресії чи горювання, а й на відновлення внутрішніх ресурсів, формування нових життєвих смислів та підтримку соціальної адаптації.

Філософія та основні принципи програми («Ключові принципи роботи»)

Програма «Шлях до Відновлення» виходить із розуміння, що навіть у найважчі моменти втрати вдови військових мають внутрішні сили, здатні підтримати їх і перетворити болісний досвід на шлях до відновлення. Завдання психокорекції полягає у створенні умов для активації цих ресурсів та їхньої інтеграції в процес відновлення.

1. Інтегративний підхід. Основою програми є поєднання кількох психотерапевтичних напрямів, кожен з яких впливає на окремі рівні функціонування особистості [I.52; I.83; II.2]:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): робота з дисфункціональними переконаннями, румінаціями та негативними мисленнєвими схемами, розвиток навичок саморефлексії та когнітивного контролю.

- Тілесно-орієнтовані методи: регуляція вегетативної нервової системи та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, зниження соматичних проявів тривоги, стабілізація психоемоційного стану.
- Травмафокусовані техніки (EMDR): репроцесинг травматичних спогадів, зменшення їхньої емоційної інтенсивності та інтеграція у життєвий досвід.
- Арт-терапія: безпечне вираження емоцій, опрацювання внутрішніх конфліктів, формування ресурсних образів.
- Групова динаміка: створення простору для взаємної підтримки, емпатії та соціальної інтеграції, що допомагає подолати ізоляцію та відновити соціальні контакти.

2. Травмаінформований та ресурсо-орієнтований підходи.

Програма враховує специфіку травматичної втрати, яка поєднує елементи горя, травми та екзистенційної кризи. Травмаінформований підхід передбачає створення безпечного терапевтичного простору, де учасниці можуть поступово працювати з болісними переживаннями без ризику ретравматизації. Ресурсо-орієнтований підхід акцентує увагу на внутрішніх і зовнішніх ресурсах - особистісних силах, підтримці з боку сім'ї та громади, духовних і культурних цінностях [I.35; I.39]. Це дозволяє не лише зменшити симптоми, але й відновити здатність до побудови майбутнього та формування нових життєвих смислів.

3. Нейробіологічно обґрунтований підхід. Ключовим принципом програми є її нейробіологічна обґрунтованість. Використані методи спрямовані на активацію нейропластичності – здатності мозку формувати нові нейронні зв'язки та адаптуватися до змін [I.24; I.50; II.2; I.83]. Це досягається через:

- регуляцію автономної нервової системи (зниження гіперактивації, стабілізація вегетативних реакцій);

- репроцесинг травматичної інформації (зменшення патологічної активності DMN, відновлення балансу з мережею виконавчого контролю ECN);
- активацію префронтальної кори (покращення когнітивного контролю, планування та прийняття рішень);
- зниження гіперактивації амігдали та нормалізацію роботи системи винагороди, що сприяє зменшенню тривожності та відновленню здатності переживати позитивні емоції.

Отже, філософія програми «Шлях до Відновлення» ґрунтується на поєднанні інтегративного, травмаінформованого та нейробіологічно обґрунтованого підходів. Така модель забезпечує багатовимірний вплив на психіку вдов загиблих військових, дозволяючи не лише знизити рівень депресії та ускладненого горювання, а й сприяти глибокому емоційному зціленню, стабілізації когнітивних процесів та формуванню нових життєвих смислів.

Механізми впливу програми на депресивні стани та нейронні зв'язки

Інтегративна психокорекційна програма «Шлях до Відновлення» створена на основі сучасних знань про роботу мозку та нервової системи. Це дозволяє пояснити її ефективність у зниженні депресивних станів та подоланні ускладненого горювання [I.13; I.84]. Механізми впливу програми охоплюють когнітивний, емоційний, тілесний та нейробіологічний рівні, забезпечуючи багатовимірне відновлення психіки та поступове повернення до внутрішньої рівноваги.

1. Вплив на префронтальну кору (ПФК) та лімбічну систему

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та практики майндфулнес спрямовані на посилення контролю префронтальної кори над мигдалеподібним тілом [I.24; I.50].

- КПТ допомагає коригувати дисфункціональні переконання, зменшувати румінації та формувати адаптивні мисленнєві схеми. Це активує ПФК і підвищує її здатність регулювати емоційні реакції.
- Майндфулнес практики розвивають навички усвідомленості та саморегуляції, знижують гіперактивацію амігдали, що проявляється у зменшенні тривожності та емоційної нестабільності.

Таким чином, програма допомагає відновити баланс між когнітивним контролем і емоційною реактивністю, що є критично важливим для подолання депресивних станів.

2. Стимуляція нейропластичності та репроцесинг травматичних спогадів

Ключовим механізмом програми є активація нейропластичності – здатності мозку формувати нові нейронні зв'язки та адаптуватися до змін [I.83; II.2].

- Поведінкова активація стимулює систему винагороди, зменшує ангедонію та формує нові адаптивні патерни поведінки.
- Фізичні вправи сприяють нейрогенезу та підвищують рівень нейротрофічних факторів (BDNF), що покращує когнітивні функції та емоційну регуляцію.
- Білатеральна стимуляція (EMDR) забезпечує репроцесинг травматичних спогадів, їх інтеграцію у життєвий досвід та зниження емоційної інтенсивності.

У результаті формується нова нейронна архітектура, яка підтримує адаптивне функціонування та знижує ризик повторної активації травматичних переживань.

3. Регуляція автономної нервової системи (АНС) та мережі пасивного режиму (DMN) [I.24; I.50; II.2]

Програма спрямована на відновлення балансу між симпатичним та парасимпатичним відділами АНС, а також на корекцію дисфункцій DMN.

- Дихальні практики та тілесні техніки активують парасимпатичний відділ, що знижує рівень фізіологічної тривоги, стабілізує серцево-судинні та гормональні показники.
- Зниження румінацій досягається через роботу з мисленнєвими схемами та розвиток навичок усвідомленості. Це зменшує патологічну активацію DMN та сприяє переключенню на мережу виконавчого контролю (ECN).

Таким чином, програма забезпечує тілесну стабілізацію, зменшення нав'язливих думок та відновлення когнітивної гнучкості.

Отже, механізми впливу програми «Шлях до Відновлення» полягають у гармонізації роботи префронтальної кори та лімбічної системи, стимуляції нейропластичності та репроцесингу травматичних спогадів, а також у регуляції автономної нервової системи та зниженні патологічної активності DMN. Завдяки цьому програма сприяє зменшенню депресивних симптомів, стабілізації емоційного стану та формуванню нових адаптивних стратегій життя після втрати.

Організаційні аспекти інтегративної психокорекційної програми

«Шлях до Відновлення» визначає її практичну реалізацію та забезпечує ефективність впливу на учасниць. Формат, кількість і тривалість сесій, а також частота зустрічей були розроблені з урахуванням специфіки цільової групи - вдов загиблих військових, які переживають депресивні стани та ускладнене горювання.

1. Формат проведення

- Груповий формат - основний, адже він забезпечує ефект соціальної підтримки, взаємної емпатії та нормалізації переживань. Групова динаміка створює безпечний простір для обміну досвідом, зменшує відчуття ізоляції та сприяє формуванню нових соціальних зв'язків [I.49; I.85].

- Індивідуальний формат - використовується як додатковий у випадках високої інтенсивності симптомів, потреби у глибокій персональній роботі або при неможливості участі у групових зустрічах. Індивідуальні сесії дозволяють адаптувати програму до особистісних особливостей та темпу відновлення кожної учасниці.

2. Загальна кількість та тривалість сесій

Програма складається з 8 сесій, які структуровані у три фази [I.52; I.83; II.2]:

1. Стабілізація (2 сесії): формування відчуття безпеки, тілесна регуляція, зниження тривоги.
2. Опрацювання травми (4 сесії): репроцесинг травматичних спогадів, робота з емоційними блоками, когнітивна реструктуризація.
3. Інтеграція (2 сесії): формування нових життєвих смислів, відновлення соціальних контактів, розвиток ресурсності.

Тривалість кожної сесії становить 90–120 хвилин, що дозволяє поєднувати психоосвітні блоки, практичні вправи та обговорення.

Зустрічі проводяться один раз на тиждень, що забезпечує баланс між інтенсивністю роботи та можливістю учасниць інтегрувати отриманий досвід у повсякденне життя. Така частота дозволяє уникати перевантаження та водночас підтримує динаміку терапевтичного процесу. У разі індивідуальної роботи можливе коригування графіка відповідно до потреб учасниці.

Організаційна структура програми «Шлях до Відновлення» поєднує груповий та індивідуальний формати, складається з восьми сесій тривалістю 90–120 хвилин, що проводяться щотижня. Такий підхід забезпечує системність, поступовість та ефективність психокорекційного процесу, сприяючи як емоційному зціленню, так і соціальній інтеграції вдов загиблих військових.

3.2. Зміст психокорекційної програми: модулі, методи та техніки

Зміст психокорекційної програми «Шлях до Відновлення» є основою її практичної реалізації та водночас відображає інтегративну концепцію, закладену у попередніх теоретичних розділах [I.52; II.2]. Саме в цьому підрозділі детально описуються модулі, методи та техніки, які забезпечують багатовимірний вплив на психоемоційний стан вдів загиблих військових. Програма поєднує роботу на когнітивному, емоційному, тілесному та соціальному рівнях, створюючи цілісну систему підтримки та відновлення.

Структура програми побудована за принципом поетапності та чіткої організації, що дозволяє поступово переходити від етапу стабілізації до глибокого опрацювання травматичного досвіду, а далі - до інтеграції нових життєвих смислів [I.83]. Кожен модуль має чітко визначені цілі, завдання та набір методів, які відповідають логіці нейропсихологічного відновлення [I.24]. Такий підхід гарантує системність і послідовність, а також забезпечує поступове зниження інтенсивності симптомів.

У програмі використовуються перевірені психотерапевтичні інструменти: когнітивно-поведінкові техніки, тілесно-орієнтовані практики, арт-терапія, елементи EMDR та групова динаміка. Їхнє поєднання створює комплексний вплив на ключові механізми депресії та ускладненого горювання [I.52; I.83]. Завдяки цьому учасниці отримують можливість не лише працювати з власними думками та переконаннями, але й відновлювати тілесну регуляцію, виражати емоції через творчість, інтегрувати травматичні спогади та знаходити підтримку у груповій взаємодії.

Особливий акцент зроблено на практичних інструментах, які спрямовані на зниження рівня тривоги та депресії, репроцесинг травматичних спогадів, розвиток навичок емоційної регуляції та формування ресурсних образів. Це дозволяє учасницям поступово відновлювати внутрішню рівновагу, знаходити нові смисли та відчувати себе більш стійкими у соціальному середовищі.

Таким чином, підрозділ 3.2 є центральним у представленні програми, адже саме він демонструє, як теоретичні принципи перетворюються на

конкретні психокорекційні дії. Тут показано, як інтегративна модель набуває практичного виміру, забезпечуючи відновлення психологічного благополуччя та сприяючи соціальній адаптації вдов загиблих військових.

Модуль 1: Психосвіта та тілесне заземлення

Перший модуль програми має особливе значення, адже саме він закладає фундамент для подальшої роботи. На цьому етапі учасниці отримують базове розуміння природи травматичного досвіду та знайомляться з інструментами, які допомагають стабілізувати психоемоційний стан. Основна мета модуля - поєднати психосвітний компонент із практичними техніками тілесного заземлення, що дозволяють відновити відчуття контролю над власним тілом і нервовою системою [I.50].

1. Психосвіта: знання як ресурс відновлення

- Вплив травми на мозок. Учасницям пояснюється, як травматичні події змінюють роботу мозку:
 - активація мигдалеподібного тіла, що відповідає за реакцію страху;
 - дисбаланс у роботі гіпокампа, який призводить до порушення пам'яті та орієнтації у часі;
 - зниження активності префронтальної кори, що ускладнює прийняття рішень і контроль емоцій [I.24; I.83].
- Вплив на нервову систему. Розглядається концепція «fight–flight–freeze» та пояснюється, як травма може призводити до хронічної активації симпатичної нервової системи. Це проявляється у тривожності, гіперзбудженні чи емоційній відстороненості [I.50].
- Психоедукація як інструмент. Знання про фізіологію травми допомагає знизити рівень тривоги, адже клієнти починають усвідомлювати, що їхні реакції є природними та мають біологічне підґрунтя.

2. Дихальні вправи як метод стабілізації

- Техніка «4-7-8» [I.50]:

- вдих на 4 секунди → затримка дихання на 7 секунд → повільний видих на 8 секунд;
- мета: зниження рівня фізіологічного збудження, активація парасимпатичної нервової системи, відновлення відчуття контролю над тілом.
- Практичне застосування:
 - виконується у спокійному середовищі, сидячи або лежачи;
 - рекомендується повторювати 3–4 цикли, поступово збільшуючи кількість повторів.
- Ефект: регулярна практика цієї техніки сприяє зниженню тривожності, покращенню якості сну та формуванню навички швидкої саморегуляції у стресових ситуаціях.

3. Техніки тілесного заземлення

- Метод «5-4-3-2-1» [1.50]:
 - 5 речей, які клієнт може побачити навколо;
 - 4 речі, яких він може торкнутися;
 - 3 звуки, які він може почути;
 - 2 запахи, які він може відчути;
 - 1 смак, який він може пригадати або відчути.
- Мета: повернення уваги у «тут і тепер», зниження інтенсивності травматичних спогадів, стабілізація емоційного стану.
- Практичне застосування: техніка використовується у моменти тривоги, флешбеків чи дисоціації, допомагаючи клієнту відновити контакт із реальністю.
- Ефект: формування відчуття безпеки, зниження рівня паніки, розвиток навички самодопомоги.

4. Інтеграція психоосвіти та практики

- Поєднання знань і дій. Клієнти не лише отримують інформацію про вплив травми, але й одразу навчаються практичним технікам, що дозволяє інтегрувати знання у щоденне життя.

- Роль психолога. Фахівець виступає фасилітатором процесу, пояснює фізіологічні механізми та демонструє вправи у безпечному середовищі.
- Домашні завдання. Клієнтам пропонується щоденна практика дихальних вправ та технік заземлення, що сприяє формуванню стійких навичок саморегуляції.

Таким чином, **Модуль 1** програми виконує дві ключові функції:

1. Освітню - формує розуміння природи травматичних реакцій та пояснює їхні фізіологічні механізми.
2. Практичну - надає клієнтам прості й ефективні інструменти стабілізації (дихальні вправи, техніки заземлення), які можна застосовувати у повсякденному житті для підтримки внутрішньої рівноваги.

Модуль 2: Когнітивна реструктуризація та поведінкова активація

Цей модуль поєднує дві взаємодоповнювальні лінії роботи: переосмислення деструктивних мисленнєвих патернів (когнітивна реструктуризація) та системне відновлення життєвої активності (поведінкова активація). У тандемі вони знижують симптоми тривоги/депресії, посилюють відчуття контролю й повертають зв'язок із джерелами цінності та підтримки [I.31; I.18].

Концептуальні засади і цілі

- Мета когнітивної складової: виявити автоматичні негативні думки (АНД), розпізнати когнітивні спотворення та сформулювати більш реалістичні, гнучкі інтерпретації подій [I.18] .
- Мета поведінкової складової: запустити регулярну, дозовану участь у значущих діях, щоб активувати систему винагороди, зменшити апатію та уникання [I.31].
- Очікувані результати: зниження інтенсивності румінацій, підвищення рівня енергії та мотивації, повернення до ціннісних ролей і задач.

Когнітивна реструктуризація: покроковий підхід [I.18]

- Виявлення АНД:

- Питання-детектор: “Що я щойно подумала?”, “Який образ/фраза промайнули?”, “Що це каже про мене/світ/майбутнє?”
- Контекст: моменти тригерів (флешбек, конфлікт, соціальна взаємодія, ізоляція).
- Картування ситуації (модель С–Д–Е–П):
 - Ситуація: опис фактів без інтерпретацій.
 - Думки: слово в слово, коротко і конкретно.
 - Емоції/тіло: інтенсивність у відсотках, тілесні маркери (напруга, серцебиття).
 - Поведінка: імпульси (уникання, критика, ізоляція).
- **Розпізнавання когнітивних спотворень:**
 - Катастрофізація: “це ніколи не закінчиться”, “я не впораюся”.
 - Чорно-біле мислення: “або успіх, або провал”.
 - Зчитування думок: “усі думають, що я слабка”.
 - Персоналізація: “це сталося через мене”.
 - Селективна абстракція: фокус лише на негативних деталях.
 - Емоційне міркування: “якщо я так почуваюся, значить це правда”.
- **Сократичні запитання та перевірка доказів:**
 - Докази “за/проти”: що підтверджує думку? що її спростовує?
 - Альтернативні пояснення: які ще 2–3 можливі інтерпретації події?
 - Дистанціювання у часі: що б я сказала близькій людині в подібній ситуації через місяць?
 - Континуум: де це на шкалі від 0 до 100? чи справді це “завжди/ніколи”?
- **Формування збалансованих думок:**
 - Переформулювання: “так, це важко, і я вже роблю кроки, які зменшують навантаження”.
 - Пов’язані дії: маленька практична дія, що підтверджує нову інтерпретацію (написати повідомлення, вийти на коротку прогулянку).

- **Закріплення навички:**

- Щоденник думок: 1–2 записи щодня з коротким аналізом.
- Індикатори прогресу: менше румінацій, швидше повернення уваги в “тут-і-тепер”, м’якші формулювання.

Поведінкова активація: структура і дизайн [I.31]

- **Аудит поточної активності:**

- Матриця активностей: приємні (P), майстерність/компетентність (M), цінності (V), зв’язки/підтримка (S).
- Сканер уникання: де я відкладаю/уникаю? що гальмує старт?

- **Принцип “малих кроків”:**

- SMART-задачі: конкретні, вимірювані, досяжні, релевантні, обмежені в часі.
- Дозування: старт із 5–15 хвилин, без завищених очікувань.

- **Планування тижня:**

- Календар мікро-активностей: 3–5 дій на тиждень з різних категорій (P/M/V/S).
- Час і тригери: фіксовані години, прив’язка до рутини (після сніданку, перед сном).

- **Механізм винагороди:**

- Негайне підкріплення: коротка приємність після виконання (музика, теплий напій).
- Відстеження ефекту: після виконання дії - зміни настрою, відчуття енергії, контакт зі смислом.

- **Подолання бар’єрів:**

- Анти-прокрастинаційний набір: правило 2 хвилин, “поганий перший чернетковий підхід”, таймер 10 хвилин.
- План В/С: альтернатива на випадок зриву (коротша версія дії або інша категорія).

- **Соціальна складова:**

- Партнерство: домовленість із людиною-наставницею/подругою про короткий чек-ін.
- Групи підтримки: включення у спільноти, що резонують із цінностями (див. 3.3.4).

Інтеграція когнітивного й поведінкового компонентів

- Зв'язок думка–дія: збалансована думка завершується конкретним маленьким кроком.
- Експерименти в реальному житті: перевірка альтернативних переконань через поведінкові тести (“якщо я напишу, чи справді мене відкинуть?”).
- Цикл зворотного зв'язку: дія → новий досвід → корекція переконання → наступний крок.

Інструменти і матеріали для сесій та домашньої роботи

- Щоденник АНД: ситуація, думка, спотворення, докази, альтернатива, дія, результат.
- Перелік спотворень: короткий довідник із прикладами для швидкого розпізнавання.
- Тижневий план активації: таблиця Р/М/V/S з часом і “мінімально достатнім” обсягом.
- Оцінка настрою: коротка шкала до/після активності (0–10) для відстеження ефекту.
- Лист підтримки самому собі: заздалегідь підготовлений текст на випадок спадів.

Адаптації для різних станів і форматів

- **При високій тривозі/дисоціації:**
 - Спочатку стабілізація: короткі техніки з Модуля 1 (4–7–8, 5–4–3–2–1), потім когнітивна робота.
 - Мікро-активації: надкороткі дії (1–3 хв), щадне навантаження.
- **В онлайн-форматі:**

- Етичні рамки: конфіденційність, приватний простір, узгоджені інструменти зв'язку.
- Спільне редагування матеріалів: шаблони щоденника думок у спільних документах, короткі асинхронні чек-іни.

Критерії прогресу і оцінювання

- Когнітивні маркери: менше “завжди/ніколи”, більше нюансів і гнучкості, скорочення часу румінацій.
- Поведінкові маркери: регулярність мікро-активностей 2–3 рази на тиждень, збільшення тривалості, поява ініціативи.
- Суб'єктивні індикатори: більше почуття впливу на власний день, менше уникання, відновлення контактів і інтересів.

Приклади мікро-інтервенцій

- Когнітивна: “Якби моя близька подруга сказала мені це, що б я відповіла?” → запис альтернативи → один підтверджуючий крок.
- Поведінкова: 8 хв прогулянки + 2 хв дихання 4–7–8 → коротка нотатка про зміну стану.
- Соціальна: повідомлення людині з групи підтримки + план 10-хвилинної спільної дії.

Таким чином, **Модуль 2** є «серцевиною» програми: саме тут відбувається переосмислення та зцілення важких переживань.

Модуль 3: Емоційне опрацювання та інтеграція через творчість (Арт-терапія)

Цей модуль створює простір, де клієнти можуть безпечно виражати біль і травматичні переживання без слів. Арт-терапія допомагає перетворювати складні емоції на символічні образи, що полегшують їхнє проживання та інтеграцію у життєву історію [I.85; I.52].

1. Арт-терапія як метод невербального вираження горя та травми [I.52]

- Сутність методу: творчість (малювання, ліплення, колаж, музика) стає каналом для вираження емоцій, які неможливо або складно передати словами.
- Функції арт-терапії:
 - зниження емоційної напруги;
 - створення відчуття контролю над внутрішнім світом;
 - формування нових способів осмислення втрати;
 - розвиток здатності до самовираження та самопідтримки.
- Арт-терапія допомагає військовим вдовам перетворити біль у символи, що полегшують його та дозволяють прийняти власний досвід.

2. Інтеграція проєктивних технік

Проективні техніки дозволяють клієнтам переносити внутрішні переживання на символічні форми, що полегшує їхнє усвідомлення та опрацювання.

- Малювання ресурсу [І.85]:
 - клієнт створює образ, який символізує його внутрішню силу, підтримку чи джерело енергії;
 - цей образ стає “якорем” для подальшої роботи, допомагає відновлювати відчуття стабільності у кризових ситуаціях;
 - приклади: малювання дерева як символу стійкості, світла як символу надії, руки як символу підтримки.
- Символічне опрацювання втрати:
 - клієнт створює малюнок або інший творчий продукт, що відображає його переживання втрати;
 - процес дозволяє винести біль назовні, зробити його видимим і таким, що піддається трансформації;
 - приклади: малювання дороги як символу життєвого шляху, з якого пішла близька людина; створення колажу пам'яті;

використання кольорів для вираження емоцій (темні - біль, світлі - надія).

- Робота із символами:
 - символи стають мостом між свідомим і несвідомим;
 - клієнт може створювати власні метафори (наприклад, “камінь” як тягар, “крило” як свобода), що допомагає інтегрувати травматичний досвід у нову життєву історію.

3. Практичні етапи реалізації модуля

1. Створення безпечного простору: психолог забезпечує атмосферу прийняття, де клієнт може вільно експериментувати з матеріалами.
2. Вибір техніки: залежно від стану клієнта пропонуються малювання, колаж, ліплення чи інші форми творчості.
3. Процес творчості: клієнт працює з матеріалом без вимог до “естетики” чи “якості” - головним є процес вираження.
4. Обговорення: після завершення роботи клієнт разом із психологом аналізує створений образ, його значення та емоційний вплив.
5. Інтеграція: символи та образи, що виникли, використовуються як ресурси для подальшої терапії та самопідтримки.

4. Очікувані результати модуля

- зниження інтенсивності емоційного болю;
- формування нових способів вираження та осмислення втрати;
- розвиток навичок самопідтримки через творчість;
- інтеграція травматичного досвіду у життєву історію клієнта;
- підвищення відчуття внутрішньої сили та ресурсності.

Таким чином, **Модуль 3** поєднує психотерапевтичну функцію арт-терапії з проєктивними техніками. Він допомагає прожити емоції й прийняти травматичний досвід як частину свого життя.

Модуль 4: Травмафокусована робота (Елементи EMDR та Репроцесинг травми)

Цей модуль є поглибленим етапом програми, спрямованим на безпосереднє опрацювання травматичних спогадів, що лежать в основі посттравматичних симптомів. Використання елементів EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) та інших методів репроцесингу допомагає поступово зменшити інтенсивність емоційного дистресу, інтегрувати пережитий травматичний досвід у життєву історію клієнта та відновити його здатність до адаптації [I.83; II.2].

1. Обґрунтування та етапи роботи [I.83]

- **Необхідність опрацювання травматичних спогадів:**

- Травматичні події часто залишаються “незавершеними” у психіці, зберігаючись у вигляді фрагментованих образів, тілесних відчуттів та емоцій.
- Без їхнього опрацювання клієнт може переживати флешбеки, нічні кошмари, емоційні “застрягання” та уникання.
- Репроцесинг дозволяє перевести травматичні спогади з “сирої” сенсорної форми у більш інтегровану, наративну пам’ять.

- **Етапи роботи [II.2]:**

1. Підготовка: створення безпечного простору, навчання клієнта технікам стабілізації (модулі 1–3).
2. Визначення цільового спогаду: вибір конкретного травматичного епізоду, що викликає найбільший дистрес.
3. Фокусування на негативній когніції: клієнт формулює переконання, пов’язане зі спогадом (наприклад, “Я безпорадна”, “Я винна”).
4. Використання білатеральної стимуляції: застосування рухів очей, тактильних або аудіальних стимулів для активації процесу репроцесингу.
5. Зниження інтенсивності дистресу: поступове зменшення суб’єктивної оцінки дискомфорту (SUD).

6. Формування позитивної когніції: заміна негативного переконання на більш адаптивне (“Я впоралася”, “Я маю силу”).
7. Інтеграція: закріплення нового досвіду у життєвій історії клієнта.

- **Умови та обмеження застосування:**

1. Індивідуальний формат: найбільш ефективний для роботи з глибокими травмами, оскільки дозволяє врахувати особисту динаміку клієнта.
2. Груповий формат: можливий лише у вигляді адаптованих елементів (короткі вправи на білатеральну стимуляцію, робота з ресурсними образами), але не для глибокого опрацювання травми.
3. Обмеження: не рекомендується застосовувати у випадках гострої психотравми без попередньої стабілізації, при тяжких психічних розладах (психози, неконтрольовані суїцидальні стани), а також без належної підготовки фахівця.

2. Техніки білатеральної стимуляції [I.83; I.35]

Білатеральна стимуляція є ключовим механізмом EMDR, що активує природні процеси переробки інформації у мозку.

- **Рухи очей:**
 - клієнт слідкує очима за рухом руки чи спеціального об’єкта зліва направо;
 - стимулюється міжпівкульна інтеграція, що сприяє зниженню інтенсивності травматичних образів.
- **Тактильна стимуляція (техніка “метелик”):**
 - клієнт схрещує руки на грудях і поперемінно постукує пальцями по плечах;
 - створюється ритмічний білатеральний сигнал, що допомагає утримувати увагу у “тут і тепер”.
- **Аудіальна стимуляція:**

- використання навушників із чергуванням звуків у правому та лівому вусі;
- ефективно для клієнтів, які краще реагують на слухові стимули.

3. Робота з цільовими спогадами

- Визначення цільового спогаду: клієнт обирає найбільш болісний епізод, що викликає сильний емоційний відгук.
- Негативна когніція: формулюється переконання, яке виникає у зв'язку зі спогадом (наприклад, “Я слабка”, “Я не заслуговую на підтримку”).
- Оцінка SUD (Subjective Units of Distress): клієнт визначає рівень дистресу від 0 до 10.
- Оцінка VOC (Validity of Cognition): клієнт оцінює, наскільки він вірить у позитивну когніцію (від 1 до 7).
- Процес репроцесингу: під час білатеральної стимуляції клієнт утримує у фокусі цільовий спогад, негативну когніцію та тілесні відчуття.
- Зниження інтенсивності: поступове зменшення SUD свідчить про інтеграцію травматичного досвіду.
- Закріплення позитивної когніції: клієнт формує нове переконання, яке стає ресурсом у подальшому житті.

4. Очікувані результати модуля

- зниження інтенсивності травматичних симптомів (флешбеки, нічні кошмари, тривожність);
- формування більш адаптивних переконань щодо себе та світу;
- інтеграція травматичного досвіду у життєву історію клієнта;
- підвищення рівня внутрішньої стійкості та здатності до саморегуляції;
- відновлення відчуття контролю та безпеки.

Модуль 4 є вирішальним етапом програми: він допомагає перейти від стабілізації та навчання до безпечного опрацювання травматичних спогадів. Поєднання EMDR та репроцесингових технік дозволяє зменшити емоційний тягар, трансформувати руйнівні переконання та прийняти досвід втрати як частину власної життєвої історії.

Модуль 5: Групова підтримка та соціальна реінтеграція

Цей модуль допомагає клієнтам відновити здатність до соціальної інтеграції після втрати. Завдяки груповій роботі створюється простір для взаємної підтримки, обміну досвідом та розвитку навичок спілкування. Це сприяє зміцненню соціальних зв'язків, що має вирішальне значення для військових вдів та інших людей, які пережили травму [I.49; I.85].

1. Створення безпечного середовища [I.49]

- Принципи безпеки:
 - конфіденційність (усе, що обговорюється у групі, залишається в її межах);
 - прийняття без осуду (учасники мають право на власні переживання та темп роботи);
 - рівність (кожен учасник має право висловитися, незалежно від статусу чи досвіду).
- Роль фасилітатора: психолог виступає модератором процесу, забезпечуючи структуру зустрічей, підтримку та контроль за дотриманням правил.
- Формування довіри: поступове створення атмосфери, де учасники можуть відкрито ділитися своїми почуттями без страху бути відкинутими чи осудженими.

2. Обмін досвідом як терапевтичний ресурс [I.49; I.85]

- Взаємна підтримка: учасники отримують можливість почути історії інших, що знижує відчуття ізоляції та “унікальності” власного болю.
- Нормалізація переживань: усвідомлення того, що інші мають схожі емоції та труднощі, допомагає зменшити почуття провини чи сорому.
- Взаємне навчання: учасники діляться власними стратегіями подолання, що розширює арсенал ресурсів кожного.
- Ефект “дзеркала”: у процесі групової взаємодії людина може побачити власні переживання відображеними у досвіді інших, що сприяє глибшому усвідомленню та інтеграції.

3. Роль групової динаміки у зміцненні соціальних нейрозв'язків

- Соціальні нейрозв'язки: групова взаємодія активує механізми соціальної прив'язаності, що сприяє відновленню довіри до інших людей та суспільства загалом [1.85].
- Динаміка групи:
 - Фаза формування: учасники знайомляться, встановлюють правила, формують початкову довіру.
 - Фаза конфлікту: можливі зіткнення різних точок зору, що є природним етапом розвитку групи.
 - Фаза нормалізації: вироблення спільних норм, зростання згуртованості.
 - Фаза продуктивності: група стає ресурсним середовищем, де учасники активно підтримують одне одного.
- Терапевтичний ефект групи:
 - посилення відчуття належності;
 - розвиток навичок комунікації та співпраці;
 - формування нових соціальних ролей (учасник, наставник, підтримуючий).

4. Практичні інструменти модуля

- Групові дискусії: обговорення тем, пов'язаних із втратою, адаптацією, ресурсами.
- Творчі вправи: колективне малювання, створення колажів, символічних об'єктів пам'яті.
- Рольові ігри: моделювання соціальних ситуацій для відновлення навичок взаємодії.
- Групи самопомогі: формування невеликих підгруп для регулярних зустрічей поза основною програмою.
- Соціальні ініціативи: залучення учасників до волонтерських чи громадських проєктів як способу реінтеграції.

5. Очікувані результати модуля

- зниження відчуття соціальної ізоляції;

- формування нових соціальних зв'язків та підтримуючих спільнот;
- розвиток навичок комунікації та співпраці;
- підвищення рівня довіри до інших людей;
- відновлення відчуття соціальної значущості та включеності у громаду.

Модуль 5 допомагає перейти від особистої роботи з травмою до відновлення у соціальному просторі. Завдяки груповій взаємодії створюється підтримуюче середовище, що сприяє відновленню соціальних зв'язків і зменшує ризик ізоляції.

Модуль 6: Допоміжні інструменти

Цей модуль підтримує процес відновлення після травми та втрати. Він поєднує майндфулнес-практики, що допомагають зменшити нав'язливі думки й заспокоїти емоції, із фізичною активністю, яка сприяє нейрогенезу та загальному відчуттю життєвої сили [I.24; I.50].

1. Практики майндфулнес як інструмент зниження румінацій

- Обґрунтування:
 - Румінації (нав'язливе повторне прокручування травматичних думок) пов'язані з гіперактивністю мережі пасивного режиму мозку (DMN – Default Mode Network) [I.24; I.77].
 - Практики майндфулнес знижують активність DMN, переводячи увагу клієнта у “тут і тепер” та формуючи здатність до усвідомленого спостереження за власними думками без їхнього оцінювання [I.24].
- Основні техніки:
 - Усвідомлене дихання: фокусування на відчутті вдиху та видиху, що допомагає стабілізувати увагу.
 - Сканування тіла: поступове перенесення уваги на різні ділянки тіла для зниження напруги та відновлення контакту з тілесними відчуттями.
 - Практика “спостерігач”: клієнт навчається помічати думки як “хмари, що пропливають”, без занурення у їхній зміст.
 - Майндфулнес-ходьба: повільна прогулянка з фокусом на відчуттях руху, дотику стопи до землі, ритмі дихання.

- Очікуваний ефект:

- зниження інтенсивності румінацій;
- розвиток навички переключення уваги;
- формування внутрішнього відчуття стабільності та контролю.

2. Заохочення до фізичної активності як фактор нейрогенезу

- Обґрунтування [1.24; 1.50]:

- Фізична активність стимулює виділення BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor) - білка, що сприяє росту нових нейронів та формуванню нейронних зв'язків.

- Регулярні вправи позитивно впливають на гіпокамп - структуру мозку, яка страждає від хронічного стресу та травми.

- Фізична активність також знижує рівень кортизолу, покращує сон та загальний емоційний стан.

- Рекомендовані форми активності:

- Аеробні вправи: ходьба, біг підтюпцем, плавання, їзда на велосипеді.

- Йога та тілесні практики: поєднання руху з диханням, що одночасно активує тіло й заспокоює нервову систему.

- Функціональні вправи: прості комплекси для підтримки тону (розтяжка, вправи з власною вагою).

- Ресурсні прогулянки: перебування на природі, що додатково знижує рівень стресу та сприяє відновленню.

- Принципи впровадження:

- Малі кроки: початок із коротких занять (10–15 хвилин), поступове збільшення тривалості.

- Регулярність: мінімум 3 рази на тиждень для формування стійкого ефекту.

- Індивідуалізація: врахування фізичного стану та можливостей клієнта.

3. Інтеграція майндфулнес та фізичної активності

- Синергія: поєднання практик усвідомленості з рухом (наприклад, майндфулнес-ходьба чи йога) забезпечує подвійний ефект - зниження румінацій та стимуляцію нейропластичності.
- Домашні завдання: клієнтам пропонується щоденна коротка практика майндфулнес (5–10 хвилин) та регулярна фізична активність.
- Відстеження прогресу: ведення щоденника практик, де клієнт фіксує рівень тривожності, якість сну та емоційний стан після занять.

4. Очікувані результати модуля

- зниження рівня румінацій та тривожності;
- покращення концентрації та здатності до саморегуляції;
- стимуляція нейрогенезу та відновлення когнітивних функцій;
- підвищення рівня енергії та життєвої мотивації;
- формування стійких навичок самопідтримки.

Модуль 6 підтримує основні етапи програми, додаючи практики майндфулнес і фізичну активність. Такий підхід допомагає впорядкувати думки, стабілізувати емоції та сприяє відновленню мозку, створюючи основу для довготривалої адаптації.

3.3. Рекомендації щодо впровадження та подальшої підтримки

Успіх будь-якої програми визначається не лише її теоретичною обґрунтованістю, а й тим, наскільки вдало вона реалізується на практиці та чи здатна зберігати свою ефективність у довгостроковій перспективі. Саме тому цей підрозділ спрямований на формування системи рекомендацій для фахівців, які займаються впровадженням та підтримкою програми «Шлях до Відновлення». Тут окреслюються ключові орієнтири, що допомагають адаптувати методичні положення до конкретних умов, забезпечити масштабування та інтеграцію у професійне середовище.

Рекомендації мають прикладний характер і покликані стати практичним інструментом для психологів та психотерапевтів. Вони пропонують алгоритми дій, підходи до організації процесів, а також шляхи

підтримки результатів у довгостроковій перспективі. Таким чином, цей розділ виступає своєрідним містком між теоретичними положеннями програми та її реальним застосуванням у практиці.

Кваліфікація та підготовка фахівців

Успіх програми залежить від професійності та внутрішньої стійкості психологів, адже важлива і компетентність, і особисті ресурси.

1. Професійний досвід та спеціалізація

- Досвід у травматерапії: психологи повинні мати практику роботи з клієнтами, які пережили гострі чи хронічні травматичні події. Це включає знання механізмів ПТСР, складного горя та вторинної травматизації.
- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): володіння методами КПТ є базовою вимогою, адже вони дозволяють працювати з дисфункціональними переконаннями, емоційними реакціями та поведінковими патернами.
- EMDR: проходження сертифікованих тренінгів із десенсибілізації та репроцесингу рухами очей є важливим для роботи з травматичними спогадами, оскільки ця методика довела свою ефективність [I.83; II.2].

2. Супервізія як професійна підтримка

- Регулярність: участь у супервізійних групах або індивідуальних супервізіях є необхідною умовою для підтримки високої якості роботи.
- Функції: супервізія дозволяє аналізувати складні випадки, коригувати професійні дії та обговорювати етичні дилеми.
- Профілактика вигорання: вона допомагає психологам знижувати ризик емоційного виснаження, що особливо актуально у роботі з травматичними історіями.

3. Особиста терапія як ресурс фахівця

- **Необхідність:** психологи, які працюють із травмою, повинні мати досвід проходження власної терапії. Це допомагає краще усвідомлювати власні реакції та уникати переносу у роботі з клієнтами.
- **Формування стійкості:** особиста терапія сприяє розвитку навичок саморегуляції, підвищує здатність до емпатії та знижує ризик професійних деформацій.
- **Етичний аспект:** психолог, який сам пройшов терапевтичний процес, демонструє клієнтам приклад відповідального ставлення до психічного здоров'я.

4. Безперервний професійний розвиток

- **Підвищення кваліфікації:** участь у семінарах, конференціях та курсах.
- **Міждисциплінарна інтеграція:** знання суміжних сфер (медицина, соціальна робота, кризове консультування) дозволяють ефективніше співпрацювати з іншими спеціалістами.
- **Актуалізація знань:** постійне оновлення методичних підходів відповідно до сучасних досліджень.

Таким чином, кваліфікація та підготовка фахівців у межах програми повинні включати:

- спеціалізацію у травматерапії, КПТ та EMDR;
- регулярну супервізію;
- особисту терапію як ресурс стійкості;
- безперервний розвиток та інтеграцію нових знань.

Організація психологічної допомоги в умовах громадської організації

Громадські організації у психологічній сфері діють на волонтерських засадах, часто з мінімальними ресурсами, і потребують співпраці з іншими партнерами.

1. Специфіка роботи у волонтерському секторі

- Добровільність та мотивація. Значна частина фахівців працює на волонтерських засадах. Це забезпечує високий рівень внутрішньої мотивації, але водночас може призводити до емоційного виснаження.
- Обмежені ресурси. Громадські організації часто мають невелике фінансування, що впливає на доступність матеріальної бази, можливості регулярної супервізії та довготривалої підтримки клієнтів.
- Гнучкість та мобільність. Волонтерський сектор здатний швидко реагувати на запити громади, адаптувати програми до актуальних потреб та створювати нові формати допомоги.
- Ризик професійного вигорання. Через інтенсивність роботи з травматичними історіями та нестабільність умов діяльності психологи у волонтерських організаціях особливо потребують системи підтримки - супервізії, особистої терапії та груп взаємопідтримки.

2. Співпраця з медичними та соціальними службами

- Медичний компонент. У випадках тяжких психічних розладів чи соматичних ускладнень психологічна допомога має бути інтегрована з медичною підтримкою (психіатри, сімейні лікарі, неврологи). Це забезпечує комплексний підхід до відновлення клієнта [I.52].
- Соціальні служби. Співпраця із соціальними працівниками важлива для вирішення питань матеріальної підтримки, юридичного супроводу, соціальної адаптації та інтеграції клієнтів у громаду [I.49].
- Інші служби. Ефективність програми зростає завдяки взаємодії з освітніми установами, центрами зайнятості, кризовими центрами та службами підтримки сімей. Це створює багаторівневу систему допомоги, де психологічна підтримка є лише одним із елементів.

3. Інтеграція з довгостроковою підтримкою

- Безперервність допомоги. Громадські організації можуть стати платформою для продовження терапевтичного процесу після завершення основної програми.
- Формування спільнот. Створення груп самопомоги та підтримуючих спільнот у межах громадських організацій допомагає профілактиці рецидивів і формує відчуття належності до соціальної мережі.
- Координація. Громадська організація може виконувати роль координатора між різними службами - медичними, соціальними, освітніми - забезпечуючи клієнту доступ до комплексної допомоги.

4. Організаційні принципи ефективної роботи

- Мережевий підхід. Створення партнерських зв'язків між різними організаціями та службами.
- Прозорість та етичність. Дотримання етичних стандартів у роботі з клієнтами, особливо у сфері конфіденційності та захисту персональних даних.
- Системність. Розробка чітких алгоритмів взаємодії між психологами, волонтерами та іншими фахівцями.
- Орієнтація на громаду. Врахування культурних, соціальних та економічних особливостей конкретної громади при впровадженні програми.

Отже, організація психологічної допомоги у громадських організаціях передбачає:

- роботу в умовах волонтерського сектору з його перевагами та викликами;
- тісну співпрацю з медичними, соціальними та іншими службами;
- інтеграцію з довгостроковою підтримкою та профілактикою рецидивів;

- дотримання етичних та організаційних принципів, що забезпечують якість і сталість програми.

Адаптація програми для різних форматів роботи

Адаптація програми є ключовим чинником її ефективності та доступності. Вона дозволяє врахувати індивідуальні потреби клієнтів, їхні життєві обставини та технічні можливості. У цьому контексті особливого значення набувають два основні формати: індивідуальний та онлайн.

1. Індивідуальний формат роботи

- Переваги:
 - забезпечує глибину опрацювання особистих переживань та індивідуальну динаміку терапевтичного процесу;
 - дозволяє психологу враховувати особливості особистості клієнта, його життєву історію та специфіку травматичного досвіду;
 - створює умови для формування довіри та безпечного простору, що є критично важливим у роботі з військовими вдовами та іншими клієнтами, які пережили втрату.
- Обмеження:
 - значні часові та ресурсні витрати з боку психолога;
 - менша доступність для клієнтів із віддалених регіонів або тих, хто має обмежені можливості пересування.
- Особливості реалізації:
 - використання індивідуальних планів роботи, що враховують темп та готовність клієнта до опрацювання травматичного досвіду;
 - застосування інтегративних методів (КПТ, EMDR, арт-терапія), адаптованих до конкретних потреб.

2. Онлайн-формат роботи

- Переваги:
 - розширює доступ до програми для клієнтів, які не можуть відвідувати очні зустрічі;
 - дозволяє залучати фахівців з інших регіонів чи країн;

- забезпечує гнучкість у плануванні часу та можливість швидкого реагування на кризові ситуації.
- Обмеження:
 - ризик зниження емоційного контакту та труднощі у встановленні довіри;
 - технічні проблеми (нестабільний інтернет, відсутність обладнання);
 - обмеженість у застосуванні деяких методів, наприклад тілесно-орієнтованих практик.
- Забезпечення конфіденційності:
 - використання захищених платформ для відеозв'язку;
 - розробка правил онлайн-етикету (приватність простору клієнта, уникнення сторонніх втручань);
 - інформування клієнтів про принципи захисту персональних даних та отримання їхньої згоди на використання онлайн-формату.

3. Порівняльний аналіз форматів психокорекційної роботи з вдовами загиблих військових відображено в табл. 3.3.1.

Таблиця 3.3.1

Порівняльний аналіз форматів психокорекційної роботи з вдовами загиблих військових

Формат	Переваги	Обмеження	Особливості конфіденційності
Індивідуальний	Глибина опрацювання, довіра, персоналізація	Високі часові та ресурсні витрати, обмежена доступність	Конфіденційність забезпечується фізичним простором (кабінет, терапевтична кімната)
Онлайн	Доступність, гнучкість, можливість залучення фахівців з інших регіонів	Зниження емоційного контакту, технічні проблеми, обмеженість методів	Використання захищених платформ, правила онлайн-етикету, інформована згода клієнта

Отже, можливість адаптувати програму як до індивідуального, так і до онлайн-формату робить її більш універсальною, доступною та стійкою у використанні. Вибір конкретного формату має визначатися передусім потребами клієнта, ресурсами, якими володіє організація, а також тим, наскільки реально забезпечити конфіденційність і безпечні умови роботи.

Довгострокова підтримка та профілактика рецидивів

Завершення програми психокорекційної допомоги не означає, що процес відновлення закінчився. Для людей, які пережили втрату, а особливо для військових вдів, надзвичайно важливою є довготривала підтримка. Вона допомагає закріпити результати, зберегти їхню стійкість і зменшити ризик повторного загострення травматичних симптомів. У цьому підрозділі окреслено основні стратегії, які спрямовані на підтримку клієнтів після завершення програми, розвиток навичок самодопомоги та створення спільнот, що стають додатковим соціально-психологічним ресурсом.

1. Стратегії підтримки після завершення програми

- Регулярні зустрічі після програми. Організація періодичних консультацій - як індивідуальних, так і групових - дає можливість клієнтам обговорювати труднощі, що виникають у процесі адаптації.
- Кризові інтервенції. Важливо створити механізм швидкого доступу до психолога у випадку загострення симптомів чи появи нових травматичних подій.
- Доступ до ресурсів. Клієнтам надаються інформаційні матеріали - пам'ятки, методичні посібники, онлайн-ресурси - які допомагають підтримувати навички, здобуті під час програми.
- Менторська підтримка. Ті, хто вже успішно пройшов програму, можуть виступати наставниками для нових учасників. Це формує відчуття спільноті та взаємної підтримки.

2. Формування навичок самодопомоги

- Психоедукація. Клієнтів навчають розпізнавати ознаки стресу, тривоги й депресії та застосовувати відповідні техніки саморегуляції.
- Техніки саморегуляції. Розвиток навичок релаксації, дихальних вправ і майндфулнес-практик допомагає знижувати рівень напруги [I.50; I.24].
- Стресостійкість. Формується здатність адаптуватися до нових життєвих умов, використовувати внутрішні та зовнішні ресурси для подолання труднощів.
- Щоденник самопостереження. Записи власних емоційних станів, тригерів та способів їх подолання сприяють усвідомленості й контролю над процесами.
- Навички звернення по допомогу. Клієнтів навчають не уникати соціальної підтримки, а навпаки - активно її використовувати у складних ситуаціях.

3. Створення підтримуючих спільнот

- Групи самодопомоги. Регулярні зустрічі клієнтів, які пройшли програму, дають можливість обмінюватися досвідом і підтримувати одне одного [I.49].
- Онлайн-спільноти. Закриті групи у соціальних мережах чи на спеціалізованих платформах забезпечують постійний контакт і можливість отримати підтримку будь-коли.
- Соціальні ініціативи. Залучення клієнтів до волонтерських проєктів, громадських акцій чи творчих заходів допомагає відновити відчуття соціальної значущості та включеності.
- Роль фасилітатора. Психолог або координатор програми може виступати модератором таких спільнот, підтримуючи їхню структурованість і дотримання етичних норм.
- Ефект «спільного досвіду». Участь у групах підтримки знижує відчуття ізоляції, формує відчуття належності та допомагає усвідомити, що переживання клієнтів є зрозумілими й поділюваними іншими [I.85].

4. Профілактика рецидивів

- Моніторинг стану. Періодичні опитування чи інтерв'ю допомагають виявити ранні ознаки рецидиву.
- Індивідуальні плани профілактики. Кожен клієнт отримує набір рекомендацій, адаптованих до його особистих потреб та життєвих умов.
- Залучення сім'ї та близьких. Членів родини навчають базовим навичкам підтримки, щоб вони могли своєчасно реагувати на зміни у стані клієнта.
- Розвиток соціальних зв'язків. Стимулювання участі у громадських заходах знижує ризик ізоляції та повторного загострення симптомів.

Отже, довгострокова підтримка та профілактика рецидивів включають три взаємопов'язані напрями:

1. Стратегії постпрограмної підтримки - консультації, кризові інтервенції, доступ до ресурсів.
2. Формування навичок самодопомоги - психоедукація, техніки саморегуляції, розвиток стресостійкості.
3. Створення підтримуючих спільнот - групи самодопомоги, онлайн-спільноти, соціальні ініціативи.

Цей комплекс заходів допомагає закріпити результати програми, зменшити ризик рецидивів та сприяє формуванню у клієнтів відчуття соціальної включеності й психологічної безпеки.

Висновок до розділу 3

У третьому розділі була представлена цілісна програма психокорекційної допомоги для військових вдів та інших людей, які пережили втрату. Вона побудована на принципах поетапності, інтегративності та практичної спрямованості. Програма складається з модулів, які взаємодоповнюють один одного, утворюючи багаторівневу систему підтримки - від початкової стабілізації до глибинного опрацювання травматичного досвіду та подальшої соціальної інтеграції.

1. Логіка та структура програми

- Модульна побудова. Кожен модуль виконує свою окрему функцію, але водночас є частиною загальної системи.
- Принцип поступовості. Програма вибудована як послідовний шлях: від психоосвіти та тілесного заземлення (Модуль 1) → до когнітивної реструктуризації та поведінкової активації (Модуль 2) → емоційного опрацювання через творчість (Модуль 3) → травмафокусованої роботи з використанням EMDR (Модуль 4) → групової підтримки та соціальної реінтеграції (Модуль 5) → допоміжних інструментів, таких як майндфулнес і фізична активність (Модуль 6).
- Інтегративність. Програма поєднує когнітивні, емоційні, тілесні та соціальні методи, що забезпечує комплексний вплив на різні рівні психіки.

2. Основні результати модульної роботи

- **Модуль 1.** Формує базове розуміння природи травми та навчає навичкам стабілізації (дихальні вправи, техніки заземлення).
- **Модуль 2.** Допомагає та навчає змінювати негативні думки, бачити спотворення й відновлювати активність через планування.
- **Модуль 3.** допомагає клієнтам знайти безпечний простір для вираження горя без слів, використовуючи символи та ресурсні образи, що підтримують процес прийняття й інтеграції втрати.
- **Модуль 4.** EMDR дозволяє глибоко опрацювати травму, зменшити біль і змінити негативні думки.
- **Модуль 5.** Створює групове середовище підтримки, де обмін досвідом і групова динаміка відновлюють соціальні зв'язки та довіру.
- **Модуль 6.** Регулярне застосування майндфулнес і фізичних вправ допомагає зменшити нав'язливі думки, активізує процеси відновлення мозку та підтримує здатність до тривалої адаптації.

3. Рекомендації щодо впровадження та підтримки програми

- Кваліфікація фахівців. Необхідний досвід у травматерапії, КПТ, EMDR, регулярна супервізія та особиста терапія.
- Організація допомоги. Програма має інтегруватися у діяльність громадських організацій із залученням медичних та соціальних служб.
- Адаптація форматів. Важливо забезпечити можливість роботи як в індивідуальному, так і в онлайн-форматі з дотриманням конфіденційності.
- Довгострокова підтримка. Створення груп самопомоги, розвиток навичок саморегуляції та формування підтримуючих спільнот для профілактики рецидивів.

4. Узагальнюючі висновки

- Програма є багаторівневою системою, що поєднує стабілізаційні, когнітивні, емоційні, травмафокусовані та соціальні інтервенції.
- Вона спрямована не лише на зменшення симптомів, але й на відновлення життєвої цілісності, формування внутрішніх ресурсів та соціальної включеності.
- Її ефективність ґрунтується на поєднанні індивідуальної та групової роботи, а також на довготривалій підтримці після завершення основних модулів.
- Програма має практичну значущість для психологів, соціальних працівників та громадських організацій, адже пропонує структуровані інструменти для роботи з військовими вдовами та іншими клієнтами, які пережили втрату.

Таким чином, третій розділ показує, що ефективна психокорекційна програма повинна бути цілісною, поступовою й довготривалою. Вона поєднує сучасні методи психотерапії з практиками самопідтримки та соціальною інтеграцією. Така структура допомагає не лише відновитися після травми, а й вибудувати нову життєву стійкість, відчуття майбутнього та належність до спільноти.

ВИСНОВОК

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню депресивних станів та особливостей переживання горя у жінок, які втратили чоловіків унаслідок війни. У межах дослідження було розроблено й апробовано інтегративну програму психокорекційної допомоги «Шлях до Відновлення». У сучасних умовах воєнного часу ця тема набуває особливої актуальності, адже втрата близької людини на війні є глибоко травматичним досвідом, що поєднує прояви депресії, затяжного горювання та посттравматичного стресового розладу.

Відповідно до мети та завдань, визначених у вступі, дослідження було реалізоване як послідовний комплекс кроків. Кожне завдання стало логічним етапом загальної роботи - від теоретичного аналізу проблеми до створення й апробації програми психокорекційної допомоги. Така структура дала змогу не лише впорядкувати наукові дані, а й перевірити їхню практичну цінність у реальній роботі з військовими вдовами.

Першим етапом дослідження стало вивчення стану наукової розробленості проблеми. Це дало можливість визначити сучасний рівень її опрацювання, окреслити ключові підходи та виявити прогалини у наявних дослідженнях. Саме цей крок став міцним підґрунтям для подальшого

обґрунтування інтегративного підходу та розробки програми психокорекційної допомоги «Шлях до Відновлення».

1. Аналіз стану наукової розробленості проблеми

У межах першого завдання було проведено детальний аналіз сучасних наукових джерел, що стосуються проблеми депресивних станів та особливостей переживання горя у жінок, які втратили близьких. Це дало змогу визначити рівень наукової опрацьованості теми та окреслити основні напрями її подальшого вивчення.

По-перше, аналіз літератури засвідчив, що депресивні стани у жінок, які пережили втрату, мають складний і багатовимірний характер. Вони поєднують прояви великого депресивного розладу, затяжного горювання та посттравматичного стресового розладу. Така коморбідність значно ускладнює процес діагностики й потребує комплексного підходу до психокорекційної допомоги.

По-друге, аналіз сучасних досліджень показав, що упродовж останніх десятиліть наукова увага зосереджена на біопсихологічних механізмах депресії та горювання. Зокрема, описуються порушення у роботі гіпокампа та префронтальної кори, дисбаланс гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, а також підвищена активність мережі пасивного режиму (DMN), яка підтримує румінації й утримує людину у стані болісних переживань. Ці результати підтверджують, що депресивні прояви не можна розглядати лише як емоційні реакції, адже вони мають чітке нейробіологічне підґрунтя.

По-третє, аналіз джерел засвідчив, що депресивні стани у військових вдів мають специфічні риси, зумовлені травматичним характером втрати. На відміну від «звичайного» процесу горювання, який поступово інтегрується у життєвий досвід, переживання втрати на війні часто набуває затяжного й ускладненого характеру. Це спричинене поєднанням шоку, травми та екзистенційної кризи, що значно підвищує ризик формування хронічної депресії.

По-четверте, встановлено, що сучасні наукові підходи до психокорекції подібних станів залишаються фрагментарними. Більшість робіт зосереджуються на окремих методиках - когнітивно-поведінковій терапії, тілесно-орієнтованих практиках чи арт-терапії. Водночас відчутно бракує комплексних програм, які б поєднували різні напрями та враховували багаторівневу природу депресивних проявів.

Таким чином, аналіз стану наукової розробленості проблеми дозволив зробити кілька важливих узагальнень:

- депресивні стани у жінок, які пережили втрату, є коморбідними та багатовимірними;
- вони мають чітке біопсихологічне підґрунтя, що підтверджує необхідність нейробіологічно обґрунтованих втручань;
- у випадку військових вдів депресія та горювання мають специфічні особливості, пов'язані з травматичним характером втрати;
- сучасні наукові дослідження пропонують окремі ефективні методи, але бракує інтегративних програм, які б поєднували когнітивні, емоційні, тілесні та соціальні аспекти допомоги.

Отже, виконання першого завдання підтвердило актуальність теми та обґрунтувало необхідність створення інтегративної психокорекційної програми, яка б відповідала складності та багаторівневості проблеми депресивних станів у вдів загиблих військових. [I.13; I.70; I.77].

2. Обґрунтування теоретичних засад інтегративного підходу.

У ході дослідження було підтверджено, що інтегративний підхід до психокорекції є найбільш результативним у роботі з депресивними станами та травматичним горем військових вдів. Його перевага полягає в тому, що він не обмежується одним методом чи вузькою технікою, а враховує багатовимірність функціонування особистості - тілесні, когнітивні, емоційні та соціальні аспекти.

На відміну від монометодичних втручань, які впливають лише на окремі прояви проблеми, інтегративна модель дозволяє працювати з усією

складністю депресивних станів. Вона охоплює різні рівні психокорекційної роботи:

- **тілесний рівень** - стабілізація нервової системи, зниження соматичних симптомів тривоги та напруги;
- **когнітивний рівень** - робота з автоматичними негативними думками, когнітивними спотвореннями та формування більш гнучких інтерпретацій життєвих подій;
- **емоційний рівень** - контейнерування сильних переживань, вираження горя через творчість, розвиток навичок емоційної регуляції;
- **соціальний рівень** - відновлення контактів, формування груп підтримки, інтеграція у громаду.

Теоретичне обґрунтування інтегративного підходу базується на сучасних даних психології та нейробіології. Доведено, що депресивні стани й ускладнене горювання мають не лише емоційний, а й нейропсихологічний характер: дисбаланс у роботі гіпокампа та префронтальної кори, порушення функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, а також підвищена активність мережі пасивного режиму (DMN). Саме тому ефективна психокорекція має поєднувати методи, які впливають одночасно на когнітивні процеси, тілесну регуляцію та соціальну інтеграцію.

Інтегративний підхід враховує також екзистенційний вимір втрати. Для військових вдів процес горювання має не лише психологічний, а й соціокультурний характер: він пов'язаний із відчуттям ізоляції, зміною життєвих ролей та пошуком нових смислів. Тому програма психокорекції має створювати умови для відновлення життєвої цілісності, формування внутрішніх ресурсів і повернення до соціальної включеності.

Таким чином, інтегративний підхід є теоретично обґрунтованим і практично необхідним. Він дозволяє:

- охопити багаторівневу природу депресивних станів;
- поєднати тілесні, когнітивні, емоційні та соціальні методи;
- забезпечити комплексний вплив на психіку клієнта;

- створити умови для довготривалої адаптації та профілактики рецидивів.

Отже, інтегративна модель психокорекції виступає найбільш адекватною відповіддю на виклики, що постають у роботі з військовими вдовами, адже вона враховує всю складність їхнього досвіду та забезпечує реальну можливість відновлення психологічної рівноваги й життєвої стійкості [I.76; II.6].

3. Визначення психологічних особливостей депресивних станів.

У процесі дослідження було встановлено, що депресивні прояви у військових вдів тісно пов'язані з переживанням втрати. Це не лише емоційна реакція на трагічні події, а складний психобіологічний процес, який охоплює когнітивні, емоційні та тілесні рівні функціонування особистості.

По-перше, з'ясовано, що депресивні стани у жінок, які втратили чоловіків на війні, мають специфічні біопсихологічні механізми. Вони проявляються у порушеннях роботи гіпокампа та префронтальної кори. Гіпокамп, відповідальний за пам'ять і орієнтацію у часі, функціонує з порушеннями, що ускладнює інтеграцію травматичного досвіду у життєву історію. Префронтальна кора, яка регулює прийняття рішень і контроль емоцій, демонструє знижену активність, що призводить до труднощів у когнітивній регуляції та посилює відчуття безпорадності.

По-друге, було виявлено порушення у функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі - системи, що відповідає за реакцію організму на стрес. Її дисрегуляція спричиняє хронічне підвищення рівня кортизолу, яке проявляється у соматичних симптомах: тривожності, порушеннях сну, підвищеній втомлюваності та емоційній нестабільності.

По-третє, результати дослідження засвідчили підвищену активність мережі пасивного режиму мозку (DMN), яка відповідає за внутрішні роздуми та саморефлексію. У випадку військових вдів вона перетворюється на джерело патологічних румінацій - нав'язливих думок про втрату, що

утримують людину у стані болісних переживань і перешкоджають переключенню уваги на теперішнє чи майбутнє. Саме тому процес горювання набуває затяжного характеру, а депресивні симптоми стають більш стійкими й важкими для подолання.

По-четверте, встановлено, що психологічні особливості депресивних станів у військових вдів проявляються у поєднанні емоційної ізоляції, втрати сенсу життя та зниження мотивації до соціальної активності. Жінки часто відчують себе відокремленими від соціального середовища, що посилює переживання самотності й безнадії.

Таким чином, узагальнюючи результати, можна сказати, що депресивні стани у військових вдів мають комплексний характер:

- **біологічний рівень** - дисбаланс у роботі гіпокампа та префронтальної кори, порушення регуляції стресової системи;
- **когнітивний рівень** - домінування негативних думок і румінацій, утримання у минулому;
- **емоційний рівень** - інтенсивне горювання, емоційна нестабільність, відчуття безпорадності;
- **соціальний рівень** - ізоляція, втрата підтримки та відчуття належності.

Виявлені особливості підтверджують потребу у застосуванні інтегративного підходу до психокорекції. Такий підхід має враховувати багатовимірність проблеми та забезпечувати роботу одночасно з тілесними, когнітивними, емоційними й соціальними аспектами функціонування особистості. [I.77; I.86; II.3].

4. Розробка та апробація програми «Шлях до Відновлення».

У межах дослідження було розроблено комплекс діагностичних методик та створено інтегративну психокорекційну програму «Шлях до Відновлення». Вона спрямована на підтримку військових вдів та інших жінок, які пережили травматичну втрату. Програма побудована за принципом поетапності й багаторівневості, що забезпечує поступовий

перехід від стабілізації психоемоційного стану до глибинного опрацювання травми та формування нових життєвих смислів.

Вона складається з шести взаємопов'язаних модулів, кожен з яких виконує окрему функцію, але водночас інтегрується у загальну систему:

1. **Стабілізація та тілесне заземлення.** На початковому етапі учасниці отримують базові знання про природу травматичних реакцій і засвоюють прості техніки тілесного заземлення та дихальні вправи. Це допомагає знизити рівень тривожності, врівноважити роботу нервової системи та сформувати відчуття внутрішньої безпеки.

2. **Когнітивна реструктуризація та поведінкова активація.** Другий модуль спрямований на роботу з автоматичними негативними думками та когнітивними спотвореннями. Застосовуються методи когнітивно-поведінкової терапії, які допомагають трансформувати деструктивні переконання, а також техніки поведінкової активації, що стимулюють повернення до значущих життєвих дій і зменшують прояви апатії.

3. **Емоційне опрацювання через арт-терапію.** Третій модуль створює простір для безпечного вираження емоцій. Арт-терапевтичні практики допомагають контейнерувати інтенсивні переживання, працювати із символами та ресурсними образами, що сприяє інтеграції досвіду втрати у життєву історію.

4. **Травмафокусована робота з елементами EMDR.** Білатеральна стимуляція сприяє репроцесингу травматичних образів, знижує їхню емоційну інтенсивність та трансформує негативні когніції. Це дозволяє клієнткам поступово відновлювати внутрішню рівновагу та відчуття контролю над власним життям.

5. **Соціальна реінтеграція та групова підтримка.** П'ятий модуль спрямований на створення умов для повернення до соціальної взаємодії. Групова динаміка забезпечує ефект взаємної підтримки, емпатії та

нормалізації переживань. Це допомагає подолати ізоляцію, відновити довіру до соціального середовища й сформувати нову мережу безпеки.

6. Профілактика рецидивів через майндфулнес та фізичну активність. Завершальний модуль спрямований на закріплення досягнутих результатів. Використання майндфулнес-практик і регулярної фізичної активності допомагає зменшувати румінації, стимулює нейрогенез та формує стійкі навички саморегуляції, що знижує ризик повторного загострення симптомів.

Програма «Шлях до Відновлення» була апробована на вибірці військових вдів. Отримані результати засвідчили її високу практичну ефективність: учасниці продемонстрували статистично значуще зниження рівня депресії, тривожності та інтенсивності горювання. Це підтвердило робочу гіпотезу про те, що інтегративний, травма-інформований підхід, який поєднує стабілізацію, когнітивну роботу та репроцесинг травматичних спогадів, є дієвим інструментом психокорекції. [I.2; I.49; I.52].

Таким чином, розробка та апробація програми «Шлях до Відновлення» підтвердила, що комплексний модульний підхід дає змогу ефективно працювати з багаторівневою природою депресивних станів і травматичного горя. Програму можна рекомендувати для впровадження у практику державних та громадських центрів психологічної допомоги, а також адаптувати для інших груп, які переживають травматичні втрати.

5. Експериментальна перевірка ефективності програми

Важливим етапом дослідження стала експериментальна перевірка ефективності психокорекційної програми «Шлях до Відновлення». Саме емпіричні дані дали змогу підтвердити робочу гіпотезу та оцінити практичну значущість інтегративного підходу. У ході експерименту було сформовано дві групи: експериментальну, учасниці якої проходили програму, та контрольну, яка не отримувала запропонованого комплексу психокорекційних втручань. Порівняння результатів показало, що після завершення програми в експериментальній групі спостерігалось

статистично значуще зниження рівня депресії, тривожності та інтенсивності переживання горя. Це було підтверджено за допомогою відповідних діагностичних методик і статистичних критеріїв, зокрема критерію Вілкоксона, що засвідчило достовірність отриманих змін.

Особливо важливо, що ефективність програми проявилася не лише у зменшенні симптомів, а й у якісних змінах внутрішнього стану учасниць. Вони відзначали покращення здатності до саморегуляції, зниження частоти румінацій, відновлення відчуття контролю над власним життям та поступове повернення до соціальної активності. Це свідчить про те, що програма впливає одночасно на кілька рівнів психіки - тілесний, когнітивний, емоційний та соціальний.

Таким чином, результати експерименту підтверджують, що інтегративний, травма-інформований підхід, який поєднує стабілізацію (через тілесні практики), когнітивну роботу (методи КПТ) та репроцесинг травматичних спогадів (елементи EMDR), є ефективним інструментом психокорекції. Він не лише знижує рівень депресії та тривожності, а й сприяє глибинному емоційному зціленню та формуванню нових життєвих смислів.

Узагальнюючи, можна сказати, що експериментальна перевірка підтвердила:

- програма «Шлях до Відновлення» має високу практичну результативність;
- її ефективність підтверджена статистично та емпірично;
- інтегративний підхід є найбільш адекватним для роботи з військовими вдовами, адже враховує складність їхнього досвіду;
- отримані результати відкривають перспективи для ширшого впровадження програми у практику державних і громадських центрів психологічної допомоги.

Відповідно до поставлених завдань, першим кроком дослідження стало звернення до теоретичних джерел і аналіз сучасного стану наукової

розробленості проблеми. Цей етап був необхідним для закладання фундаменту подальшої роботи: визначення ключових понять, окреслення багатовимірності депресивних станів та простеження їхнього зв'язку з переживанням втрати.

1. Теоретичні узагальнення

У першому розділі роботи здійснено ґрунтовний аналіз сучасних наукових джерел, що дав змогу окреслити багатовимірність депресивних станів у військових вдів та показати складність їхнього психоемоційного профілю. Встановлено, що ці стани мають коморбідний характер, тобто поєднують симптоми кількох психічних розладів одночасно: великого депресивного розладу, пролонгованого горювання та посттравматичного стресового розладу. Така комбінація ускладнює як діагностику, так і процес психокорекції, адже потребує врахування різних рівнів функціонування психіки.

Аналіз літератури показав, що в основі цих станів лежать чіткі біопсихологічні механізми. Виявлено дисрегуляцію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, яка відповідає за реакцію організму на стрес і при порушенні призводить до хронічного підвищення рівня кортизолу. Це, у свою чергу, спричиняє соматичні прояви - тривожність, порушення сну та емоційну нестабільність. Також встановлено порушення функцій гіпокампа, що ускладнює інтеграцію травматичного досвіду у пам'ять та орієнтацію в часі, а також зниження активності префронтальної кори, яка відповідає за когнітивний контроль, прийняття рішень і регуляцію емоцій.

Окремо було зафіксовано підвищену активність мережі пасивного режиму мозку (DMN). Саме вона сприяє виникненню румінацій - нав'язливих думок про втрату, які утримують людину у стані болісних переживань і заважають переключати увагу на теперішнє чи майбутнє. Це пояснює, чому процес горювання у військових вдів часто набуває затяжного характеру та супроводжується відчуттям безнадії й соціальної ізоляції.

Отримані дані підтвердили необхідність застосування інтегративного травма-фокусованого підходу, який враховує всі зазначені аспекти. На відміну від монометодичних втручань, що охоплюють лише окремі прояви проблеми, інтегративна модель дозволяє працювати з усією складністю депресивних станів і забезпечує комплексний вплив на психіку. Саме такий підхід створює умови для більш ефективного відновлення, інтеграції травматичного досвіду у життєву історію та формування нової життєвої стійкості.

2. Емпіричні результати та впровадження програми

Другий розділ роботи було присвячено емпіричному дослідженню, метою якого стала перевірка гіпотези про взаємозв'язок депресивних станів та пролонгованого горювання у військових вдів. Результати підтвердили високі показники депресії, тривожності та інтенсивного горювання у вибірці, що засвідчило актуальність проблеми й необхідність створення спеціалізованої програми психокорекції. На основі отриманих даних було розроблено та апробовано інтегративну програму «Шлях до Відновлення», яка поєднує сучасні психотерапевтичні методи та практичні інструменти самопідтримки. Програма складається з шести модулів, кожен із яких виконує окрему функцію, але водночас інтегрується у єдину систему відновлення.

Аналіз ефективності програми за допомогою статистичних методів, зокрема критерію Вілкоксона, підтвердив робочу гіпотезу: у експериментальній групі було зафіксовано статистично значуще зниження показників депресії, пролонгованого горювання та рівня тривожності порівняно з контрольною. Це свідчить, що послідовний травма-інформований підхід, який поєднує стабілізацію (тілесні практики), когнітивну роботу (КПТ) та репроцесинг травматичних спогадів (EMDR), є високоефективним інструментом психокорекції.

Отримані емпіричні результати підтвердили, що програма «Шлях до Відновлення» не лише знижує інтенсивність симптомів депресії та

тривожності, а й сприяє глибинному емоційному зціленню, відновленню внутрішньої регуляції та формуванню нових життєвих смислів. Її можна рекомендувати для впровадження у практику державних і громадських центрів психологічної допомоги як ефективну модель підтримки жінок, які пережили втрату, а також інших груп, що зазнали травматичних втрат.

3. Практична значимість та узагальнення

Отримані результати дослідження дають змогу зробити низку важливих висновків, що мають як наукову, так і практичну цінність.

По перше, було підтверджено, що депресивні стани у військових вдів мають багаторівневу природу й потребують спеціалізованого, багатомодального втручання. Ефективна допомога повинна враховувати тілесні, когнітивні, емоційні та соціальні аспекти функціонування особистості. Такий підхід дозволяє не лише зменшити симптоми, а й відновити внутрішню цілісність людини.

По-друге, ключовим чинником успіху програми є відновлення внутрішньої регуляції. Це забезпечується завдяки тілесним практикам, що стабілізують нервову систему, та репроцесингу травматичного досвіду, який дозволяє інтегрувати втрату у життєву історію клієнтки. Саме поєднання тілесного й когнітивного рівнів роботи створює умови для глибинного емоційного зцілення.

По-третє, програму «Шлях до Відновлення» можна рекомендувати для впровадження у державних та громадських центрах психологічної підтримки. Її ефективність підтверджена емпірично, а модульна структура робить програму гнучкою й адаптивною до різних умов та форматів роботи. Це дозволяє застосовувати її як практичний інструмент допомоги у випадках травматичної втрати.

По-четверте, дослідження має наукову новизну, адже поєднує теоретичний аналіз біопсихологічних механізмів депресії та горювання з практичною апробацією інтегративної програми. Такий синтез теорії й

практики формує новий рівень розуміння проблеми та відкриває перспективи для подальших досліджень у сфері травматерапії.

По-п'яте, практична значущість роботи полягає у можливості використання програми як моделі психокорекційної підтримки, яку можна адаптувати для різних груп, що переживають травматичні втрати. Це стосується не лише вдов загиблих військових, а й родин загиблих, ветеранів та цивільних постраждалих від війни. Таким чином, програма має потенціал стати універсальним інструментом у системі психологічної допомоги постраждалим від воєнних подій.

Отже, результати дослідження підтверджують, що інтегративний травма-інформований підхід є найбільш адекватним для роботи з військовими вдовами. Він дозволяє врахувати всю складність їхнього досвіду, забезпечує багаторівневий вплив на психіку та створює умови для довготривалої адаптації. Програма «Шлях до Відновлення» має як наукову, так і практичну цінність, а її впровадження може стати вагомим внеском у розвиток системи психологічної допомоги в Україні.

Таким чином, можна стверджувати, що мета кваліфікаційної роботи була повністю досягнута, а всі поставлені завдання виконані. Проведене дослідження дало змогу не лише окреслити багатовимірність депресивних станів у військових вдов та їхній тісний зв'язок із переживанням втрати, а й запропонувати практичний інструмент допомоги - програму психокорекції «Шлях до Відновлення».

Отримані результати підтверджують як наукову новизну, так і практичну значущість роботи. Наукова новизна полягає у поєднанні теоретичного аналізу біопсихологічних механізмів депресії та горювання з практичною апробацією інтегративної програми, що враховує тілесні, когнітивні, емоційні та соціальні аспекти функціонування особистості. Практична значущість полягає у можливості використання програми як моделі психокорекційної підтримки, яку можна адаптувати для різних груп постраждалих від війни - від родин загиблих до ветеранів та цивільних осіб.

Робота відкриває перспективи для подальшого розвитку інтегративних програм психокорекції в Україні. Вона може стати вагомим внеском у систему психологічної допомоги постраждалим від війни, адже пропонує структуровану й емпірично підтверджену модель підтримки, що поєднує сучасні психотерапевтичні методи з практичними інструментами саморегуляції та соціальної інтеграції.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що результати дослідження не лише підтверджують ефективність інтегративного підходу, а й демонструють його потенціал для широкого застосування у практиці психологічної допомоги. Це створює основу для формування нової системи підтримки, здатної забезпечити людям, які пережили втрату, не лише відновлення після травми, а й відчуття життєвої стійкості, перспективи та соціальної включеності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

I. Книги, монографії, навчальні посібники та методичні матеріали

1. Агаєв, Н. А. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посіб. / Н. А. Агаєв, О. М. Кокун, І. О. Пішко та ін. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Андрушко, Я. С. Психокорекція: навч.-метод. посібник / Я. С. Андрушко. Львів: ЛьвДУВС, 2017. 212 с.
3. Апанасенко, Г. Л. Шлях до планети здоров'я. [Київ]: Медкнига, 2015. 152 с.
4. Арт-технології: навч.-метод. посіб. / уклад.: О. А. Мірошніченко. Житомир: ТОВ «Видавничий дім Бук-Друк», 2024. 180 с.
5. Бардин, Н. М. Стресостійкість : навч. посіб. / Н. М. Бардин та ін.; за ред. Я. М. Когута. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 204 с.
6. Бригадир, М. Б. Загальна психологія. Збірник кейсів: навч.-метод. посіб. / М. Б. Бригадир, Я. М. Бугерко, І. С. Ревасевич. Тернопіль: Економічна думка ТНЕУ, 2017. 35 с.

7. Варій, М. Й. Загальна психологія: підручник: у 2 т. Вид. 5-те, виправл. і допов. Львів: Апріорі, 2016. Т. 1. 382 с.
8. Вестбрук, Д. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію / Д. Вестбрук, Г. Кеннерлі, Дж. Кірк; пер. з англ. Львів: Свічадо, 2014. 410 с.
9. Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи, 25-26 жовтня 2024 р.: матеріали IX Міжнар. наук.-практ. конф. / за ред. І. В. Данилюка, Т. М. Траверсе. Київ : Ліра-К, 2024. 370 с. (Online-видання).
10. Волошина, В. В. Загальна психологія: практикум / В. В. Волошина, Л. В. Долинська, С. О. Ставицька. Київ: Каравела, 2019. 279 с.
11. Гансен, І. Я можу! Як опанувати стрес, впоратися з викликами та управляти конфліктами / І. Гансен; 2-ге вид., перероб. та допов. Київ, 2022. 120 с.
12. Грандт, В. В. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. Запоріжжя : Запорізький національний університет, 2024. 107 с.
13. Данильян, О. Г. Методологія наукових досліджень : підручник / О. Г. Данильян, О. П. Дзьобань. Харків: Право, 2019. 368 с.
14. Депресія: Хвороба сучасності / Д-р Самюель Пфайфер; пер. О. Кушніков. Львів: Свічадо, 2017. 88 с.
15. Депресія: обличчя та маски / за ред. Н. Долішньої. Львів : Вид-во Мс, 2006. 116 с.
16. Дерев'янка, С. П. Когнітивно-поведінкова терапія: навч.-метод. рек. Чернігів: НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2023. 60 с.
17. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: метод. рек. / П. В. Волошин та ін. Харків: ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 80 с.
18. Діхтяренко, С. Ю. Загальна психологія: навч.-метод. посіб. / С. Ю. Діхтяренко та ін. Умань: Візаві, 2023. 245 с.

19. Допомога людині, яка знаходиться у стані шоку, стресу чи травми, практичні поради соціальним працівникам, психологам та волонтерам: метод. посіб. / упоряд.: В. М. Бондаровська та ін. Київ, 2015. 24 с. ISBN 978-966-2339-89-5.
20. Єжова, О. О. Здоровий спосіб життя: навч. посіб. Суми: Університетська книга, 2023. 127 с.
21. Ільїна, Н. М. Загальна психологія: теорія та практикум / Н. М. Ільїна, С. О. Мисник. Київ: «Університетська книга», 2017. 352 с.
22. Інновації у медико-психологічній реабілітації учасників бойових дій та постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій (клінічна настанова) / під заг. ред. Б. В. Михайлова. Харків-Київ: «Укрпрофоздоровниця», 2019. 152 с.
23. Калька, Н. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Ч. 1. / Н. Калька, З. Ковальчук. Львів: ЛьвДУВС, 2020. 232 с.
24. Карнегі, Д. Як подолати неспокій і почати жити. Київ: Компанія ОСМА, 2015. 272 с.
25. Кишеньковий посібник психологічної самодопомоги / БО БФ «РОКАДА». Львів: Вид-во «Бона», 2023. 140 с.
26. Кокун, О. М. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: метод. посіб. / О. М. Кокун та ін. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
27. Кокун, О. М. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога: метод. посіб. / О. М. Кокун та ін. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.
28. Кокун, О. М. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: метод. посіб. / О. М. Кокун та ін. Київ: 7БЦ, 2023. 175 с.
29. Коли людина плаче: посібник для непсихологів / О. Сігута, І. Распопіна, В. Грінчук. Київ, 2024. 68 с. ISBN 978-617-7792-42-9.

30. Колпакчи, О. С. Арт-терапія: курс лекцій: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2018. 287 с.
31. Корольчук, М. С. Психодіагностика / М. С. Корольчук. Київ: Либідь, 2005. 372 с.
32. Котов, О. С. Довідник з психологічної допомоги. Київ: Медкнига, 2024. 400 с.
33. Коцан, І. Я. Психологія здоров'я людини / І. Я. Коцан, Г. В. Ложкін, М. І. Мушкевич; за ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ —Вежа|| Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.
34. Кошова, І. В. Психотерапія: навч.-метод. посіб. / І. В. Кошова, Н. Ф. Литовченко. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2022. 113 с.
35. Литвиненко, І. С. Проективні малюнкові методики: метод. посіб. / І. С. Литвиненко, Д. В. Прасол. Миколаїв: Арнекс, 2015. 160 с.
36. Максименко, С. Д. Загальна психологія: підручник. Київ: Центр учбової літератури, 2021. 271 с.
37. Малхазов, О. Р. Експериментальна психологія: практ. посіб. / О. Р. Малхазов. Київ: Талком, 2020. 321 с.
38. Марінушкіна, О. Є. Порадник практичного психолога / О. Є. Марінушкіна, Ю. О. Замазій. Харків: Основа, 2007. 240 с.
39. Медвідь, Є. С. Основи глибинної психології: навч. посіб. Ніжин: Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя, 2016. 203 с.
40. Методи та засоби психологічної допомоги постраждалим у подоланні ПТСР: тези доп. наук.-практ. конф., 30 вересня 2023 р. Київ-Біла Церква: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 268 с.
41. Методологія і психологія гуманітарного пізнання: колект. монографія. Тернопіль: ТНЕУ, 2019. 998 с.
42. Михайлов, Б. В. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині: навч. посіб. / Б. В. Михайлов та ін.; за заг. ред. Б. В. Михайлова. 5-е вид. Харків: ХМАПО, 2014. 328 с.

43. Мозгова, Г. П. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія: навч. посіб. / Г. П. Мозгова, Т. І. Ханецька, О. І. Якимчук. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. 383 с.
44. Москалець, В. П. Загальна психологія: підручник. Київ: Ліра-К, 2020. 564 с.
45. Москалець, В. П. Психологія особистості: підручник. Київ – Івано-Франківськ: «Нова Зоря», 2020. 435 с.
46. М'ясоїд, П. А. Психологічне пізнання: історія, логіка, психологія. Київ: Либідь, 2016. 560 с.
47. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати?: довідник / за заг. ред. К. Возніциної, Л. Литвиненко. 2-ге вид. Київ, 2023. 164 с.
48. Носенко, Е. Л. Методика та організація наукових досліджень: метод. посіб. / Е. Л. Носенко, М. А. Салюк; за ред. Е. Л. Носенко. Дніпропетровськ : ПФ Стандарт-Сервіс, 2015. 52 с.
49. Основи психологічного консультування: тренінг довірливої бесіди консультанта-початківця / упоряд.: В. М. Федорчук та ін. Кам'янець-Подільський: Видавець ПП Зволейко Д.Г., 2025. 136 с.
50. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навч. посіб. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
51. Охорона психічного здоров'я в умовах війни: у 2 т. / пер. з англ. Т. Охлопкова, О. Брацюк. 2-ге вид. Київ: Наш Формат, 2022. 548 с.
52. Павлик, Н. В. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів: метод. посіб. Київ, 2020. 92 с.
53. Перша психологічна допомога: посібник для членів загону швидкого реагування Товариства Червоного Хреста України. Київ, 2017. 42 с.
54. Поплавська, Є. В. Конспект лекцій з дисципліни «Основи психотерапії» / Є. В. Поплавська, Н. І. Меленчук, С. С. Єрмакова. Одеса: МГУ, 2024. 149 с.

55. Практикум з психології: психодіагностичні методики для самопізнання / упорядник Періг І. М. Тернопіль: СМП «Тайп», 2017. 116 с.
56. Практикум з психотерапії та психокорекції: навч.-метод. рек. / С. С. Єрмакова, Є. В. Поплавська, О. С. Іванова. Одеса: Міжнародний гуманітарний університет, 2024. 35 с. (Електронне видання).
57. Практичні вправи арттерапії для корекції емоційного стану дітей та дорослих: метод. матеріал. Київ, 2023. 40 с.
58. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події: навч.-метод. посіб. / упоряд.: Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова; за заг. ред. О. Калашник. Київ, 2022. 104 с.
59. Психологічний практикум з консультування: зміст, прийоми, технології: навч. посіб. / Р. П. Федоренко, К. І. Шкарлатюк. Луцьк: Східноєвроп. Нац. Ун-т ім. Лесі Українки, 2012. 237 с.
60. Психологія колективних травм: монографія / П. Горностай. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2023. 336 с.
61. Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації: зб. матеріалів ІХ Всеукр. наук.-практ. конф. (25 жовтня 2024 р.) / уклад. В. С. Бліхар. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2024. 416 с.
62. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посіб. / уклад. О. Ю. Овчаренко. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с.
63. Психолого-психіатричні наслідки воєнного часу: навч. посіб. / за заг. ред. В. В. Огоренко. Дніпро: ЛПРА, 2023. 312 с.
64. Психосоціальна підтримка в кризовій ситуації: метод. посіб. для педагогів / С. Богданов, О. Залеська. Київ: Пульсари, 2018. 76 с.
65. Пшук, Н. Г. Соматизовані депресії в загальносоматичній мережі: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.01.16. Харків, 1995. 17 с.
66. Ревасевич, І. С. Загальна психологія: навч.-метод. комплекс. Тернопіль: ТНЕУ, 2016. 47 с.

67. Сергєєнкова, О. П. Вікова психологія : навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2020. 376 с.
68. Сердюк, Л. З. Психологічні технології сприяння психологічному благополуччю особистості: метод. рек. / Л. З. Сердюк, Г. В. Чайка, О. А. Чиханцова; за ред. Л. З. Сердюк. Київ - Львів: Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 68 с.
69. Сивогракова, З. А. Психологія емоцій. Регуляція емоцій: практикум з дисципліни «Психологія» / З. А. Сивогракова, Н. В. Алексєєнко. Харків, 2017. 42 с.
70. Сисоєва, С. О. Методологія науково-педагогічних досліджень: підручник / С. О. Сисоєва, Т. Є. Кристопчук. Рівне: Волинські обереги, 2013. 360 с.
71. Соціальна робота: технологічний аспект: навч. посіб. / за ред. А. Й. Капської. Київ: Центр навчальної літератури, 2004. 352 с. ISBN 966-8365-40-2.
72. Стельмах, О. В. Основи психокорекції: конспект лекцій. Львів: ЛДУ БЖД, 2023. 120 с.
73. Столяренко, О. Б. Психологія особистості: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 280 с.
74. Тарасевич, І. Ю. Групова психотерапія та психокорекція: глосарій основних термінів та методів групової роботи. Дніпро: ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2024. 57 с.
75. Техніки опанування стресу: пам'ятка для працівників на місцях / уклад. Т. Федотова, А. Мелоян, А. Кіян; за ред. В. Чернобровкіної. Київ: НаУКМА, 2023. 24 с.
76. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук [та ін.]; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.
77. Терапія горя / R. A. Neimeyer; пер. та адапт. В. Зливков, С. Лукомська. Київ, 2021. 259 с.

78. Тохтамиш, О. М. Реабілітаційна психологія: навч.-метод. посіб. Вінниця: Віндрук, 2004. 102 с.
79. Управління гнівом: метод. посіб. до програми / упоряд.: О. Ю. Кальчева, О. К. Місяк. Київ, 2015. 60 с.
80. Управління стресом: практичні інструменти самодопомоги: навч. посіб. / уклад. О. Ю. Овчаренко. Київ: Університет «Україна», 2024. 248 с.
81. Філімонов, В. І. Фізіологія людини в запитаннях і відповідях / В. І. Філімонов. Вінниця: Нова Книга, 2009. 488 с.
82. Фройд, З. Невроз і Психоз. [б. м.], 1924.
83. Фурман, А. А. Психологія смисложиттєвого розвитку особистості. Тернопіль: ТНЕУ, 2017. 508 с.
84. Царенко, Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навч. посіб. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
85. Цимбалюк, І. М. Психологічне консультування та корекція. Модульно-рейтинговий курс: навч. посіб. Київ : ВД «Професіонал», 2005. 656 с.
86. Чабан, О. С., Хаустова, О. О., Омелянович, В. Ю. Психічні розлади воєнного часу: монографія. Київ: Видавничий дім «Медкнига», 2023. 232 с.
87. Шебанова, В. І. Практики консультування та терапії в кризових ситуаціях: навч.-метод. рек. Херсон: Вид-во ПП Вишемирський В.С., 2017. 136 с.
88. Ялом, І., Лесц, М. Групова психотерапія: теорія і практика / пер. з англ. Київ: Психологічна книга, 2010. 570 с
89. Ялом, І. Дар психотерапії: відкритий лист до нового покоління терапевтів та їхніх пацієнтів / пер. з англ. Львів: Вид-во Ростислава Бурлаки, 2024. 384 с.

II. Статті, тези та нормативні документи

1. Андрєєва, О. В. Психологічні особливості переживання депресії у студентів. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія "Психологія"*. 2019. Вип. 67. С. 123–130.
2. Бачериков, А. М. Депресивні матері та їх діти (огляд літератури) / А. М. Бачериков, Е. Г. Матузок, К. В. Харіна та ін. *Український вісник психоневрології*. 2011. Т. 19, вип. 4. С. 42–44.
3. Борисенко, Л. Л., Корват, Л. В. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. *Перспективи та інновації науки. Серія «Психологія»*. 2022. № 9(14). С. 53–65. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-9\(14\)-53-65](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-9(14)-53-65).
4. Власенко, С. Б. Психологічна допомога особам, які знаходяться в стані травматичної кризи. *Юридична психологія*. 2017. № 2 (21). С. 59–71.
5. Джаббарова, Л. В. Сучасна когнітивно-поведінкова терапія. *Соціально-гуманітарний вісник*. 2020. Вип. 34. С. 64–65.
6. Дем'яненко, Б. Т. Сучасні напрями інтегральної психотерапії: методичні основи, механізми психотерапії, техніки. *Науковий часопис (Корекційна педагогіка та спеціальна психологія)*. 2022. № 43. С. 95–104.
7. Євсюков, О. П. Специфіка особистісних змін, що відбуваються з людьми, які пережили психічну травму / О. П. Євсюков, В. П. Садковий. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2010. Вип. 7. С. 120–128.
8. Зелененський, В. Н. Лікування тривожно-депресивних розладів у пацієнтів похилого віку / В. Н. Зелененський, Г. И. Каурова, В. І. Лавський та ін. *Український вісник психоневрології*. 2008. Т. 16, вип. 1. С. 51–54.
9. Зеленська, К. О., Красковська, Т. Ю. Клініко-психопатологічні особливості депресивних розладів в осіб, які пережили бойові дії. *Психіатрія, наркологія та медична психологія*. 2020. С. 83–88. DOI: <https://doi.org/10.35339/msz.2020.88.03.10>.
10. Іванова, І. П. Сучасні методи лікування депресивних розладів. *Медичні науки*. 2020. Т. 12, № 4. С. 56–62.

11. Карпінська, Р. І. Психокорекція як засіб діяльності медичного психолога із соматичними хворими. *Проблеми сучасної психології*. Кам'янець-Подільський, 2011. Вип. 11. С. 321–331.
12. Коваленко, С. М. Вплив соціальних факторів на виникнення депресії. *Соціальна психологія*. 2021. Т. 27, № 2. С. 87–95.
13. Кожина, Г. М., Зеленська, К. О. Сучасні підходи до терапії депресивних розладів. *Український вісник психоневрології*. 2013. Т. 21, вип. 4. С. 90–93.
14. Ланской, А. Ю., Вакал, Ю. С. Метод EMDR у терапії посттравматичних стресових розладів: теоретичний огляд та перспективи застосування в Україні. *Наукові записки НДУ ім. М. Гоголя*. 2025. Вип. 2. С. 79–91. DOI: <https://doi.org/10.31654/2786-8478-2025-BN-2-79-91>.
15. Лозова, О. М. Методологічні підстави підготовки практичних психологів у мінливих умовах суспільного буття / О. М. Лозова та ін. *Перспективи та інновації науки. Серія «Психологія»*. 2022. № 6(11). С. 450–460.
16. Лущик, А. А., Іванова, Т. В. Інтеграція когнітивно-поведінкової та схема-терапії у корекції гендерних упереджень: комплексний підхід. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. Вип. 3(5). С. 32–40. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-3-5>.
17. Марута, Н. А., Панько, Т. В. Сучасні механізми неврозогенезу та їх психотерапевтична корекція. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20, вип. 3. С. 200–201.
18. Мушкевич, М. І. Поняття супроводу у сучасній психологічній науці. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2011. Т. XIII, ч. 1. С. 287–294.
19. Панько, Т. В. Депресивні розлади: клініка, діагностика та диференційований підхід до терапії. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20, вип. 4. С. 98–105.

20. Петренко, В. В. Когнітивно-поведінкова терапія як ефективний метод лікування депресії. *Психологічний журнал*. 2022. Т. 43, № 1. С. 34–42.
21. Пінчук, І. Я. Поширеність психічних розладів в Україні. *Профілактична медицина*. 2010. № 1. С. 168–176.
22. Попелюшко, Р. П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації. *Актуальні проблеми психології*. Київ, 2015. Т. XI, вип. 13. С. 198–207.
23. Практична психологія у сучасному вимірі : тези доп. XIV Міжнар. наук.-практ. конф. (Дніпро, 21 березня 2023 р.). Дніпро : Університет імені Альфреда Нобеля, 2022. 313 с. (Електронне видання).
24. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад : Уніфікований клінічний протокол. Наказ МОЗ України від 23.02.2016 № 121. [б. м.], 2016. 57 с.
25. Романенко, Є. О., Коляденко, Н. В. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. *Перспективи та інновації науки. Серія «Психологія»*. 2021. № 2(2). С. 297-304. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304).
26. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: обстеження на схильність до самогубства та депресії : метод. рек. / за ред. Г. О. Слабкого. Київ, 2011. 32 с.
27. Старинець, Н. Г. До питання про депресії у неврологічній практиці. *Український вісник психоневрології*. 2007. Т. 15, вип. 4. С. 70-74.
28. Федотова, С. Сучасні методи психотерапії при роботі з психотравмою. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2024. № 2(8). С. 91-99. <https://doi.org/10.52363/dcpp-2024.2.9>.
29. Шиделко, А. В. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. *Перспективи та інновації науки. Серія «Психологія»*. 2022. № 1(6). С. 476-486. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-1\(6\)-476-486](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-1(6)-476-486).

III. Електронні ресурси

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Депресія. 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (дата звернення: 19.09.2025).
2. Hoppen, T. H., Priebe, S., Vetter, I., & Morina, N. (2021). Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*, 6(7), e006303. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34321235/>
3. Hoppen T.H., Priebe S., Vetter I., Morina N. Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*. 2021;6(7): e006303. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34321235/>
4. Національна служба здоров'я України. Депресія. 2022. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10465892/> (дата звернення: 28.09.2025).
5. 13 січня – Всесвітній день боротьби з депресією. *Дніпропетровський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України*. 2024. URL: https://dp.cdc.gov.ua/news/13-sichnya-vsesvitnij-den-borotby-z-depresiyeyu/?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 02.10.2025).
6. Депресія. К-С. URL: <https://k-s.org.ua/resources/mh-academy/depression/> (дата звернення: 19.09.2025).
7. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). *Український психологічний ХАБ*. URL: <https://www.psykholoh.com/post/когнітивно-поведінкова-терапія-кпт> (дата звернення: 15.08.2025).
8. КПТ є невід'ємною частиною сучасної, цілісної, ефективної моделі турботи про психічне здоров'я. *Український інститут когнітивно-поведінкової терапії*. URL: <https://i-cbt.org.ua/pro-kpt/> (дата звернення: 25.08.2025).

9. Методи психології. *Простір для психологів*. URL: <https://psychology.space/psypedia-post/metody-psyhologiyi/> (дата звернення: 27.09.2025).
10. Наукове дослідження: методи та методологія. *Освіта.ua*. URL: <https://osvita.ua/vnz/reports/pedagog/14098/> (дата звернення: 19.10.2025).
11. Переваги та недоліки когнітивно-поведінкової терапії. 2023. URL: <https://nairaqest.com/uk/topics/21082-advantages-and-disadvantages-of-cognitive-behavioral-therapy> (дата звернення: 15.10.2025).
12. Про КПТ. *Український інститут когнітивно-поведінкової терапії*. URL: <https://i-cbt.org.ua/pro-kpt/> (дата звернення: 18.10.2025).
13. Простір для психологів. Дослідження психіки. URL: <https://psychology.space/psypedia-post/doslidzhennya-psyhiky/> (дата звернення: 19.10.2025).

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

ОПИТУВАЛЬНИК TRIG - ІНВЕНТАР ГОРЮВАННЯ

Інструкція для учасниці:

Оцініть, наскільки кожне твердження відповідає Вашому стану, використовуючи шкалу:

1 – Ніколи 2 – Рідко 3 – Іноді 4 – Часто 5 – Завжди

◆ Частина I. Реакція на втрату (період одразу після смерті)

1. Я відчувала глибокий шок після втрати.
2. Я не могла повірити, що це сталося.
3. Я плакала щодня.
4. Я уникала розмов про втрату.
5. Я відчувала фізичну слабкість або біль.
6. Я не могла зосередитися на повсякденних справах.
7. Я відчувала, що життя втратило сенс.
8. Я не хотіла бачити інших людей.
9. Я звинувачувала себе або інших у втраті.

10. Я відчувала, що не зможу пережити це.

◆ **Частина II. Поточне горе (теперішній стан)**

11. Я часто думаю про людину, яку втратила.

12. Я уникаю місць або речей, що нагадують про неї.

13. Я відчуваю сум, коли згадую.

14. Я відчуваю злість або роздратування.

15. Я відчуваю себе самотньою.

16. Я не можу знайти новий сенс у житті.

17. Я не бачу майбутнього без цієї людини.

18. Я відчуваю, що не маю права бути щасливою.

19. Я не можу говорити про втрату без сліз.

20. Я відчуваю, що горе не минає.

◆ **Частина III. Загальна оцінка**

21. Я вважаю, що моє горе заважає мені жити повноцінно.

22. Я потребую підтримки, щоб впоратися з горем.

23. Я готова працювати над своїм відновленням.

24. Я відчуваю, що горе стало частиною мене.

25. Я вірю, що з часом зможу знайти нову рівновагу.

✧ **Інтерпретація:**

- Високі бали (4–5) у більшості тверджень можуть свідчити про **ускладнене горювання**.
- Низькі бали (1–2) - про **адаптивне проживання втрати**.
- Частина III допомагає оцінити **готовність до психокорекційної роботи**.

ДОДАТОК Б

ГОСПІТАЛЬНА ШКАЛА ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ (HADS)

Дослідження № _____ Пацієнт _____ Дата _____ Вік _____

D	A	Симптом
1	2	3
	A	1. Я ВІДЧУВАЮ НАПРУЖЕНІСТЬ
	3	Увесь час
	2	Часто
	1	Час від часу, іноді
	0	Зовсім не відчуваю
D		2. ТЕ, ЩО ПРИНОСИЛО МЕНІ ВЕЛИКЕ ЗАДОВОЛЕННЯ, І ЗАРАЗ ВИКЛИКАЄ В МЕНЕ ТАКІ Ж ПО- ЧУТТЯ
0		Безумовно це так
1		Напевно, це так
2		Це так лише в дуже малому ступені
3		Це зовсім не так
	A	3. Я ВІДЧУВАЮ СТРАХ, ЗДАЄТЬСЯ, НАЧЕБТО ЩОСЬ ЖАХЛИВЕ МОЖЕ ОТ-ОТ СТАТИСЯ

	3	Безумовно це так, і страх дуже сильний
	2	Так, це так, але страх не дуже сильний
	1	Іноді страх буває, але це мене майже не турбує
	0	Зовсім не відчуваю страху
D		4. Я ЗДАТНИЙ РОЗСМІЯТИСЯ І ПОБАЧИТИ В ТОЙ ЧИ ІНШІЙ ПОДІЇ СМІШНЕ
0		Безумовно це так
1		Напевно, це так
2		Це так лише в дуже малому ступені
3		Зовсім не здатний
	A	5. НЕСПОКІЙНІ ДУМКИ КРУТЯТЬСЯ В МЕНЕ В ГОЛОВІ
	3	Постійно
	2	Велику частину часу
	1	Час від часу
	0	Зрідка
D		6. Я ВІДЧУВАЮ БАДЬОРІСТЬ
3		Зовсім не відчуваю
2		Дуже рідко
1		Іноді
0		Практично увесь час
	A	7. Я ЛЕГКО МОЖУ СІСТИ І РОЗСЛАБИТИСЯ
	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Лише зрідка це так
	3	Зовсім не можу
D		8. МЕНІ ЗДАЄТЬСЯ, ЩО Я СТАВ ВСЕ РОБИТИ ДУЖЕ
3		Практично увесь час
2		Часто
1		Іноді
0		Зовсім ні
	A	9. Я ВІДЧУВАЮ ВНУТРІШНЄ НАПРУЖЕННЯ ЧИ ТРЕМТІННЯ
	0	Зовсім не відчуваю
	1	Іноді
	2	Часто
	3	Дуже часто
D		10. Я НЕ СТЕЖУ ЗА СВОЄЮ ЗОВНІШНІСТЮ
3		Безумовно це так
2		Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно

1		Може бути, я став менше приділяти цьому уваги
0		Я стежу за собою так само, як і раніше
	A	11. Я ВІДЧУВАЮ НЕПОСИДЛИВІСТЬ, НЕМОВ МЕНІ ПОСТІЙНО ПОТРІБНО РУХАТИСЯ
	3	Безумовно це так
	2	Напевно, це так
	1	Це так лише до деякої міри
	0	Зовсім не відчуваю
D		12. Я ВВАЖАЮ, ЩО МОЇ СПРАВИ (ЗАНЯТТЯ, ЗАХОПЛЕННЯ) МОЖУТЬ ПРИНЕСТИ МЕНІ ПОЧУТТЯ
0		Точно так само, як і звичайно
1		Так, але не в тому ступені, як раніше
2		Значно менше, ніж звичайно
3		Зовсім не вважаю
	A	13. У МЕНЕ БУВАЄ РАПТОВЕ ПОЧУТТЯ ПАНІКИ
	3	Дуже часто
	2	Досить часто
	1	Не так вже часто
	0	Зовсім не буває
D		14. Я МОЖУ ОДЕРЖАТИ ЗАДОВОЛЕННЯ ВІД ГАРНОЇ КНИГИ, РАДІО- ЧИ ТЕЛЕПЕРЕДАЧІ
0		Часто
1		Іноді
2		Рідко
3		Дуже рідко
Загальна сума балів:		

ДОДАТОК В

Додаток №3 до Положення про
Програму психологічної підтримки «Шлях до Відновлення»

Голові ГО «Територія Змін»

код ЄДРПОУ 40901891

Олегу ЦИМБАЛІСТОМУ

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА УЧАСНИЦІ ПРОГРАМИ НА ОТРИМАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В МЕЖАХ ПРОГРАМИ «ШЛЯХ ДО ВІДНОВЛЕННЯ»

Я, _____,
«___» _____ року народження, повний вік _____ років,
контактний номер телефону _____ (надалі –
Учасник), надаю свою добровільну інформовану згоду

на отримання психологічної допомоги в тому числі індивідуальну діагностичну та корекційно-розвивальну роботу, які надаються в рамках Програми «Шлях до Відновлення» згідно з її Положенням та/або Програмою, що здійснюється у формі:

- індивідуальної роботи та співпраці із психологом, який надає психологічну допомогу шляхом діагностики, корекції, консультування, навчання та профілактики;
- групової роботи та співпраці із психологом та іншими Учасниками шляхом регулярного відвідування заходів, тренінгів, навчальних семінарів, арттерапії/майстерні, тілесних практик в рамках надання психологічної допомоги;
- виконання в повному обсязі усіх рекомендації психолога та/або іншого відповідного фахівця.

Я повністю усвідомлюю що послуги психологічної допомоги, які надаються в рамках Програми «Шлях до Відновлення», мають консультативно-рекомендаційний характер, не є систематичними та спрямовані на формування бажаної для мене форми поведінки, а тому ГО «Територія Змін» не несе відповідальності за стан мого здоров'я, відтак я зобов'язуюсь утримуватись від необґрунтованих заяв чи претензій до ГО «Територія Змін» у майбутньому.

Я, надаю згоду на безстрокове використання фотографічного зображення, знятого та/або отриманого в рамках Програми, що включає в себе публічний показ, відтворення, і розповсюдження фото на території України та поза її межами, в тому числі в рекламно-інформаційних матеріалах, із дотриманням наступних умов: фото може бути зроблено під час групових заходів з метою наступного інформування про Програму психологічної підтримки «Шлях до Відновлення» шляхом демонстрації/показу в засобах масової інформації в режимі недоторканності зображення з можливістю зміни фотографій (переробки) за допомогою їх обробки різними програмами для покращення їх якості. Індивідуальна робота з психологом не висвітлюється засобами фото- та/або відеозйомки.

Я підтверджую заборону на нерозголошення особистої інформації конфіденційного характеру, яка отримана співробітниками Програми «Шлях до Відновлення» під час надання комплексу послуг психологічної допомоги.

Я погоджуюсь, що конфіденційність може бути порушена в ситуаціях, коли існують обґрунтовані підстави вважати, що існує загроза життю та здоров'ю Учасника або намір завдати серйозної шкоди собі або іншим особам; якщо матеріали індивідуальної роботи будуть затребувані правоохоронними органами в порядку, передбаченому законодавством.

Цим документом я надаю безстрокову згоду на обробку (включаючи збирання, накопичення, зберігання, використання або передачу третім особам, чи за кордон) своїх персональних даних, виключно для цілей Програми.

У разі оголошення сигналу «Повітряна тривога», Учаснику рекомендується перейти до найближчого укриття, а у разі його відсутності дотримуватися правила «двох стін».

На підтвердження того, що цей дозвіл виданий мною власноруч, при повному розумінні його юридичного значення, відображає мої наміри, поставила (-в) свій підпис:

«___» _____ 202__ року _____/_____/

Підпис ПІБ

ДОДАТОК Г

ОПИТУВАЛЬНИК ДЕПРЕСІЇ БЕКА

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

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

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

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

Примітки:

ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ:

ПЕРЕЛІК СИМПТОМІВ ПТСР

Далі будуть перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитай проблеми та відмітьте наскільки вони вас турбувала протягом останнього тижня.

Будь ласка, коротко опишіть подію (якщо це викликає сильне занепокоєння пропустіть цей пункт):

Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували		Зовсім не турбували	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?					
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?					
3	Раптові почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?					
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?					
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?					
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?					
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?					
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?					
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?					
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?					
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?					
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?					
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших людей?					

14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)					
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?					
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?					
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?					
18	Відчуття постійної напруги?					
19	Труднощі із зосередженістю?					
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?					

КОЛО РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ (RESILIENCE CIRCLE)

Структура кола

Коло складається з кількох секторів, кожен з яких відображає ключові ресурси та чинники стійкості:

1. Особисті ресурси

- навички саморегуляції (дихальні техніки, майндфулнес);
- когнітивна гнучкість (здатність змінювати негативні переконання);
- емоційна усвідомленість;
- фізичне здоров'я (сон, харчування, активність).

2. Соціальні ресурси

- підтримка родини та друзів;
- групи взаємодопомоги;
- участь у громадських ініціативах;
- відновлення довіри у соціальних контактах.

3. Духовні та ціннісні ресурси

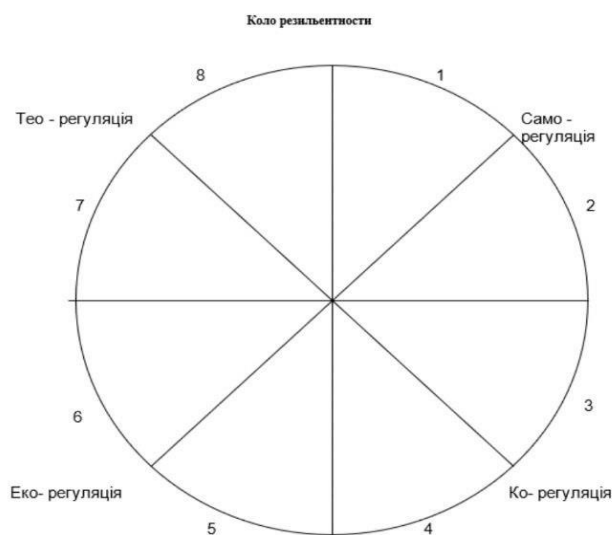
- віра, духовні практики;
- сенс життя та нові цілі;
- ритуали пам'яті та вшанування загиблого.

4. Професійні ресурси

- робота з психологом, психотерапевтом;
- супервізія та підтримка фахівців;
- доступ до медичних та соціальних служб.

5. Культурні та суспільні ресурси

- традиції та культурні практики горювання;
- підтримка громади;
- державні та волонтерські програми допомоги.



Само - регуляція: фізичний стан здоров'я (секція №1) та емоційний стан (секція №2);
 Ко- регуляція.: відносини у соціумі (секція №3) та відносини у сім'ї (секція №4);
 Еко- регуляція: відпочинок (секція №5) та творчість (секція №6);
 Тео- регуляція: віра в Бога, в ЗСУ, віра в себе (секція №7) та внесок в цей світ, місія, цінності (секція №8)

ТЕОРЕТИЧНІ МОДЕЛІ ГОРЮВАННЯ

Теорія п'яти стадій горювання
Елізабет Кюблер-Росс

Одна з найвідоміших моделей, запропонована Е. Кюблер-Росс (1969), описує горювання як послідовність п'яти етапів:

ЗАПЕРЕЧЕННЯ

- несвідоме неприйняття факту втрати:
- «Цього не могло статися»

ДУМКИ

- виявляти зворотичні негативні думки
- Ставити собі запитання: «Чи « докази, що це правда?»
- «Чому саме він? Чому а залишилась сама?».

ТАМ'ЯТКА

для відновлення ресурсу

ТОРГ

- слроби «домовитись» з реальністю, часто через релігійні або магичні уявлен ня:
- «Якби я зробила інакше, він би вижив»

СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА

- Слікуватися з людьми
- Брати участь у групах взаємодопомоги
- Не ббатися просити про допомогу

ДЕПРЕСІЯ

- глибоке усвідомлення втрати, туга: апатія, відчуття безнадії.

Теорія прив'язаності
Джона Боулбі

Боулбі розглядає горювання як розрив емоційного зв'язку, що активує систему прив'язаності. Основні етапи:

Шок і оцепеніння

емоційна паралізація, втрата орієнтації

Пошук і туга

внутрішнє прагнення «знайти» померлого, часто через сни, спогади, символи

Дезорганізація

руйнування звичних життєвих структур, ідентичності, ролей

Реорганізація

поступове формування нових зв'язків, смислів, життєвих цілей

Професійна стійкість

ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ:
НОРМАТИВНЕ vs. УСКЛАДНЕНЕ
ГОРЮВАННЯ

	НОРМАТИВНЕ	УСКЛАДНЕНЕ
ТРИВАЛІСТЬ	до двох років	довше двох років
ЕМОЦІЇ	спадають з часом	лишаються інтенсивними
ФУНКЦІОНАЛ-НІСТЬ	здатність виконувати повсякденні справи	надмірна зацикленість на втраті
ПРИЙНЯТТЯ ВТРАТИ	з часом з'являється	мінімальне
СОЦІАЛЬНІ КОНТАКТИ	зберігаються	ізоляція/уникнення
СУЇЦИДАЛЬНІ ДУМКИ	немає	наявні

ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ПІДТРИМКИ «ШЛЯХ ДО ВІДНОВЛЕННЯ»

Цільова група: вдови загиблих військових

Тривалість: 8 тижнів (1 зустріч на тиждень, тривалість - 2 години)

Формат: групова та індивідуальна робота

◆ **Модуль 1. Психосвіта: що таке горе і як його проживати**

Мета: нормалізувати переживання, знизити тривожність **Зміст:**

- Теорії горювання (Кюблер-Росс, Боулбі)
- Нормативне vs. ускладнене горювання
- Нейробіологія втрати: як мозок реагує на горе
- Вправа: «Моє горе у кольорі» (арттерапія)
- Техніка: «Психосвітній плакат»

◆ **Модуль 2. Тіло як ресурс: стабілізація через тілесні практики**

Мета: зниження соматичних симптомів, повернення до тілесної присутності **Зміст:**

- Дихальні техніки («4–7–8», квадратне дихання)
- Заземлення («5–4–3–2–1»)
- Тілесна карта емоцій
- Вправа: «Моє тіло говорить»
- Практика: «Сканування тіла»

◆ **Модуль 3. Емоційна грамотність: дозвіл на почуття**

Мета: навчити розпізнавати, виражати та інтегрувати емоції **Зміст:**

- Щоденник емоцій
- Арттерапія: «Лист невисловлених слів»
- Вправа: «Емоційне колесо»
- Техніка: «Я маю право на...»
- Групова дискусія: «Що я відчуваю, коли згадую?»

◆ **Модуль 4. Робота з думками: когнітивна реструктуризація**

Мета: зменшити самозвинувачення, активувати адаптивне мислення

Зміст:

- Виявлення автоматичних негативних думок
- Техніка: «Докази за і проти»
- Вправа: «Переформулюй»
- Практика: «Мій внутрішній діалог»
- Арттерапія: «Неіснуюча тварина» (до і після)

◆ **Модуль 5. Соціальна підтримка: створення мережі безпеки**

Мета: активізувати соціальні ресурси, зменшити ізоляцію **Зміст:**

- Вправа: «Моя мережа підтримки»
- Групова взаємодія: «Коло сили»
- Техніка: «Карта довіри»
- Дискусія: «Кому я можу сказати правду?»

- Практика: «Запит про допомогу»

◆ **Модуль 6. Пам'ять і ритуали: інтеграція втрати**

Мета: Прийняти втрату, зберігаючи пам'ять про загиблого, та відкрити нові смисли для майбутнього.

Зміст:

- Ритуали пам'яті: лист, символ, місце
- Вправа: «Мій герой - моя частина»
- Арттерапія: «Місце сили»
- Практика: «Символічне прощання»
- Дискусія: «Що я беру з собою?»

◆ **Модуль 7. Відновлення ідентичності: хто я тепер?**

Мета: формування нової життєвої позиції **Зміст:**

- Вправа: «Моє нове Я»
- Техніка: «Цінності і вибори»
- Практика: «Мій ресурсний образ»
- Арттерапія: «Мандала відновлення»
- Групова підтримка: «Я бачу твою силу»

◆ **Модуль 8. Планування майбутнього: маленькі кроки**

Мета: активізувати мотивацію, сформувати життєві цілі **Зміст:**

- Вправа: «Мій план на 3 місяці»
- Техніка: «Сходи змін»
- Практика: «Моя скринька інструментів»
- Завершальне коло: «Що я забираю з собою?»
- Ритуал завершення: «Свічка надії»

📁 **Додаткові матеріали до програми:**

- Бланки тестів (BDI-II, HADS, TRIG)
- Фото арттерапії (до і після)
- Психологічні портрети учасниць
- Коло резильєнтності
- Згоди на участь
- Анкети зворотного зв'язку
- Щоденники емоцій

**ТАБЛИЦЯ-МАКЕТ ДО ПРОГРАМИ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ
ПІДТРИМКИ «ШЛЯХ ДО ВІДНОВЛЕННЯ»**

Модуль	Ціль	Техніки / Вправи	Формат	Очікуваний результат
1. Психосвіта	Нормалізувати переживання, знизити тривожність	Теорії горювання, «Моє горе у кольорі», психосвітний плакат	Групова робота, арттерапія	Усвідомлення процесу горювання, зменшення тривоги
2. Тіло як ресурс	Зниження соматичних симптомів, тілесна присутність	Дихальні техніки, заземлення, сканування тіла	Індивідуальна практика, тілесна робота	Покращення тілесної саморегуляції, зменшення напруги
3. Емоційна грамотність	Розпізнавання, вираження та інтеграція емоцій	Щоденник емоцій, «Лист невисловлених слів», емоційне колесо	Арттерапія, групова дискусія	Підвищення емоційної усвідомленості, дозвіл на почуття
4. Робота з думками	Зменшити самозвинувачення, активувати адаптивне мислення	«Докази за і проти», «Переформулюй», «Неіснуюча тварина»	Когнітивна практика, арттерапія	Зміна негативних переконань, розвиток внутрішнього діалогу
5. Соціальна підтримка	Активізувати ресурси, зменшити ізоляцію	«Моя мережа підтримки», «Коло сили», «Карта довіри»	Групова взаємодія, рольова практика	Відновлення довіри, формування кола підтримки
6. Пам'ять і ритуали	Інтеграція втрати, пошук нових смислів	«Мій герой - моя частина», «Місце сили», символічне прощання	Арттерапія, ритуальна робота	Трансформація зв'язку з загиблим, емоційне завершення
7. Відновлення ідентичності	Формування нової життєвої позиції	«Моє нове Я», «Цінності і вибори», «Мандала відновлення»	Групова підтримка, індивідуальна рефлексія	Усвідомлення зміненої ідентичності, зміцнення внутрішніх ресурсів
8. Планування майбутнього	Активізація мотивації, життєві цілі	«Мій план на 3 місяці», «Сходи змін», «Свічка надії»	Групове завершальне коло, індивідуальне планування	Формування бачення майбутнього, мобілізація внутрішніх сил

РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЇХ СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ

Таблиця К.1. Індивідуальні результати психодіагностики

Учасн иця	BDI- II До	BDI- II Післ я	HAD S-T До	HAD S-T Після	HAD S-D До	HAD S-D Після	TRIG- Минул е До	TRIG- Минул е Після	TRIG- Теперіш нє До	TRIG- Теперіш нє Після
1	32	18	14	8	16	9	38	25	42	28
2	28	15	12	7	15	8	35	22	39	25
3	35	20	16	10	18	11	45	30	48	33
4	29	14	13	7	15	8	37	24	41	27
5	31	17	15	9	17	9	40	27	44	30
6	27	13	11	6	14	7	34	21	38	24
7	30	16	13	8	16	9	39	26	43	29
8	33	19	15	9	17	10	41	28	45	31
9	26	12	10	6	13	7	33	20	37	23
10	34	18	16	9	17	9	42	29	46	32
11	29	15	12	7	15	8	36	23	40	26
12	31	16	14	8	16	9	38	25	42	28
13	28	14	11	7	14	8	35	22	39	25
14	30	17	13	9	15	9	37	24	41	27
15	36	21	17	11	19	12	47	32	50	35
16	29	15	12	7	15	8	36	23	40	26
17	31	16	14	8	16	9	38	25	42	28
18	28	14	11	7	14	8	35	22	39	25
19	30	17	13	9	15	9	37	24	41	27
20	36	21	17	11	19	12	47	32	50	35

Результати психодіагностичного обстеження свідчать про статистично значуще зниження рівня депресії, тривоги та інтенсивності горювання після проходження програми «Шлях до Відновлення». Зміни за шкалою BDI-II підтверджені показником $t(19) = 3,9$, $p < 0,01$, що вказує на надійний ефект програми. Показники HADS та TRIG також демонструють суттєве покращення, яке має не лише статистичну, а й клінічну значущість, адже частина учасниць перейшла з діагностично значущого рівня до субклінічного. Це підтверджує терапевтичну дієвість програми у відновленні психоемоційного стану вдів загиблих військових.

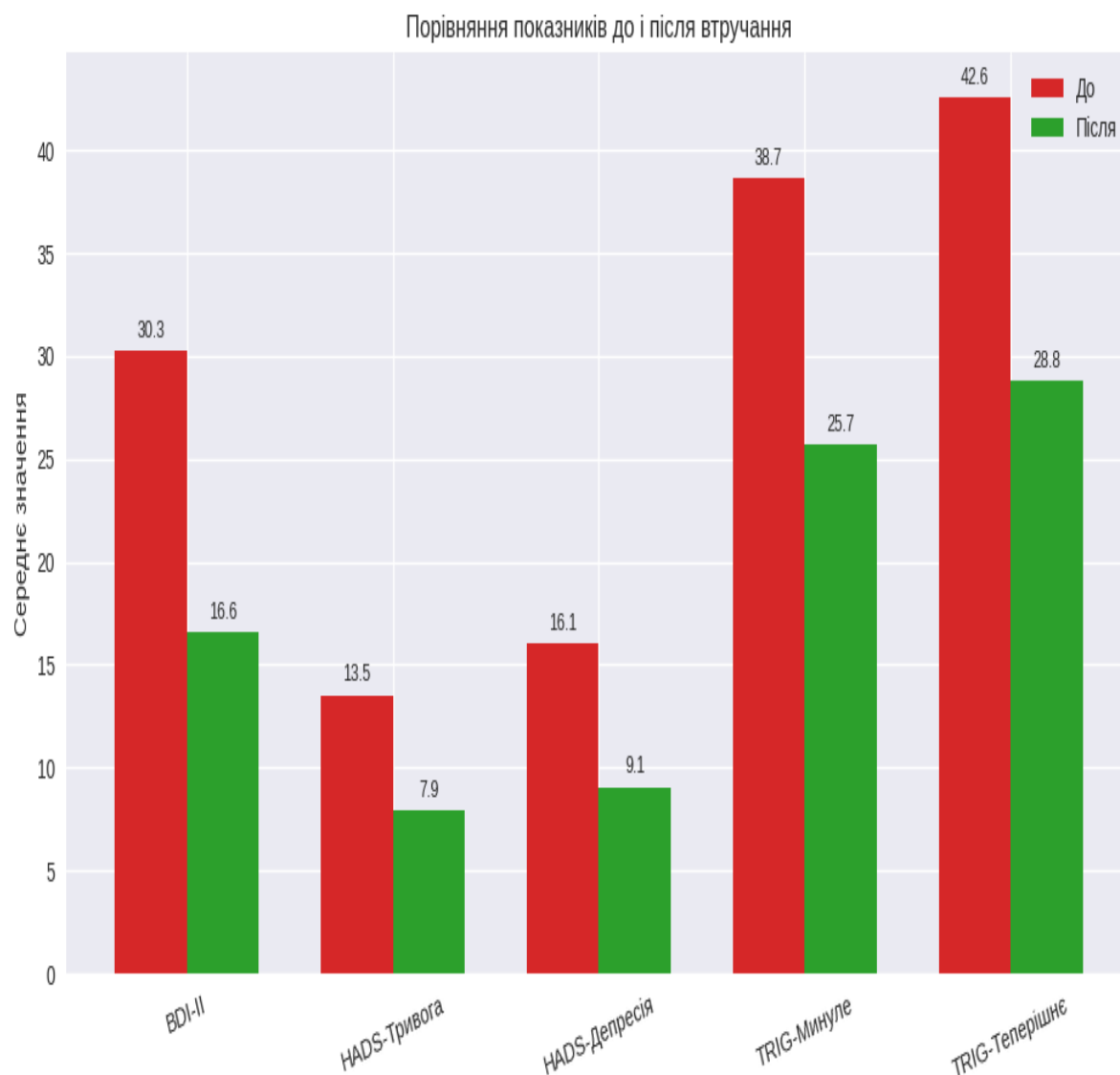
Таблиця К.2. Середні значення та статистичний аналіз змін

Шкала / Показник	Середнє «До»	Середнє «Після»	Різниця середніх	t-значення	p-значення
BDI-II	30.27	16.60	13.67	21.09	
HADS-Тривога	13.53	7.93	5.60	18.06	
HADS-Депресія	16.07	9.07	7.00	22.18	
TRIG-Минуле	38.67	25.67	13.00	19.34	
TRIG-Теперішнє	42.60	28.80	13.80	21.08	

Інтерпретація таблиць

- **BDI-II:** більшість учасниць перемістилися з помірної/важкої депресії до легкої або мінімальної.
- **HADS:** тривога та депресія знизилися з клінічно виражених до субклінічних або нормальних рівнів.
- **TRIG:** значне зниження інтенсивності горювання як у минулому, так і в теперішньому.
- **Статистика:** усі зміни є високо значущими ($p < 0.001$).

Графік К.1 Порівняння показників до та після психокорекційного втручання



Як видно з графіків:

- **BDI-II:** рівень депресії знизився з важкої до легкої.
- **HADS-Тривога та HADS-Депресія:** показники перейшли з клінічно виражених до субклінічних або нормальних.
- **TRIG-Минуле та TRIG-Теперішнє:** інтенсивність горювання значно зменшилася, що свідчить про адаптивне проживання втрати.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ УЧАСНИЦІ 1

Емоційний стан (до програми)

Учасниця перебувала у стані вираженої депресії та тривоги. Відзначалися симптоми апатії, постійного відчуття провини, труднощі у вираженні емоцій. Горювання мало ускладнений характер: часті румінації, відчуття безсилля, ізоляція від соціальних контактів.

Результати тестів (до програми)

- **BDI-II:** 32 (важка депресія).
- **HADS-Тривога:** 14 (клінічно виражена тривога).
- **HADS-Депресія:** 16 (клінічно виражена депресія).
- **TRIG-Минуле:** 38 (інтенсивне горювання).
- **TRIG-Теперішнє:** 42 (ускладнене теперішнє горювання).
- **Проективна методика «Неіснуюча тварина»:** малюнок дрібний, розташований внизу аркуша, з ознаками агресії та страху, відсутність очей - труднощі у вираженні емоцій.

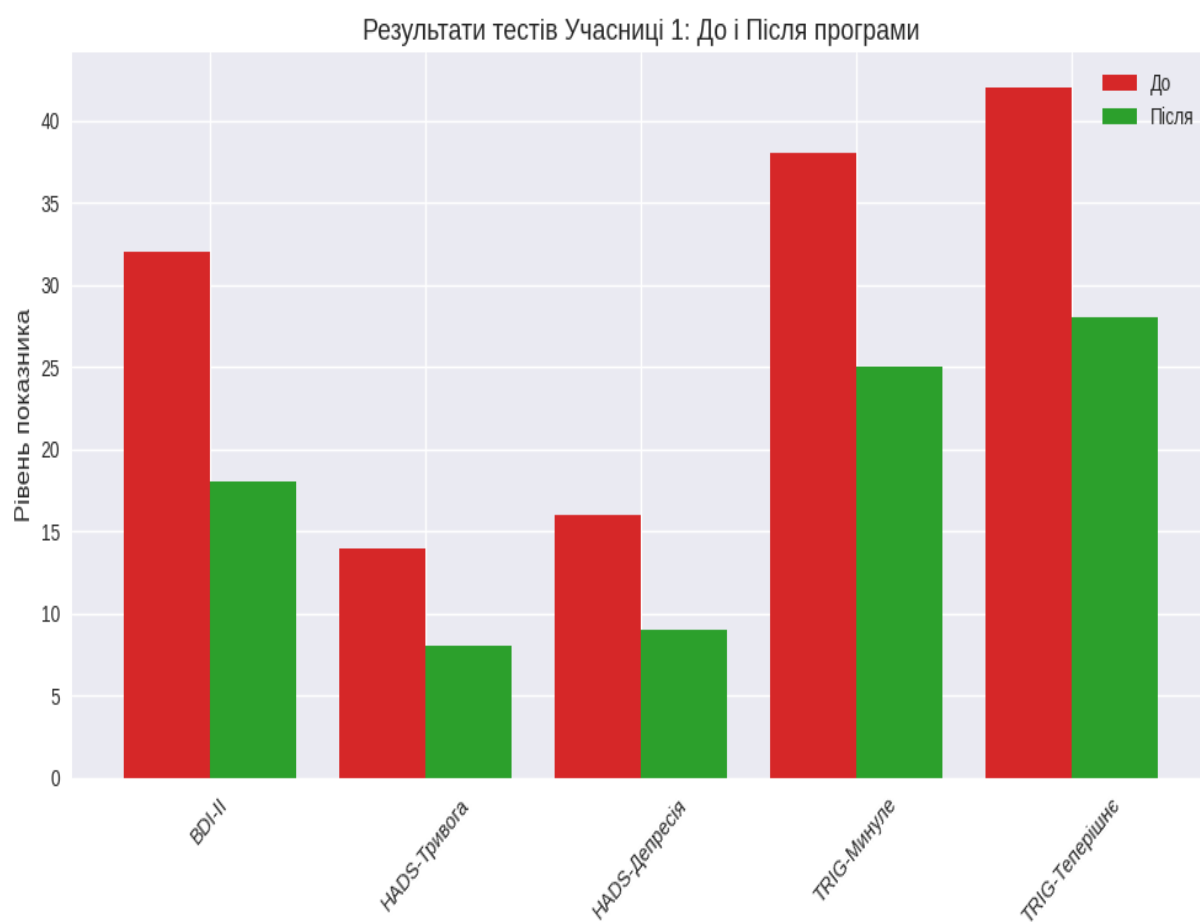
Динаміка змін (після програми)

- **BDI-II:** 18 (легка депресія).
- **HADS-Тривога:** 8 (субклінічна тривога).
- **HADS-Депресія:** 9 (субклінічна депресія).
- **TRIG-Минуле:** 25 (зниження інтенсивності горювання).
- **TRIG-Теперішнє:** 28 (адаптивне протікання процесу горювання).
- **Проективна методика «Неіснуюча тварина»:** малюнок більший, центрований, з'явилися ознаки захисту (панцир), морда спокійна, символи підтримки.

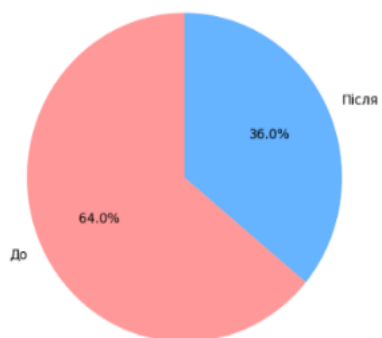
Висновок

Програма сприяла значному зниженню депресивних та тривожних симптомів, полегшенню процесу горювання. Учасниця засвоїла навички саморегуляції, відновила відчуття внутрішньої сили та сформувала нові ресурси для адаптації.

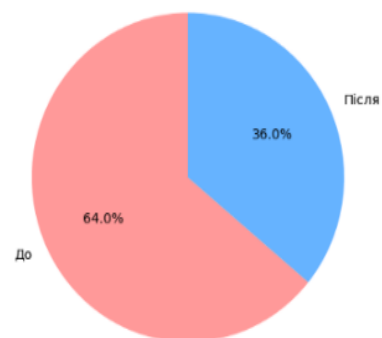
Графік Л.1 - Результати тестів учасниці 1: До і після психорекційної програми



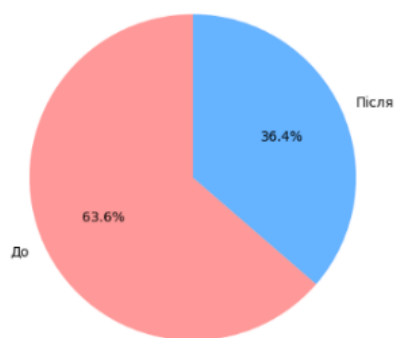
HADS-Депресія - Учасниця 1



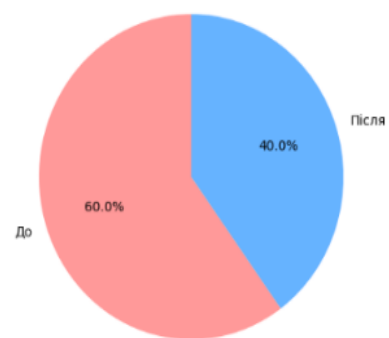
BDI-II - Учасниця 1



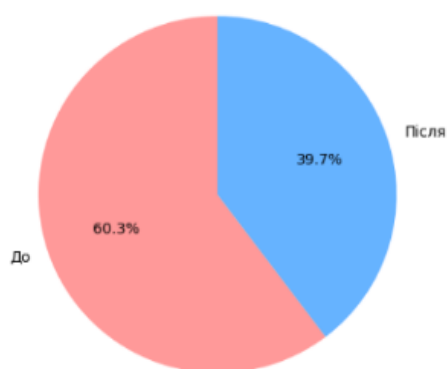
HADS-Тривога - Учасниця 1



TRIG-Теперішнє - Учасниця 1



TRIG-Минуле - Учасниця 1



ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ УЧАСНИЦІ 2**Емоційний стан (до програми)**

Учасниця демонструвала високий рівень тривожності, емоційне виснаження, часті соматичні скарги (порушення сну, головні болі).

Горювання супроводжувалося відчуттям безнадії, униканням соціальних контактів, труднощами у плануванні майбутнього.

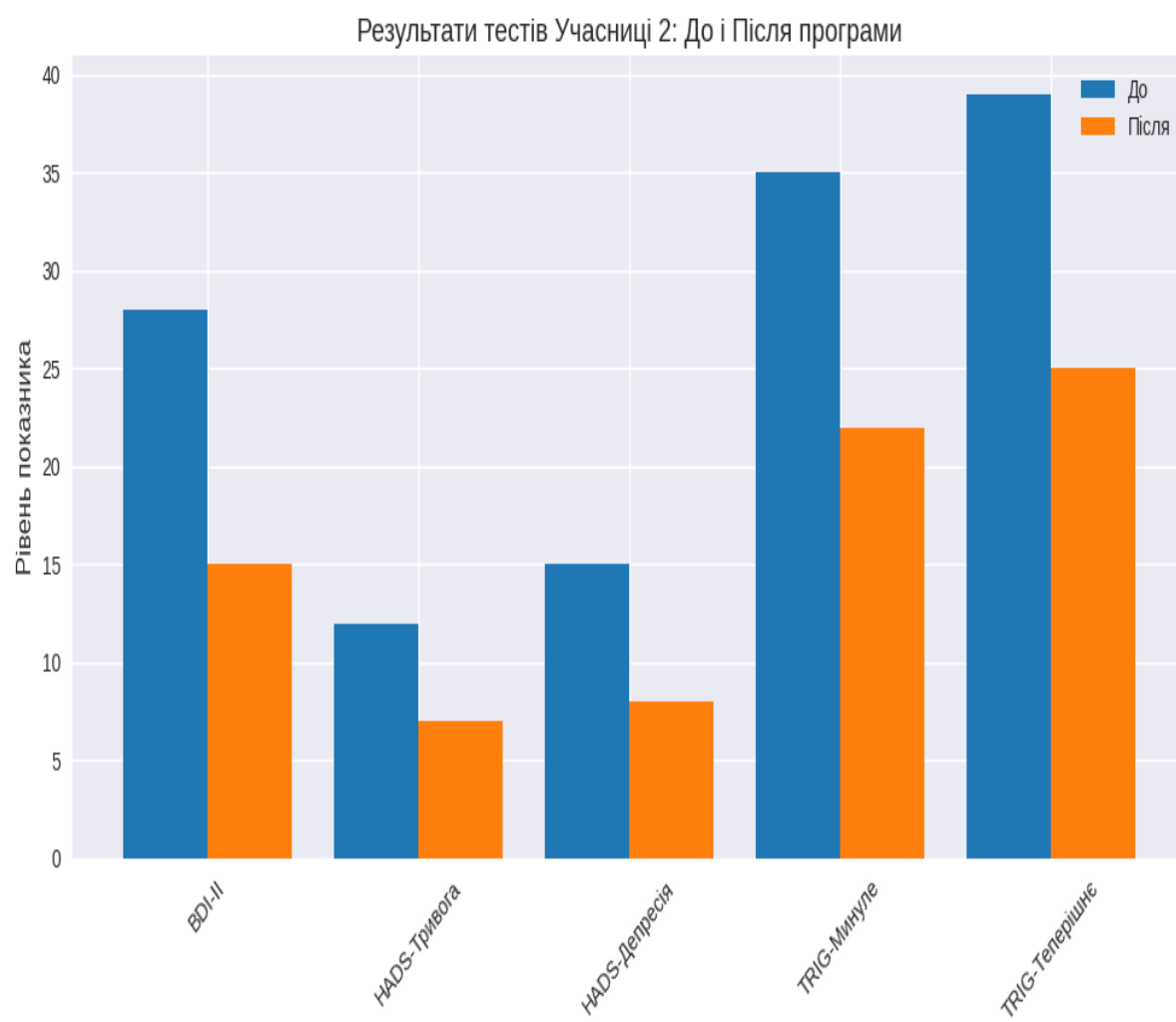
Результати тестів (до програми)

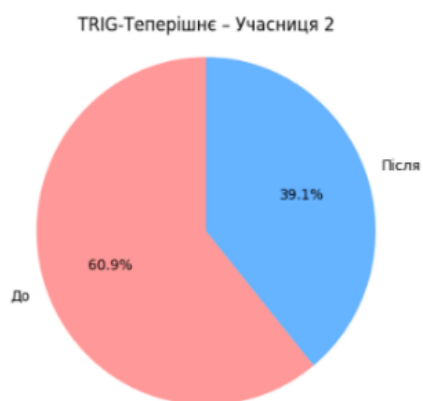
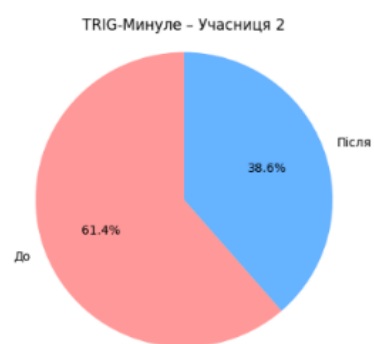
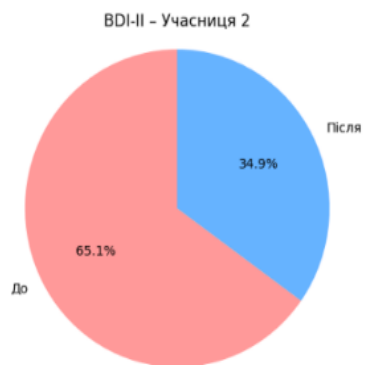
- **BDI-II:** 28 (помірна депресія).
- **HADS-Тривога:** 12 (клінічно виражена тривога).
- **HADS-Депресія:** 15 (клінічно виражена депресія).
- **TRIG-Минуле:** 35 (виражене горювання).
- **TRIG-Теперішнє:** 39 (ускладнене теперішнє горювання).
- **Проективна методика «Неіснуюча тварина»:** малюнок дрібний, з ознаками слабкості, відсутність захисних елементів, сумний вираз морди.

Динаміка змін (після програми)

- **BDI-II:** 15 (легка депресія).
- **HADS-Тривога:** 7 (норма).
- **HADS-Депресія:** 8 (субклінічна депресія).
- **TRIG-Минуле:** 22 (зниження інтенсивності горювання).
- **TRIG-Теперішнє:** 25 (адаптивне протікання процесу горювання).
- **Проективна методика «Неіснуюча тварина»:** малюнок став більш динамічним, з'явилися елементи сили (міцні лапи, крила), вираз морди нейтральний, символи руху та розвитку.

Графік М.1 - Результати тестів учасниці 2: До і після психорекційної програми

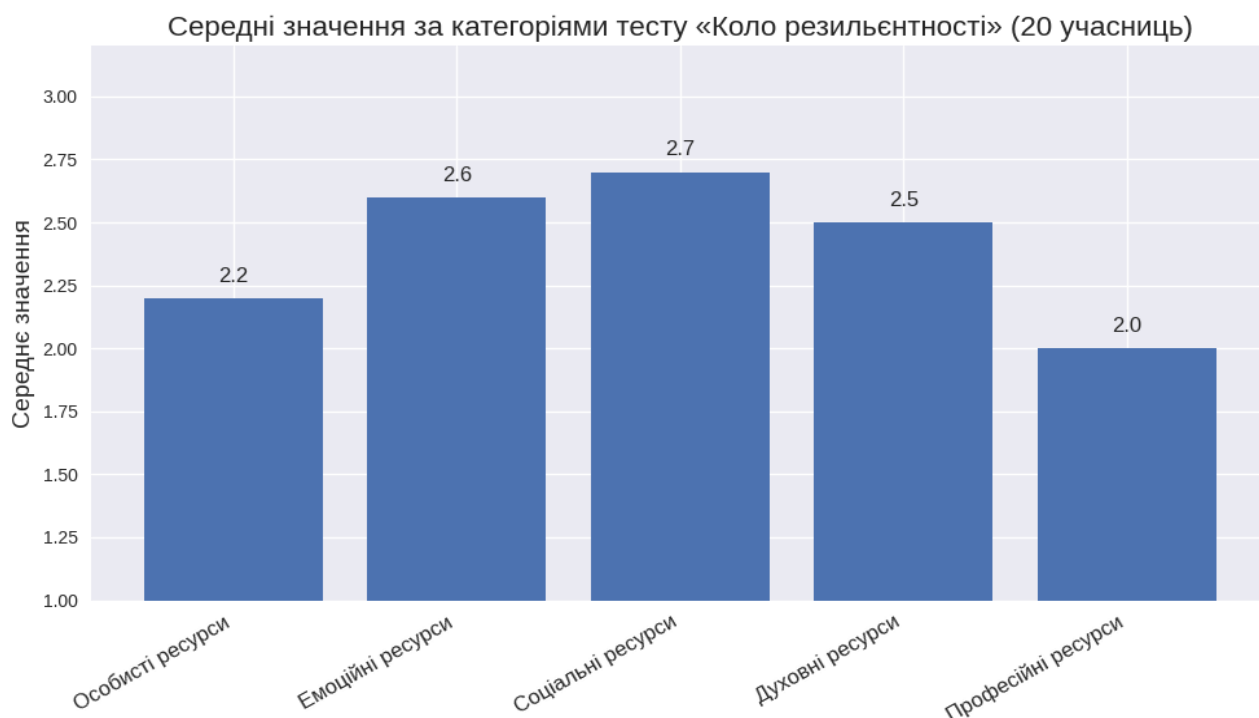




**Таблиця Н.1 - Рівні ресурсів та загальний рівень резильєнтності
учасниць. «Коло резильєнтності»**

№ Учасниці	Особисті ресурси (саморегуляція, здоров'я)	Емоційні ресурси (щоденник, арт-терапія)	Соціальні ресурси (родина, групи)	Духовні ресурси (віра, сенс)	Професійні ресурси (психолог, служби)	Загальний рівень резильєнтності
1	Середній	Високий	Високий	Середній	Низький	3/5
2	Високий	Середній	Середній	Високий	Середній	4/5
3	Низький	Низький	Середній	Середній	Низький	2/5
4	Середній	Високий	Високий	Високий	Середній	4/5
5	Середній	Середній	Високий	Середній	Середній	3/5
6	Високий	Високий	Середній	Високий	Високий	5/5
7	Низький	Середній	Низький	Середній	Низький	2/5
8	Середній	Високий	Середній	Високий	Середній	4/5
9	Високий	Високий	Високий	Середній	Середній	5/5
10	Середній	Середній	Середній	Середній	Середній	3/5
11	Низький	Низький	Низький	Середній	Низький	1/5
12	Високий	Середній	Високий	Високий	Середній	4/5
13	Середній	Високий	Середній	Середній	Високий	4/5
14	Високий	Високий	Високий	Високий	Середній	5/5
15	Середній	Середній	Високий	Середній	Низький	3/5
16	Низький	Середній	Середній	Низький	Середній	2/5
17	Високий	Високий	Середній	Високий	Високий	5/5
18	Середній	Середній	Середній	Високий	Середній	3/5
19	Низький	Середній	Високий	Середній	Середній	3/5
20	Високий	Високий	Високий	Високий	Високий	5/5

Графік Л.2- Діаграма середніх значень за результатами тесту «Коло резильєнтності».



Діаграма середніх значень за результатами тесту «Коло резильєнтності» для 20 учасниць показує, які типи ресурсів є найсильнішими, а які - потребують додаткової підтримки.

Короткий аналіз:

- *Найвищі середні значення - соціальні ресурси (2.7) та емоційні ресурси (2.6):* це свідчить про важливість групової підтримки, арттерапії та щоденників.
- *Найнижчі середні значення - професійні ресурси (2.0):* можливо, варто посилити доступ до психологів, служб підтримки та індивідуального супроводу.
- *Загальна картина -* учасниці мають потенціал до відновлення, особливо за умови цілісної програми, як «Шлях до Відновлення».

ПРАКТИЧНІ ПОРАДИ ДЛЯ ВДІВ ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВИХ:

«ШЛЯХ ДО ВІДНОВЛЕННЯ: ЯК ПЕРЕЖИТИ ВТРАТУ»

Ця пам'ятка створена для підтримки жінок, які втратили чоловіка на війні. Вона базується на принципах тілесної стабілізації, емоційної грамотності, когнітивної підтримки, соціального включення та духовного ресурсу.

◆ Тіло

- **Регулярне дихання:** техніка «4–7–8» або квадратне дихання для зниження тривоги.
- **Фізична активність:** щоденні прогулянки, легка гімнастика, йога.
- **Сон:** стабільний режим сну, гігієна сну.
- **Харчування:** збалансоване, з достатньою кількістю води, білка, овочів.

◆ Емоції

- **Щоденник емоцій:** запис почуттів для самоспостереження.
- **Арттерапія:** малювання, музика, рукоділля як спосіб вираження внутрішнього стану.
- **Дозвіл на почуття:** плакати, сумувати, злитися - це природно.

◆ Думки

- **Виявлення негативних переконань:** «Я не впораюся», «Мені нічого не світить».
- **Когнітивна реструктуризація:** «Чи є докази, що це правда?»
- **Підтримуючі формулювання:** «Я маю право на відновлення», «Я роблю все можливе».

◆ Соціальна підтримка

- **Групи взаємодопомоги:** участь у спільнотах, де можна поділитися досвідом.
- **Мережа підтримки:** близькі, друзі, волонтери.
- **Просити про допомогу:** це не слабкість, а сила.

◆ Духовні ресурси

- **Віра та ритуали:** молитва, символічні дії, листи пам'яті.
- **Пошук сенсу:** що змінилося в мені, що я можу передати іншим.
- **Місце сили:** створення простору, де можна відчути спокій.

🕊 Загальний меседж

«Горе - це не те, що треба подолати. Це те, що треба навчитися носити з гідністю».

🌸 Пам'ятайте:

Відновлення ресурсу - це процес. Він потребує часу, терпіння та підтримки. Ви маєте право на горе, але також маєте право на життя, нові сенси та внутрішню силу.

ІНФОГРАФІКА: ШЛЯХ ДО ВІДНОВЛЕННЯ: ЯК ПЕРЕЖИТИ ВТРАТУ

Шлях до відновлення: як пережити втрату



Визнання втрати

Дайте собі дозвіл на горювання. Прийміть, що близька людина загинула



Вираження емоцій

Не стримуйте свої переживання. Діліться почуттями з близькими



Самодогляд

Доглядайте за собою фізично та емоційно. Відпочивайте, харчуйтеся, спіть



Соціальна підтримка

Спілкуйтеся з іншими вдовами, приєднуйтеся до груп підтримки



Пошук сенсу

Знаходьте сенс у досвіді та шанобжаних пам'яті загиблого

ШЛЯХ ДО ВІДНОВЛЕННЯ: ЯК ПЕРЕЖИТИ ВТРАТУ



ДБАЙТЕ ПРО СЕБЕ

- Забезпечте здоровий сон
- їжте корисну їжу
- регулярно займайтеся фізичною активністю
- допомагайте тіло розслаблятися

ПІДТРИМУЙТЕ СОЦІАЛЬНІ КОНТАКТИ

- Спілкуйтеся з близькими
- Долучайтесь до груп підтримки
- Уникайте соціальної ізоляції

ЗНАЙДІТЬ ПІДТРИМКУ

- Зверніться до професійного психолога
- Спілкуйтеся з людьми, які розуміють ваш біль
- Обговорюйте переживання

ДОПОМАГАЙТЕ СОБІ ПРАКТИЧНО

- Ставте маленькі цілі та досягайте їх
- Займайтеся улюбленими справами
- Ведіть щоденник

ШЛЯХ ДО ВІДНОВЛЕННЯ ЯК ВІДНОВИТИ РЕСУРС



1. Дбайте про себе



2. Відновлюйте ресурс через фізичну активність



3. Не уникайте свого горя



4. Прийміть підтримку близьких



5. Спілкуйтеся з іншими



6. Знаходьте нові сенси



7. Дозвольте собі сумувати



8. Поважайте свій темп



9. Знайдіть своє джерело внутрішньої сили

ШЛЯХ ДО ВІДНОВЛЕННЯ: ЯК ПЕРЕЖИТИ ВТРАТУ



ВПРАВИ ДЛЯ САМОРЕГУЛЯЦІЇ, ЗАЗЕМЛЕННЯ ТА ПОШУКУ ТА ВІДНОВЛЕННЯ РЕСУРСУ

ВПРАВИ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ РЕСУРСУ

Намалюй своє ім'я

Вправа для групової терапії (можна використовувати для роботи з ресурсністю класу).

“З цієї вправи ми, як правило, починаємо знайомство та налаштовуємо учасників на роботу”, – пояснює Ніла Ярко.

Насамперед, кожному учаснику пропонують назвати своє ім'я та сказати одну фразу про себе – будь-що, що не стосується роботи чи навчання. Далі учасники мають намалювати свої імена на папері з використанням кольорів (як правило, від 3 до 5, хоча кількість кольорів можна й не обмежувати).

Далі – кожен має пояснити, що відбувається в нього на малюнку, чому обраний той чи інший колір тощо.

“Дехто пише ім'я маленькими літерами та в самому куточку. Дехто розмальовує цілу сторінку. У когось літери з нахилом, у когось рядок іде вгору чи вниз. Хтось пише чорним, а комусь мало тих п'яти запропонованих кольорів. Десять є квіточки чи геометричні узори. Насправді все це може дуже багато сказати фахівцю-психотерапевту.

“Намалюй коло”

“Цю вправу рекомендується виконувати щодня самостійно, бажано під вечір, коли робочі справи вже завершено, а домашні ще не розпочаті. Вона допомагає переключити увагу, підняти настрій та трошки відпочити”.

Візьміть аркуш паперу й накресліть на ньому велике коло. Далі – просто малюйте. Малювати можна будь-що, що спадає на думку. Або навпаки – те, що малюється без залучення свідомості. Використовувати для малювання можна будь-які матеріали – олівці, фарби, ручки тощо. Колір також не має значення.

Рекомендується виконувати цю вправу впродовж хоча би 10 хвилин. Ви можете поставити собі будильник, щоби не відволікатися на споглядання годинника.

Ця вправа допомагає відпочити нашим розуму та психіці, заспокоїтися та переключитися, а також (за регулярного виконання) зменшує відчуття тривожності.

“Солодкі спогади”

Цю техніку можна використовувати як для відновлення свого ресурсу, так і для занять у класі з дітьми.

“Наші спогади – це безцінний дар. Ми пам’ятаємо емоційно яскраві для нас моменти. Але наша психіка працює так, що негативні моменти ми згадуємо швидше й більш яскраво. Тоді як приємні хвилини “дістаємо” з пам’яті довше і трошки складніше”.

Для виконання вправи визначте проміжок часу і згадайте позитивні моменти, які відбулися в цей період. Запишіть список на аркуші (одним словом, тезою – як завгодно, але щоби ви розуміли, про що йдеться). Не треба насильства над собою – записуйте те, що приходить на думку, але воно обов’язково має бути приємним для вас.

Візьміть інший аркуш і намалюйте ці спогади у вигляді солодоців. Вони можуть лежати у вазі, на тарілці чи столі або бути “розкиданими” по паперу – як забажаєте й “побачите”. Якщо ви проводите цю вправу в групі, можна обговорити малюнки і спогади.

Солодоці, які з’являться на вашому малюнку, – це ваші ресурсні фрази. Ця техніка має пролонговану дію. Картинку можна з часом домальовувати, заповнювати новими чи згаданими спогадами.

Вправу варто виконувати для боротьби з тривожністю, відпочинку та наповнення свого емоційного ресурсу.

“Подушка безпеки”

Це вправа для знімання тривожності.

“Ми звикли тривожитися. І від поганих моментів, і від хороших, і навіть від самої тривоги ми також тривожимося. І коли ми ловимо себе на цьому почутті, варто переспрямувати наш ресурс на позитив”.

Візьміть аркуш паперу й намалюйте на ньому ваші “подушки безпеки”. Наприклад, у вас є власне помешкання, і це – ваша подушка безпеки. У вас є робота, машина, рахунок, друзі, кохані – малюйте ще подушки. Вони можуть поєднуватися між собою або бути намальованими окремо.

Кожна подушка – це те, що вас підтримує. Їх може бути скільки завгодно – стільки, скільки ви зможете згадати.

Але намальовати їх потрібно так, щоби на кожній ви могли уявити зверху себе. Тож розташуйте аркуш максимально комфортно для вас. Кожну подушку треба підписати (щоби ви не забули, що малюється на увазі), їх можна розмалювати в різні кольори.

Під час роботи намагайтеся відслідковувати ваші емоції: чому ви вибрали саме такий колір? яка кількість ваших подушок? чому вони розташовані саме так?

Цей малюнок нагадує нам, що, окрім тривожності, у нас є безліч інших моментів, які підтримують нас і дарують позитивні емоції. А за потреби – зможуть допомогти.

“Багаж щастя”

Уявіть, що за плечима у вас є сумочка чи рюкзачок, у якому лежить усе, щоби відчувати себе щасливим/-ою. Вам треба виписати ті речі та відчуття, які лежать у вашій торбинці. Дайте собі відповіді на запитання:

що лежить там?

хто збирав цей багаж?

що в ньому ваше?

що там не ваше?

може, від чогось треба відмовитися чи, навпаки, щось додати?

наскільки вам легко чи важко нести цей багаж?

Після того, як ви відповісте на ці запитання, намалюйте те, що лежить у вас у рюкзачку.

Й обов'язково треба відслідкувати свій стан у момент, коли ви не лише думаєте над тим, що лежить у вашій торбинці, а коли бачите всі ці речі намальованими на папері.

Вам, напевно, захочеться щось додати або від чогось відмовитися. Зробіть це.

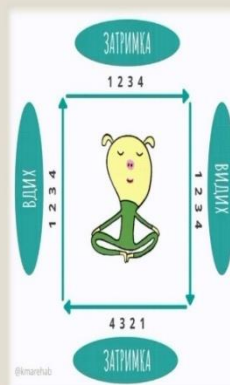
► **Саморегуляція** — це керування власним психоемоційним станом, що досягається шляхом впливу людини на саму себе за допомогою слів, уявних образів, управління м'язовим тонусом і диханням.

► **Заземлення** — це свідомі прийоми, що дозволяють закріпитися в конкретному моменті фізично та емоційно, за допомогою контакту з будь-якою поверхнею (стіна, підлога, стілець) або ж когнітивних вправ.

► **ВАЖЛИВО!** Використання таких вправ необхідно розглядати як першу допомогу чи способи саморегуляції при стресових, травматичних подіях, при панічних атаках тощо. Вони не можуть замінити професійну допомогу психолога чи психотерапевта, але допоможуть зняти тривогу та сильне емоційне напруження. Також, якщо є загроза життю чи потреба у швидких та рішучих діях, вправи на розслаблення не варто застосовувати.



Дихальна вправа «Квадрат»



◦ Ця вправа — одна з найпростіших методик швидкого заспокоєння. Вона складається з чотирьох етапів: вдих – пауза – видих – пауза, кожен з яких займає по 4 секунди.

Відеоінструкція:

◦ <https://youtu.be/3W1UkZhmOU>

Дихальна вправа «Квітка та свічка»



- Ця вправа на глибоке дихання допоможе розслабитися.
- Уявіть, наче ви тримаєте пахучу квітку у одній руці та свічку, що повільно горить, у іншій руці.
- Повільно вдихніть через ніс, коли будете нюхати квітку.
- Повільно видихніть через рот, коли будете задувати свічку.
- Повторіть так декілька разів.

◦ Відеоінструкція:

◦ <https://youtu.be/hVtqEEVUzaw>

Постукування/«Метелики»



- На початку виконання вправи потрібно долонями утворити метелика, закріпивши один великий палець за іншим, і покласти їх на груди.
- Далі необхідно постукувати грудну клітку в темпі один удар за 1 секунду, чергуючи праву та ліву долоні.
- Виконувати вправу бажано 1-2 хвилини або ж до появи відчуття спокою та рівноваги. Альтернатива виконання вправи — покласти схрещені руки на передпліччя та зробити постукування у тому ж темпі.

◦ Відеоінструкція:

◦ <https://youtu.be/UQFv8HsDlQ>



Вправа «ПОТЯГУШКИ»

- Навіть якщо ви забули про все інше, пам'ятайте про цю вправу.
- Як тільки з'являється можливість, зробіть "потягушки", потягніться вгору.
- Якщо важко, ви перебуваєте в закритому просторі й не можете потягнутися, принаймні потягніть пальці рук, ніг, шию.
- Це допоможе повернути активність префронтальної кори, щоби думати і швидко реагувати.



Техніка заземлення 5-4-3-2-1



- Ця техніка поступово задіює кожен з органів чуття, активізуючи таким чином неокортекст та дозволяючи швидко заземлитися та повернути відчуття спокою.
- Перед початком виконання вправи необхідно глибоко вдихнути повітря та зробити повільний видих. Потім слід зосередити увагу на таких моментах:
- 5 — предмети, які можна побачити; назвати вголос, якого вони кольору, форми;
- 4 — предмети, які можна відчувати на дотик (за можливості, корисно буде доторкнутися до кожного з них); проговорити, які вони за температурою, текстурою;
- 3 — звуки, які лунають саме зараз;
- 2 — запахи, які відчуваються;
- 1 — смак (можна просто облизати губи, скуштувати щось за можливості).
- Наприкінці треба сказати щось приємне для себе чи про себе.

Вправа «Пір'їна — статуя»



- В основі цієї вправи лежить принцип контрасту — чергування сильного напруження м'язів і розслаблення.
- Людині необхідно уявити, що вона легка, ніби пір'їнка, що літає в повітрі, кожен м'яз розслаблений. Замислитися у такому стані слід близько 10 секунд.
- Після цього потрібно заверти й перетворитися на статую, максимально напруживши все тіло;
- потім повільно розслабитися, знову перетворюючись на пір'їнку.
- Повторити вправу варто декілька разів, завершуючи у стані пір'їнки — розслабленими.



Кондиціонер перевантаженої нервової системи

- Подуйте на великий палець руки. А тепер уявіть, що ви дмухаєте на свічку: короткий вдих, а потім видих. Коли ми перебуваємо в стані стресу, перехоплює дихання.
- Щоб ввімкнути в роботу парасимпатичну нервову систему, що відповідає за заспокоєння та розслаблення, треба старатися робити видихи частіше, ніж вдихи.



Вправа «Ритмічне дихання»

Помітивши, що ви починаєте хвилюватися, напружуватися, обурюватися, починайте дихати за таким принципом: вдихаючи, рахуйте до трьох, видихаючи, також рахуйте до трьох. Потім спробуйте зробити видих іще тривалішим: видихаючи, рахуйте до п'яти, до семи тощо.

Вправа «Піджак на вішалці»

Зняти напруження в м'язах можна не лише, лежачи або сидячи, а й стоячи чи навіть ідучи. Для цього достатньо уявити себе «без кісток», зробленим ніби з гуми, або уявити своє тіло піджаком, що висить на вішалці. Порухайте тілом, яке, наче вільно висить на хребті. Відчувайте, як вільно гойдаються руки, плечі, тазовий пояс, коли ви рухаєте хребтом.

Коли людина хвилюється, її дихання прискорюється і стає поверхневим. Щоб не допустити надмірної емоційної реакції під час стресових ситуацій, потрібно стежити за тим, щоб дихання залишилося глибоким і повільним.



Вправи для відновлення ресурсу

• Психологи виділяють декілька каналів, з яких можна брати ресурси для відновлення. Вони були вивчені та узагальнені у ході дослідження шляхів подолання кризових ситуацій ізраїльським психологом-травматологом Муїл Лаадом (Mool Lahad). Як результат, була розроблена модель BASIC Ph, згідно з якою розрізняють 6 стратегій відновлення ресурсу:

- B (belief and values) — віра й переконання
- A (affect and emotions) — емоції
- S (sociability) — соціальність
- I (Imagination and creativity) — уява
- C (cognition and thought) — когнітивні стратегії
- Ph (physiological activity) — фізична активність



Вправа «Безпечне місце»

Зробіть кілька глибоких вдихів.

- Закрийте очі й подихайте як звичайно.
- Уявіть місце, де ви відчуваєте себе спокійно, безпечно і щасливо.
- Під час занурення у світ свого безпечного місця намагайтеся запам'ятувати усі деталі: звертайте увагу на кольори та відтінки, уявіть, що торкаєтесь речей довкола вас.
- Досліджуйте своє безпечне місце — прогуляйтеся ним, уявляючи звуки, найдрібніші деталі всього, що вас оточує. Можливо, ви відчуєте запах моря чи кави, подих вітру на шкірі чи сонячне проміння, почувте тишинний спів.
- У вашому безпечному місці можна знайти вірного помічника: знайомі вам люди, казкові істоти, тварини, будь-кого. З таким другом вам спокійно та добре, тому вирушайте на прогулянку разом і пам'ятайте про те, що варто звертати увагу на кожну деталь.
- Безпечне місце — це простір, що формується виключно вашими думками. Змінійте його, робіть для себе якнайкращим, повертайтеся до нього у будь-який час, щоб перепочити та отримати ту підтримку, якої потребуєте.
- Це місце завжди поруч — достатньо просто закрити очі і дати волю уяві. Ресурси для відновлення емоційної стабільності у цій вправі — уява та фантазія. Щоб отримати максимальний ефект від візуалізації, необхідно виконувати вправу у безпечному середовищі.
- Важливо закрити очі, відволіктися від усього навколо та максимально поринути у створені фантазійні образи, пам'ятаючи, що поруч в такий момент мають бути лише люди, яким можна довіряти.

• Відеоінструкція:

• <https://youtu.be/iWd7ZaNaQpQ>



Вправа «Рецепт стресостійкості»

- Ця вправа спрямована на консолідацію усіх ресурсів людини та їх візуалізацію.
- Результат її виконання — малюнок, постер, колаж, асамбляж, презентація, мудборд тощо — може бути використаний у подальшому для пошуку ефективного способу швидкого відновлення та заспокоєння.
- Завдання може виконуватися як індивідуально, так і в групі. Для створення креативного продукту слід виділити достатньо часу



- Поміркуйте над тим, що дає підтримку у скрутні часи, може потішити та розрадити. Це можуть бути конкретні речі, дії та вчинки (прогулянка, обійми, подарунок другові і т.ін.).
- Створіть рецепт стресостійкості у вигляді творчого продукту будь-якого формату.
- Обговоріть роботи і прокоментуйте, що саме і як допомагає, у яких ситуаціях найкраще спрацює.

Арт-техніка «Міцна гора» Метафора на витримку

- Перед нами всіма постає головне завдання **ВИТРИМАТИ!**
- Для реалізації вправи нам варто уявити найбільшу та найміцнішу гору.
- Дати спробувати її уявити і намалювати в різні пори року, щоб не відбувалось навколо, які б зміни не відбувались, вона стоїть спокійна та сильна на своєму місці.
- Наша сила має бути стійка як ця гора, наша віра міцна як ця гора, і ми витримасмо всі випробування які припади на цей важкий час.
- **Різні форми творчої модифікації, а саме:**
 1. Намалювати цю гору в різні пори року
 2. Намалювати цю гору під час випробувань
 3. Намалювати цю гору коли вона витримала всі випробування
 4. Писати листи підтримки собі ніби поради від міцної гори
 5. Намалювати казку як гора витримала всі випробування
 6. Листити цю гору у спину, коли буде така можливість
 7. Створити колаж із багатьох шарів картонного паперу, створюючи цю міцну гору



Висновок: відчуваючи, що в нас є ця потужна гора, яку створила наша уява, ми ніби залповою із силою та стійкістю цієї гори. Відчуття глибокої тиші під білою, спокій під невизначеністю, мудрість під розпачем - це допоможе успішно зберегтись кожному з нас.

ГЕНІАЛЬНА І ЗВОРУШЛИВА ТЕХНІКА для самопідтримки:

- Ентоні Хопкінс поділявся однією дуже простою і геніальною технікою, якою користується по сьогоднішній день, щоб себе підтримати.
- Він завжди в телефоні тримає свою дитячу фотографію. І як тільки в нього щось йде погано, замість того, щоб звинувачувати себе, він знаходить це фото і каже до нього: «We did ok, kid». («Ми добре впоралися, дитинко») - тим самим хвалить себе за всі досягнення, які вже трапились і за усі підкорені ним вершини.
- **Насправді, ця техніка призначена робити дві речі:**
 - 1) Дивлячись з минулого у теперішнє ми можемо відчувати гордість, усвідомлюючи увесь пройдений шлях. Від цього з'являється рішучість і віра в свої сили.
 - 2) Дивлячись зі стану дорослого на свою дитячу фотографію, ми однією фразою підбадьорюємо цього «хлопчика» чи «дівчинку» і тим самим даємо самі собі відчуття захисту.
- Ніякого самоїства. Лише прийняття, підтримка та любов.
- Підтримуйте себе! Важливіше вас нікого у вас немає!



Список речей, як я можу потребуватися про себе

- ☐ ПИТИ ВОДУ ЗРАЙКУ
- ☐ РОБИТИ ВПРАВИ 15-30 ХВ
- ☐ СЛУХАТИ УКОПЛЕНУ МУЗИКУ
- ☐ ПЛАНУВАТИ МАЙБУТНЄ
- ☐ ЗАПАЛНИТИ АРОМАТИЧНУ
- ☐ ПРИЙНЯТИ ВАННУ/ДУШ



Мій план стійкості

Люди, яким я можу зацікавитися

Що я можу зробити зараз для себе?

Мій сукупний рейтинг:

1
2
3

Що допомогло мені впоратися в минулому?

Порада, яку я дам другові



- Пам'ятайте: корабель не тоне на воді, він тоне, коли вода потрапляє всередину нього. Тому не так важливо, що ззовні, важливо — що ми впускаємо в середину. Опікуйтеся своїм психологічним здоров'ям. **Бережіть СЕБЕ та БЛИЗЬКИХ!**



ВПРАВИ ДЛЯ САМОДОПОМОГИ ПРИ СТРЕСІ ТА ЕМОЦІЙНОМУ НАПРУЖЕННІ, АБО ЯК ВІДНОВИТИ СВІЙ ЕМОЦІЙНИЙ СТАН



ВПРАВА «Хмари»

Лежачи на спині, розслабтеся, дихайте животом. З кожним видихом уявіть, що всі ваші біди і проблеми вилітають з повітрям, і перетворюються на білі, пухнасті хмари. Уявіть, що ви лежите на зеленій травичці, дивлячись в небо, і спостерігаєте, як теплий, літній вітер відносить ці хмари все далі, за горизонт. Тепле сонечко гріє вас, і заповнює утворену всередині порожнечу своїм теплом. Вдихайте це тепло з кожним вдихом. Продовжуйте, поки не відчуєте, що ваша свідомість повністю очистилася від негативних думок.



ВПРАВА «Ситечко»

Уявіть, що ви стоїте ногами на величезному ситечку з дрібними отворами. Уявіть, що ситечко повільно починає підніматися вгору, проходячи крізь вас. Відчуйте як стрес відбивається на вашому тілі – де болить або ние. На ситечку залишаються всі ваші хвороби, біль і фізичний дискомфорт. Проходячи через голову, це ситечко залишає на собі всі ваші негативні думки, переживання. Уявіть собі цей негатив як крупинки сміття, що залишаються на ситечку. Коли ситечко повністю піднялося над головою – уявіть золоте світло, що йде звверху, від великого сонця. Нехай воно розчиняє весь негатив разом з ситечком. Після цього золоте світло наповнює все ваше тіло і свідомість. Ви повністю розслаблені.



ВПРАВА «Ресурсні образи»

Згадайте або уявіть місце, де ви почували б себе в безпеці й вам було б спокійно. Це може бути квітучий луг, берег моря, галявина в лісі, освітлена теплим літнім сонцем. Уявіть собі, що ви перебуваєте саме в цьому місці. Відчуйте пахощі, прислухайтеся до шелесту трави або шепоту хвиль, подивіться навколо, доторкніться до теплої поверхні піску або шорсткого стовбуру сосни. Намагайтесь уявити це як можна чіткіше, у дрібних деталях. Спочатку вправа буде даватися важко, тому нею можна оволодіти вдома, у тиші, перед сном або перед підйомом, якщо є час.



ВПРАВА «Книга»

Уявіть себе книгою, що лежить на столі (або будь-яким іншим предметом, що знаходиться в полі зору). Варто докладно сконструювати у свідомості внутрішнє «самопочуття» книги її спокій, положення на столі, обкладинку, що захищає від зовнішнього впливу сторінки. Крім цього, постарайтесь подумки ніби «від імені книги» побачити кімнату та розташовані в ній предмети: олівці, ручки, папір, зошити, стілець, книжкову шафу тощо. Вправа проводиться протягом 3-5 хвилин і повністю знімає внутрішнє напруження, переводячи його у світ предметів.



ВПРАВА «Внутрішній промінь»

Вправа допомагає зняти втому, знайти внутрішню стабільність. Для того, щоб виконувати вправу, треба прийняти зручну позу, сидячи або стоячи в залежності від того, де вона буде виконуватися.

Уявіть, що всередині вашої голови, у верхній її частині, виникає світлий промінь, який повільно і послідовно рухається зверху вниз і повільно, поступово освітлює обличчя, шию, плечі, руки теплим, рівним і розслаблюючим світлом. У міру руху променя розгладжуються зморшки, зникає напруга в ділянці потилиці, послаблюється складка на лобі, розслаблюються брови, «охладжуються» очі, послаблюються затискачі в кутах губ, опускаються плечі, звільняються шия і груди. Внутрішній промінь ніби формує нову зовнішність спокійного, визволеної людини, задоволеного собою і своїм життям. Виконайте вправу кілька разів – зверху вниз.



ВПРАВА «Дерево»

Будь-який напружений психологічний стан характеризується звуженням свідомості і надконцентрацією людини на своїх переживаннях. Вправа виробляє внутрішню стабільність, створює баланс нервово-психічних процесів, звільняючи від травмуючої ситуації.

Уявіть себе деревом (яке вам подобається, з яким легше всього себе ототожнити). Детально відтворюйте у свідомості образ цього дерева: його потужний і гнучкий стовбур, який переплітають гілки, розгойдане вітром листя, відкритість крони назустріч сонячним променям і дощовим краплям, циркуляцію живильних соків по стовбуру, корінню, що міцно вросло в землю.

ПРАКТИЧНІ ПОРАДИ ПСИХОЛОГАМ



ПАМ'ЯТКА

Рекомендації для психологів у роботі з дружинами загиблих військових

◆ 1. Створення безпечного простору

- Забезпечте атмосферу довіри, конфіденційності та прийняття.
- Уникайте оцінних суджень, дайте клієнтці право на мовчання.
- Пам'ятайте: будь-яка тема може бути тригерною - працюйте з позиції травма-інформованості.

◆ 2. Психосвіта

- Поясніть, що горе - це процес, а не патологія.
- Ознайомте з моделями горювання (Кюблер-Росс, Боулбі).
- Розкажіть про нейробіологію втрати та можливості нейропластичності.
- Нормалізуйте реакції: «Це природно в умовах втрати».

◆ 3. Робота з тілом

- Використовуйте дихальні техніки для зниження тривоги.
- Практикуйте заземлення («5–4–3–2–1»), тілесне сканування.
- Допоможіть клієнтці повернутися до тілесної присутності.

◆ 4. Емоційна підтримка

- Дозвольте клієнтці проживати гнів, тугу, любов.
- Використовуйте арттерапію, щоденники емоцій, метафоричні карти.
- Підтримуйте інтеграцію втрати через ритуали пам'яті.

◆ 5. Когнітивна робота

- Виявляйте автоматичні негативні думки («Я винна», «Я не впораюся»).
- Застосовуйте техніки когнітивної реструктуризації.
- Формулюйте підтримуючі переконання: «Я маю право на відновлення».

◆ 6. Соціальна підтримка

- Допоможіть клієнтці сформувати «мережу підтримки».
- Заохочуйте участь у групах взаємодопомоги.
- Працюйте з темою довіри та ізоляції.

◆ 7. Духовні ресурси

- Підтримуйте віру, ритуали, пошук сенсу.
- Використовуйте символічні практики (лист герою, місце сили).
- Допоможіть інтегрувати втрату у життєвий досвід.

◆ 8. Професійна стійкість психолога

- Регулярно проходите супервізію.
- Використовуйте техніки саморегуляції (майндфулнес, тілесні практики).
- Дотримуйтесь етичних меж: не рятуйте, а підтримуйте.

☞ «Горе не зникає - воно трансформується. Завдання психолога - бути поруч у цьому процесі».