

## РОЛЬ ТА ОСНОВНІ МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДІЯЛЬНОСТІ КЛІНІЧНОГО ПСИХОЛОГА У РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ В ГОРЮВАННІ

### THE ROLE AND FUNDAMENTAL METHODOLOGICAL PRINCIPLES OF A CLINICAL PSYCHOLOGIST'S WORK WITH GRIEVING INDIVIDUALS

У статті представлено досвід роботи з матерями та дружинами загиблих військових, де акцент робиться на комплексному підході надання допомоги (психосоціальний та медичний компоненти) та включає три етапи: медико-психологічна діагностика, реабілітаційно-рекреаційний етап та підсумково-рекомендаційний етап. Актуальність дослідження має підґрунтя збільшення кількості населення України, яке внаслідок війни проходить через втрати і процес горювання. Тривалий дистрес посилює уразливість до розвитку пролонгованого розладу горя, посттравматичного розладу, депресії тощо. Під час горювання людина може занурювати себе у власно створене ментальне рабство. Найголовнішою проблемою даного контингенту встановлено неприйняття своєї втрати, що спонукає до втрати сенсів власного життя, роздратованості, агресивності до оточуючих людей, боязливості свого власного актуального стану. Зазначено, що ускладнює процес горювання та відтермінування соціальної інтеграції відсутність подібного життєвого досвіду, низька обізнаність про психологічні особливості періоду горювання, відсутність знань про потреби при втраті, недостатній розвиток навичок самоконтролю та самопомоги, відсутність концентрації уваги на теперішньому, неспроможність «оновити» усталений ритм життя, недовіра до фахівців сфери психічного здоров'я. Наголошено, що даний контингент пацієнтів має свою специфічність психоемоційного та функціонального стану, тому основними засадами діяльності клінічного психолога є: встановлення рапорту та довіри з пацієнтом, тактичність та послідовність ведення спостереження, клінічної бесіди, психологічного тестування. Особливу увагу потрібно приділити питанням про загиблого, їх доречність та необхідність, щоб не нанести ретравматизацію. Основними принципами діяльності з означеним контингентом визначено професіоналізм, екологічність, покроковість, комплексність, професійна кооперація.

**Ключові слова:** війна, втрата, емоції, стрес, потреби в період горювання, психологічна робота з рідними загиблих військових, ментальне здоров'я, клінічна психологія.

This article presents the experience of working with mothers and wives of fallen soldiers, emphasizing an integrated approach to care (incorporating both psychosocial and medical components) across three stages: medical and psychological assessment, rehabilitation and recreation, and final recommendations. The relevance of the study is based on the increase large number of Ukrainians as a result of the war are experiencing loss and grief. Prolonged distress increases their vulnerability to developing prolonged grief disorder, post-traumatic stress disorder, depression, and other conditions. During grief, individuals may become trapped in a kind of mental enslavement. The main issue for this group is the rejection of their loss, which can lead to a loss of meaning in their own lives, irritability, aggression towards others, and fear of their current emotional state. It is noted that the grieving process and delayed social reintegration are often complicated by a lack of similar life experiences, limited awareness of the psychological aspects of grieving, insufficient knowledge about bereavement needs, underdeveloped self-control and self-help skills, difficulty focusing on the present, an inability to adjust to a new rhythm of life, and distrust of mental health professionals. It is emphasized that this group of patients has a unique psycho-emotional and functional state, making it essential for clinical psychologists to focus on building rapport and trust with the patient, approaching them with tact, consistency in observation, clinical conversations, and psychological testing. Special attention should be given to discussions about the deceased, balancing their importance and necessity in order to avoid retraumatization. The core principles for working with this group are professionalism, environmental sensitivity, a step-by-step approach, complexity, and professional collaboration.

**Key words:** war, loss, emotions, stress, grief, psychological support for the relatives of fallen soldiers, mental health, clinical psychology.

УДК 159.95/96  
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.66.57>

**Кабанцева А.В.**

к.психол.н., учена секретарка,  
завідувачка відділення клінічної психології  
Державний заклад  
«Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України»

**Актуальність проблеми.** У воєнний час для України одним із страшних випробувань є втрата власного суспільства. Сотні тисяч, а то може і більше, осіб працездатного молодого віку гинуть в бою, залишаючи за собою матерів, які втратили синів, дружин, які втратили чоловіків та дітей, які залишилися без батьків та братів. Тривалий дистрес через війну в державі посилює уразливість рідних загиблих до розвитку пролонгованого розладу горя, посттравматичного розладу, депресії тощо [1]. Наукові дані доводять, що із загального числа осіб, які зазнали втрати 80–90% проходять процес адаптації до нових умов життя без померлої людини, а симптоми горя зникають

через певний час (від 6 до 12 місяців, залежно від культури окремого народу) [5], де 10% відчують тривалу та важку реакцію горя [4]. Своєю чергою, Н. Бреслау і співавтори засвідчують, що у 60% опитаних через раптову смерть близької людини розвивався посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [3].

У Міжнародній класифікації захворювань Всесвітньої організації охорони здоров'я (ICD-11) у 2018 році введено діагностичну категорію пролонгованого розладу горя, що характеризується патологічним процесом (відчуття постійної туги, заклопотаністю, нескінченним вирішенням тих чи інших питань, що пов'язані з померлим) та наявністю проблем

ментального здоров'я [7]. Суттєвим фактором ризику патологічного горювання є сам процес сприйняття загибелі військового, що суттєво відрізняється від смерті цивільної людини [2]. Тому, визначення ролі клінічного психолога, його мети та завдань щодо надання психологічної допомоги особам у період горювання є надактуальною проблемою у збереженні ментального здоров'я населення, яке проживає в умовах війни.

**Мета статті.** Розкрити роль та основні методичні засади діяльності клінічного психолога у роботі з особами, які знаходяться в періоді горювання.

**Виклад основного матеріалу.** На базі державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» у період з липня по жовтень 2024 року проводилася медико-психологічна допомога та психосоціальна реабілітація матерів та дружин загиблих військових з різних областей України, які приймали участь у програмі відновлення готелю «Київ 365». У дослідженні прийняли участь 63 особи жіночої статі, у віці від 22 до 75 років, середній вік склав 42,2 року.

У ході роботи з окресленим контингентом встановлено певну специфічність, що характеризується полярністю психоемоційного стану та поведінкових проявів: почуття гордості та вшанування змінюється смутком та відчаєм, виснаження та безсилля змінюються відчуттям гострої несправедливості, емоційними спалахами та проявами агресії, що носять суспільний, і навіть суспільно-політичний характер, інтрапунітивна позиція (звинувачують себе в смерті рідної людини) різко змінюється екстрапунітивною позицією (зовнішньозвинувачувальна) щодо смерті воїна, наявність підвищеної заклопотаності справами загиблого чи щоденними рутинними життєвими справами змінюється байдужістю, втратою сенсів і взагалі бажання жити. У кожного однакова причина звернення – втрата, але її проживання, реакції, сприйняття суттєво відрізняються, що залежить від індивідуально-психологічних якостей особи та її життєвого досвіду. Тому робота з даною категорією пацієнток повинна обов'язково ґрунтуватися на індивідуальному підході при кожному зверненні.

Найголовнішою проблемою респонденток виступало неприйняття своєї втрати, за якою тягнулися такі додаткові проблеми як-от: втрата сенсів власного життя, роздратованість, агресивність до оточуючих людей чи не бажання вступати з ними в будь-які комунікації, боязливість свого власного актуального стану. Частими скаргами ставали відчуття смутку, тривоги, порушення сну та зниження пам'яті. Слід звернути увагу, що при проведенні психологічної діагностики часто встановлювалось не

погіршення пам'яті, а саме погіршення уваги, зокрема розосередженість.

Під час консультації клінічного психолога в одному з чотирьох випадків пацієнтки ставили запитання про свою адекватність та актуальне самопочуття: «Чи не зійшла я з розуму? Чи настане той день, коли мої страждання закінчатся або це на все життя? Я не знаю як жити далі без нього». Наведені проблеми стають суттєвими ризиками розвитку патологічного горювання. Це підтверджується дослідженнями й інших авторів [6].

Втрата несе занадто потужне емоційне навантаження. Постійно перебуваючи думками в минулому чи майбутньому створюється безперервний процес беззмістовної розумової діяльності, і людина занурює себе у власно створене ментальне рабство. Останнє висвітлюється власним поневоленням, низьким рівнем чи навіть відсутністю самоконтролю та ментальної дисципліни, забороною на радість, інші позитивні емоції та відчуття, зокрема здійснюється притиск власних бажань.

Основними психологічними проблемами, що ускладнювали процес горювання та відтермінували соціальну інтеграцію встановлено:

- відсутність подібного життєвого досвіду;
- низька обізнаність про психологічні особливості періоду горювання;
- відсутність знань про потреби при втраті;
- недостатній розвиток навичок самоконтролю та самопомоги при емоційних спалах;
- відсутність концентрації уваги на теперішньому;
- неспроможність «оновити» усталений ритм життя;
- недовіра до фахівців сфери психічного здоров'я.

Остання проблема обґрунтовується або відсутністю досвіду звернення до клінічного психолога чи лікаря-психіатра, частіше через причину стигматизації, або наявністю негативного досвіду, під час якого заподіяно ретравматизацію особистості. Доволі часто до клінічного психолога чи лікарів зверталися пацієнтки вже у віддалений період горювання, коли існували проблеми психологічного, соматичного чи психічного характеру, що суттєво впливали на життя та вносили певні обмеження.

Під час першої зустрічі з клінічним психологом ці пацієнтки частіше поводитися насторожено, закрито, збуджено чи навпаки байдужо, безініціативно, з певною недовірою до фахівця. Існували випадки коли пацієнтки зверталися, начебто, за ініціативою своїх рідних чи людей близького оточення. Тому, першим завданням клінічного психолога є отримання добровільної згоди на роботу та встановлення рапорту з пацієнткою. Від налагодження взаємного резонансу довіри між фахівцем та пацієнтом буде залежати ефективність всієї подальшої

роботи. На цьому етапі на допомогу фахівцю приходять методи спостереження та активного слухання. Метою клінічного психолога виступає аналіз поведінки («зчитування») пацієнтки, звертаючи увагу на її манери, жести, міміку, емоції, загальний стан, а також оцінка мовлення та визначення предикатів у її мовленні, тобто яким чином особа сприймає оточуючий світ (візуальне, аудіальне, кінестетичне тощо).

Переходячи до проведення клінічної бесіди задля збору скарг, анамнезу та формування запиту необхідно провести інформаційно-роз'яснювальну роботу. Інформування пацієнтки може мати такий приклад, пряма мова клінічного психолога: «Задля розуміння моєї користі для Вас та визначення потреби нашої подальшої взаємодії, я змушена/змушений буду задати ряд запитань, можливо якісь з них будуть для Вас занадто чутливими, прошу набратися терпіння, тільки разом ми можемо покращити Ваш стан та самопочуття. Пам'ятайте, Ви цілком маєте повне право проявляти свої емоції, зокрема сльози – це не соромно, це говорить про те, що Ви жива людина. Якщо якимось запитанням буде для Вас складне, Ви можете сказати, що не готові відповідати». Таким чином, клінічний психолог, в першу чергу, інформує особу про те, що запитання будуть задаватися, не з метою особистої цікавості фахівця, а задля власної користі для пацієнтки. Також надаючи подібну інформацію клінічний психолог морально налаштовує пацієнтку на роботу з ним, спонукає до співпраці, попереджає емоційні спалахи та раптові негативні реакції на ті чи інші складні запитання для пацієнтки. Якщо клінічний психолог вже попередньо знає причину звернення, то не слід проводити детальне розпитування, щоб «перевірити» інформацію, що вже і так відома, а ось уточнення деяких деталей, що впливатимуть на обсяг та вид психологічної допомоги, потрібно обов'язково зробити.

Ураховуючи напружений чи навіть виснажений психоемоційний стан, зниження когнітивних процесів, особливо уваги, проведена попередня поінформованість може бути недостатньою, тому під час консультування слід періодично надавати коротке пояснення, а потім вже ставити безпосереднє те чи інше запитання. Приклад коментаря клінічного психолога: «Люди по різному переносять втрату близької людини, а отже, мають різні наслідки для свого самопочуття. Які прояви існують на даний час у Вас? Можливо Ви погане спите, постійно відчуваєте головний біль, втому, Вам сняться кошмари?». Тобто, тут клінічний психолог, по-перше, інформує, по-друге, окреслює поле запитання, по-третє, наводить приклад за яким пацієнтці буде більш легко надати відповідь.

Часто під час першої консультації пацієнтки мали занадто високе напруження та спостерігалася навіть фізична скутість тіла. Це може пояснюватися тим, що вони підсвідомо чи усвідомлено готуються до розпитування про обставини загибелі рідного, чого вони не готові робити, бо більша частка таких осіб взагалі не готові з будь-яким говорити про своє горе через такі упередження як-от: «це тільки моє горе», «я не з ким не хочу з цим ділитися, все одно мене ніхто не зрозуміє». Початок спілкування з пацієнткою про саму неї, про її відчуття, емоції, тіло (саме як тіло реагує на таке сильне випробування з яким зіштовхнулася людина) це допомагає зняти напругу психологічного клімату самого консультування. У горюванні особа взагалі забуває про себе і піклування здійснюються мінімальне.

Складні для пацієнток запитання, що пов'язані із загибллим краще задавати в середині консультації, попередньо підготувавши їх перелік. Для клінічного психолога важливо отримати **інформацію про період який пройшов після загиблі** близької людини, щоб визначити тривалість горювання та його стадію (це гостре, тривале чи вже патологічне горювання), чи вдалося виконати **церемоніал поховання**, так як прощання з тілом це з одного боку дуже важке моральне випробування, а з іншого допомагає психіці прийняти факт втрати. Відсутність тіла чи поховання в закритому гробі ускладнює процес прийняття. Не доцільно розпитувати про самі обставини загибелі і все що з цим пов'язано, якщо пацієнтка особисто про це не заговорила. Якщо особа сама говорить про всі обставини страшної події, то потрібно надати час для її сповіщення. Отже, тут головний принцип роботи – «йти за пацієнтом».

Під час консультації з боку клінічного психолога обов'язково потрібно **надавати моральну підтримку** пацієнтці: «Я бачу як Вам складно про це говорити. Ваша журба – це прояв Вашої любові до рідної людини, що можливо стала ще більшою, ніж була. Ваш стан і Ваша психіка не хочуть приймати цю дійсність, бо плани на життя були іншими, і до такої зміни ніхто не може підготуватись... Я вдячна/вдячний Вам за Вашу щирість та відвертість... Ви дуже смілива і сильна людина, бо не кожен може говорити про своє горе. Це дійсно смілий вчинок. Дякую Вам за це». Ні я якому разі не можна говорити «Я Вас розумію», якщо клінічний психолог не має особистого подібного досвіду втрати близької людини. Оточуючі можуть бачити реакції та поведінку, але не відчувати та розуміти, якщо самі не пройшли через подібне. Доцільно запитати, **що допомагає справлятися зі своїми непростими відчуттями**, що дає сили жити. Таким чином, клінічний психолог отримує інформацію про наявні психологічні ресурси, життєві опори, взагалі чи бачить

їх людина у своєму житті, чи можливо це буде темою подальшої роботи з пацієнкою. Також, обов'язково потрібно запитати **з ким зараз особа підтримує контакти**, з ким проживає, чи є діти, онуки, інші близькі для неї людини. Таким чином, з'ясовується наявність психосоціальної підтримки та її обсяг.

Всі запитання повинні бути етичними, попереджаючи повторного повернення в негативний досвід, обов'язково, урахувавши співвідношення між рівнями необхідності та ризиком ретравматизації.

Коли особистість знаходиться в горюванні захисні сили організму значно слабшають, імунна система не забезпечує достатнього захисту організму, а отже, може загострюватися наявна хронічна патологія чи виникати інші патологічні стани або хвороби органів-мішей. Наукові джерела також наводять дані, що проживання горя значною мірою пов'язані з симптомами соматизації та кількістю пережитих інших травматичних подій [6]. Тому під час проведення клінічної бесіди необхідним також є запитання пов'язані з соматичним здоров'ям (що турбує та як давно) та звернути увагу на те, ще це не людина «начебто розсипається» (частий коментар з боку респонденток), а це умовно нормальна реакція організму на ненормальну ситуацію в якій перебуває особа, і тому потрібно попіклуватися про свій стан здоров'я. За необхідністю, порекомендувати звернутися до сімейного лікаря чи до конкретних вузькопрофільних фахівців.

У ДЗ «НПМ РДЦ МОЗ України» модель допомоги матерям та загиблих військових ґрунтується на комплексному підході, що складається з медичного та психосоціального компонентів (рис. 1), і вона має декілька етапів реалізації.

**Перший етап – медико-психологічна діагностика**, що включає консультації клінічного психолога та консультації вузькопрофільних фахівців за потребою (консультації лікаря-

невролога, лікаря-кардіолога, лікаря-ендокринолога, лікаря-психіатра), а також проводиться ряд діагностичних обстежень серцево-судинної, нервової, ендокринної систем та черевної порожнини. Консультація клінічного психолога полягає у проведенні спостереження, клінічної бесіди та психологічної діагностики щодо визначення актуального психоемоційного стану та контролю опанування власних емоцій, рівня когнітивних процесів (досліджуються функції уваги, пам'яті зорової, слухової короткотривалої та довготривалої), виключення ознак тривожності, депресії, посттравматичного стресового розладу, додаткових факторів за потреби конкретного випадку. При виявленні клінічних проявів психологічних порушень обов'язково рекомендується консультація лікаря-психіатра. По завершенню медико-психологічної діагностики фахівцями проводиться об'єктивізація стану кожної окремої пацієнтки та надаються рекомендації щодо подальшого відновлення самопочуття.

**Другий етап – реабілітаційно-рекреаційний.** На даному етапі складається план медичних та психосоціальних заходів, що включає широкий ряд активностей різного спрямування. За спільною ініціативою ДЗ «НПМ РДЦ МОЗ України» та готелю «Київ 365» психосоціальний комплекс заходів містить: індивідуальні психологічні консультації та групові сесії у вигляді психологічних зустрічей та тренінгів; відпочивально-екскурсійні та розважально-культурні заходи.

Високу ефективність показала групова психологічна робота, з загальною кількістю учасників кожної окремої групи до 10 осіб. Така кількість осіб дозволяє налагодити сприятливу атмосферу в групі, надає достатню кількість часу для виступу кожного учасника, працювати в оптимальному режимі упродовж 1,5 години. Групові заняття були спрямовані не на групове проживання втрати, а на екологічний обмін власним досвідом кожного учасника (звісно за його бажанням), підвищення обізнаності учасників щодо розуміння етапів прийняття жакливої звістки, можливих поведінкових реакцій на несприятливі події, висвітлення актуальних потреб особистості в період горювання, шляхів та термінів їх реалізації. Під час групових сесій великий акцент робився на важливості піклування про власне ментальне здоров'я, а також визначені ролі психологічних ресурсів у житті людини, наводилися можливі методи, засоби посилення психологічної стійкості та відновлення емоційної рівноваги.

Саме групова робота створює простір для переосмислення свого життя, зміну особистих поглядів та розширення світогляду.

Проводячи групові сесії на початку роботи групи, для створення єдиного психологічно-безпечного простору, обов'язково при-



**Рис. 1. Комплексний підхід відновлення ментального здоров'я**

ймалися умови взаємодії. Саме взаємодії, тобто акцент робився на спонуканні до спільної діяльності.

Не всі учасники групи мали високу активність, і у кожного була своя мотивація участі (хтось приходив порівняти даний захід з іншими, що вже відвідував, хтось приходив, бо мав потребу у зміні свого актуального стану, у когось спрацьовував «стадний інстинкт», а деякі проходили просто послушати). Основними умовами взаємодії стали:

- конфіденційність (все що відбувається залишається у цьому приміщенні);

- «підводний човен» (з початком роботи ми начебто занурюємося на дно морське і ніхто не може вийти з підводного човна до повернення на сушу, бо це небезпечно для власного життя та життя оточуючих);

- «дозвіл на емоції» (ми всі живі люди і можемо відчувати сум, радість, сльози і це нормально);

- «добровільність» (тільки за власним бажанням кожен учасник мав можливість поділитися своїми думками, міркуванням та досвідом).

Тільки після прийняття умов взаємодії проводилося більш поглиблене знайомство з учасниками (так як попереднє знайомство відбулося під час першого психологічного консультування).

Ураховуючи складний психоемоційний стан учасників основна частина групової сесії почалася з ознайомлення з методами регуляції власних емоцій, виконання вправ та технік, що допомагають відновити психоемоційний стан та зняти надлишкову напруженість, тобто проходило навчання відстежування власних емоцій та самопомоги при емоційній нестабільності. Таким чином, здійснювалася психо-профілактична робота та посилювалися психологічні ресурси учасників. Наступним кроком було висвітлення актуальних потреб людини у період горювання. Перед тим як перейти до даної частини також, клінічним психологом, проводилася коротка роз'яснювальна робота щодо важливості розгляду даної проблематики, що і налаштовувало учасників на співпрацю.

На основі аналізу літературних джерел та практичного досвіду роботи з матерями та дружинами, загиблих військових визначено 7 основних потреб таких осіб:

- 1-ша потреба «Прийняти реальність своєї втрати»;

- 2-га потреба «Відчути біль втрати близької людини»;

- 3-тя потреба «Створити нові стосунки з рідною людиною»;

- 4-та потреба «Розвивати нову само ідентичність»;

- 5-та потреба «Пошук нових сенсів»;

- 6-та потреба «Посилення психосоціальної підтримки»;

- 7-ма потреба «Піклування про себе».

За кожною із потреб проводилося роз'яснення, особливості її реалізації, здійснювалося обговорення серед учасників групи. Проводилося також окреме заняття присвячене психологічним ресурсам. Здійснювалося знайомство з самим поняттям «ресурс», їх видами, методами та техніками розвитку.

По завершенню кожної групової сесії обов'язково проводилися практики на розслаблення, знаття емоційного та м'язового напруження, зокрема це частіше були дихальні вправи, що допомагали відновити ритм дихання та які можна буде застосовувати під час самопомоги при стресовій ситуації, а також проводилися підсумки спільної роботи та зворотний зв'язок про проведену зустріч.

Індивідуальні консультації носили додатковий характер, під час яких робота здійснювалася за індивідуальними запитами, зокрема: підтримка дитини в період горювання, покращення взаємодії з батьками загиблого чоловіка чи з дружиною загиблого сина, пошук нових соціальних ролей та форм прояву нової самоідентичності.

**Третій етап – підсумково-рекомендаційний.** По завершенню програми відновлення підводилися підсумки та надавалися рекомендації щодо підтримки оптимального стану ментального здоров'я.

Повна програма відновлення тривала один тиждень, групових сесій проводилось дві, через день. На початку та по завершенню кожної зустрічі здійснювався скринінг рівня особистої ресурсності та переважних емоцій. Це надавала змогу відстежити динаміку актуального самопочуття. У 95,26% учасників (59 осіб) відмічалися позитивні зміни різної інтенсивності, від 15% до 45%, а 4 особи (4,74%) відмічали свій стан самопочуття без змін.

Слова вдячності, що висвітлені під час зворотного зв'язку, позитивна переоцінка цінностей, знаходження сенсів є додатковим підтвердженням ефективності програми відновлення в період горювання. На меті програми не стояло повне зцілення від горя, це не можливо за такий короткий проміжок часу, і для кожного це свій власний відрізок. Метою програми було розширити світогляд на актуальне особисте життя учасників через визначення власних опор для кожного з них, і це було досягнутого, завдяки тонкій майстерній роботі клінічного психолога.

Виходячи з вищевикладеного, окрім загальних принципів діяльності клінічного психолога, серед яких конфіденційність, захист прав пацієнта тощо, слід визначити спеціальні принципи щодо роботи з особами, які знаходяться в горюванні:

– професіоналізм (тільки психолог-професіонал з практичним досвідом роботи, хоча б декілька років психологічної практики, може працювати з категорією осіб, які знаходяться в горюванні. Для психологів-початківців ця категорія осіб повинна бути заборонена);

– екологічність (всі дії повинні бути направлені на попередження ретравматизації);

– покерованість (послідовність діяльності забезпечує порядок дій, створює оптимальний психоемоційний стан щодо сприймання наступності подій, забезпечуючи прийняття відповідних рішень);

– комплексність (розгляд особистості як цілої системи, що складається з багатьох елементів, які взаємодіють між собою, психічне і соматичне єдине);

– професійна кооперація (об'єднання зусиль різних фахівців значно покращує результат та пришвидшує його отримання).

**Висновки.** Воєнні події на території України призводять до масштабного розповсюдження горювання серед населення, зокрема через велику кількість загиблих військових. Роль клінічного психолога у період горювання полягає у мінімізації порушень та попередженні розладів психічного здоров'я серед рідних загиблих, шляхом відновлення віри в себе, сприяння адаптації когнітивних, емоційних та поведінкових процесів, а також пошуку психологічних ресурсів та посилення мережі психосоціальної підтримки. Ефективність проведеної роботи буде залежати від стратегії та такти діяльності клінічного психолога, особливо від принципів якими керується фахівець.

Високу ефективність у роботі з особами у період горювання показала комплексна та етапна робота: медико-психологічна діагностика актуального стану, індивідуальні консультації за запитом, групові сесії відновлення, підсумкова психологічна діагностика. Покерованість взаємодії надала можливість побудувати міцний альянс з пацієнтами, здійснити м'який психотерапевтичний вплив та отримати якісний результат.

Запровадження подібної програми відновлення на державному рівні забезпечить збереження психоемоційного, фізичного та соціального благополуччя членів сімей загиблих воїнів, сприятиме посиленню ментального здоров'я населення держави, покращенню їх якості життя, збільшенню рівня довіри до фахівців ментального здоров'я.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Булен П., Кольчінська Ю. Розлад тривалого горя: природа, чинники ризику, діагностика і когнітивно-поведінкова терапія. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2022. Том 7. № 2. e0702375. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/375>

2. Парасей-Гочер А.О. Особливості переживання втрати членами сім'ї загиблого воїна. *Габітус*. 2023. № 55. С. 131–138. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208>

3. Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D., Schultz L.R., Davis G.C., Andreski P. Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*. 1998. Vol. 55. Issue 7. P. 626–632. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.626>

4. Lundorff M., Holmgren H., Zachariae R., Farver-Vestergaard I., O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2017. 212. P. 138–149. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>

5. Maercker A., Brewin C., Bryant R. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*. 2013. Vol. 381. Issue 9878. P. 1683–1685. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62191-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62191-6)

6. Steil R., Gutermann J., Harrison O., Starck A., Schwartzkopff L., Schouler-Ocak M., Stangier U. Prevalence of prolonged grief disorder in a sample of female refugees. *BMC Psychiatry*. 2019. Vol. 19. Issue 1. P. 148. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2136-1>

7. Stelzer E.-M., Zhou N., Maercker A., O'Connor M.-F., Killikelly C. Prolonged grief disorder and the cultural crisis. *Frontiers in Psychology*. 2020. Vol. 10. Article 2982. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02982>